



**HAL**  
open science

**Obstacles à la prise en charge des complications osseuses  
liées au traitement du cancer du sein par  
anti-aromatases : approche qualitative auprès de  
médecins généralistes et autres spécialistes impliqués  
dans le parcours de soin**

Laure Austruy

► **To cite this version:**

Laure Austruy. Obstacles à la prise en charge des complications osseuses liées au traitement du cancer du sein par anti-aromatases : approche qualitative auprès de médecins généralistes et autres spécialistes impliqués dans le parcours de soin. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02735003

**HAL Id: dumas-02735003**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02735003>**

Submitted on 12 Jun 2020

**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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - ShareAlike 4.0 International License

**UNIVERSITE DE MONTPELLIER**  
**FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES**

**THESE**

Pour obtenir le titre de

**DOCTEUR EN MEDECINE**

Présentée et soutenue publiquement par

**Laure AUSTRUY**

Le 22/05/2019

**OBSTACLES A LA PRISE EN CHARGE DES COMPLICATIONS OSSEUSES  
LIEES AU TRAITEMENT DU CANCER DU SEIN PAR ANTI-AROMATASES :  
Approche qualitative auprès de médecins généralistes et autres spécialistes impliqués  
dans le parcours de soin**

Directeur de thèse : Docteur Valery ANTOINE

**JURY**

Président : Professeur Michel AMOUYAL

Assesseurs : Professeur Nadine HOUEDE

Professeur Cécile GAUJOUX-VIALA

Docteur Valéry ANTOINE

## ANNEE UNIVERSITAIRE 2018 - 2019

### PERSONNEL ENSEIGNANT

#### Professeurs Honoraires

ALLIEU Yves	DUBOIS Jean Bernard	MION Charles
ALRIC Robert	DUMAS Robert	MION Henri
ARNAUD Bernard	DUMAZER Romain	MIRO Luis
ASTRUC Jacques	ECHENNE Bernard	NAVARRO Maurice
AUSSILLOUX Charles	FABRE Serge	NAVRATIL Henri
AVEROUS Michel	FREREBEAU Philippe	OTHONIEL Jacques
AYRAL Guy	GALIFER René Benoît	PAGES Michel
BAILLAT Xavier	GODLEWSKI Guilhem	PEGURET Claude
BALDET Pierre	GRASSET Daniel	PELISSIER Jacques
BALDY-MOULINIER Michel	GROLLEAU-RAOUX Robert	POUGET Régis
BALMES Jean-Louis	GUILHOU Jean-Jacques	PUECH Paul
BALMES Pierre	HERTAULT Jean	PUJOL Henri
BANSARD Nicole	HUMEAU Claude	PUJOL Rémy
BAYLET René	JAFFIOL Claude	RABISCHONG Pierre
BILLIARD Michel	JANBON Charles	RAMUZ Michel
BLARD Jean-Marie	JANBON François	RIEU Daniel
BLAYAC Jean Pierre	JARRY Daniel	RIOUX Jean-Antoine
BLOTMAN Francis	JOYEUX Henri	ROCHEFORT Henri
BONNEL François	LAFFARGUE François	ROSSI Michel
BOUDET Charles	LALLEMANT Jean Gabriel	ROUANET DE VIGNE LAVIT Jean Pierre
BOURGEOIS Jean-Marie	LAMARQUE Jean-Louis	SAINT AUBERT Bernard
BRUEL Jean Michel	LAPEYRIE Henri	SANCHO-GARNIER Héléne
BUREAU Jean-Paul	LESBROS Daniel	SANY Jacques
BRUNEL Michel	LOPEZ François Michel	SEGNARBIEUX François
CALLIS Albert	LORIOT Jean	SENAC Jean-Paul
CANAUD Bernard	LOUBATIERES Marie Madeleine	SERRE Arlette

CASTELNAU Didier  
CHAPTAL Paul-André  
CIURANA Albert-Jean  
CLOT Jacques  
D'ATHIS Françoise  
DEMAILLE Jacques  
DESCOMPS Bernard  
DIMEGLIO Alain

MAGNAN DE BORNIER  
Bernard  
MARY Henri  
MATHIEU-DAUDE Pierre  
MEYNADIER Jean  
MICHEL François-Bernard  
MICHEL Henri

SIMON Lucien  
SOLASSOL Claude  
THEVENET André  
VIDAL Jacques  
VISIER Jean Pierre

**Professeurs Emérites**

ARTUS Jean-Claude  
BLANC François  
BOULENGER Jean-Philippe  
BOURREL Gérard  
BRINGER Jacques  
CLAUSTRES Mireille  
DAURES Jean-Pierre  
DAUZAT Michel  
DEDET Jean-Pierre  
ELEDJAM Jean-Jacques  
GUERRIER Bernard  
JOURDAN Jacques  
  
MARES Pierre  
MAURY Michèle  
MILLAT Bertrand  
MAUDELONDE Thierry  
MONNIER Louis  
PREFAUT Christian  
PUJOL Rémy  
SULTAN Charles  
TOUCHON Jacques  
VOISIN Michel  
ZANCA Michel

## **Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers**

### PU-PH de classe exceptionnelle

ALBAT Bernard - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

ALRIC Pierre - Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)

BACCINO Eric - Médecine légale et droit de la santé

BASTIEN Patrick - Parasitologie et mycologie

BONAFE Alain - Radiologie et imagerie médicale

CAPDEVILA Xavier - Anesthésiologie-réanimation

COLSON Pascal – Anesthésie-réanimation

COMBE Bernard - Rhumatologie

COSTA Pierre - Urologie

COTTALORDA Jérôme - Chirurgie infantile

COUBES Philippe – Neurochirurgie

COURTET Philippe – Psychiatrie d'adultes, addictologie

CRAMPETTE Louis - Oto-rhino-laryngologie

CRISTOL Jean Paul - Biochimie et biologie moléculaire

DAVY Jean Marc - Cardiologie

DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel - Anesthésiologie-réanimation

DELAPORTE Eric - Maladies infectieuses ; maladies tropicales

DEMOLY Pascal – Pneumologie, addictologie

DE WAZIERES Benoît - Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie

DOMERGUE Jacques - Chirurgie générale

DUFFAU Hugues - Neurochirurgie

DUJOLS Pierre - Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication

ELIAOU Jean François - Immunologie

FABRE Jean Michel - Chirurgie générale

FRAPIER Jean-Marc – Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

GUILLOT Bernard - Dermato-vénéréologie

HAMAMAH Samir-Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale

HEDON Bernard-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale  
HERISSON Christian-Médecine physique et de réadaptation  
JABER Samir-Anesthésiologie-réanimation  
JEANDEL Claude-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie  
JONQUET Olivier-Réanimation ; médecine d'urgence  
JORGENSEN Christian-Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie  
KOTZKI Pierre Olivier-Biophysique et médecine nucléaire  
LANDAIS Paul-Epidémiologie, Economie de la santé et Prévention  
LARREY Dominique-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie  
LEFRANT Jean-Yves-Anesthésiologie-réanimation  
LE QUELLEC Alain-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie  
MARTY-ANE Charles - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire  
MERCIER Jacques - Physiologie  
MESSNER Patrick – Cardiologie  
MONDAIN Michel – Oto-rhino-laryngologie  
PELLISSIER Jacques-Médecine physique et de réadaptation  
RENARD Eric-Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale  
REYNES Jacques-Maladies infectieuses, maladies tropicales  
RIBSTEIN Jean-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie  
RIPART Jacques-Anesthésiologie-réanimation  
ROUANET Philippe-Cancérologie ; radiothérapie  
SCHVED Jean François-Hématologie; Transfusion  
TAOUREL Patrice-Radiologie et imagerie médicale  
UZIEL Alain -Oto-rhino-laryngologie  
VANDE PERRE Philippe-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière  
YCHOU Marc-Cancérologie ; radiothérapie

**PU-PH de 1<sup>re</sup> classe**

AGUILAR MARTINEZ Patricia-Hématologie ; transfusion  
AVIGNON Antoine-Nutrition  
AZRIA David -Cancérologie ; radiothérapie  
BAGHDADLI Amaria-Pédopsychiatrie ; addictologie

BEREGI Jean-Paul-Radiologie et imagerie médicale

BLAIN Hubert-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie

BLANC Pierre-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

BORIE Frédéric-Chirurgie digestive

BOULOT Pierre-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

CAMBONIE Gilles -Pédiatrie

CAMU William-Neurologie

CANOVAS François-Anatomie

CARTRON Guillaume-Hématologie ; transfusion

CHAMMAS Michel-Chirurgie orthopédique et traumatologique

CHANQUES Gérald – Anesthésie-réanimation

CORBEAU Pierre-Immunologie

COSTES Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques

CYTEVAL Catherine-Radiologie et imagerie médicale

DADURE Christophe-Anesthésiologie-réanimation

DAUVILLIERS Yves-Physiologie

DE TAYRAC Renaud-Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale

DEMARIA Roland-Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire

DEREURE Olivier-Dermatologie – vénéréologie

DE VOS John – Cytologie et histologie

DROUPY Stéphane -Urologie

DUCROS Anne-Neurologie

GARREL Renaud – Oto-rhino-laryngologie

HAYOT Maurice - Physiologie

KLOUCHE Kada-Réanimation ; médecine d'urgence

KOENIG Michel-Génétique moléculaire

LABAUGE Pierre- Neurologie

LAFFONT Isabelle-Médecine physique et de réadaptation

LAVABRE-BERTRAND Thierry-Cytologie et histologie

LAVIGNE Jean-Philippe – Bactériologie – virologie, hygiène hospitalière

LECLERCQ Florence-Cardiologie

LEHMANN Sylvain-Biochimie et biologie moléculaire

LE MOING Vincent – Maladies infectieuses, maladies tropicales

LUMBROSO Serge-Biochimie et Biologie moléculaire

MARIANO-GOULART Denis-Biophysique et médecine nucléaire  
MATECKI Stéfan -Physiologie  
MEUNIER Laurent-Dermato-vénéréologie  
MOREL Jacques - Rhumatologie  
MORIN Denis-Pédiatrie  
NAVARRO Francis-Chirurgie générale  
PETIT Pierre-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie  
PERNEY Pascal-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie  
PRUDHOMME Michel - Anatomie  
PUJOL Jean Louis-Pneumologie ; addictologie  
PUJOL Pascal-Biologie cellulaire  
PURPER-OUAKIL Diane-Pédopsychiatrie ; addictologie  
QUERE Isabelle-Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)  
SOTTO Albert-Maladies infectieuses ; maladies tropicales  
TOUITOU Isabelle-Génétique  
TRAN Tu-Anh-Pédiatrie  
VERNHET Hélène-Radiologie et imagerie médicale

**PU-PH de 2ème classe**

ASSENAT Éric-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie  
BERTHET Jean-Philippe-Chirurgie thoracique et cardiovasculaire  
BOURDIN Arnaud-Pneumologie ; addictologie  
CANAUD Ludovic-Chirurgie vasculaire ; Médecine Vasculaire  
CAPDEVIELLE Delphine-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie  
CAPTIER Guillaume-Anatomie  
CAYLA Guillaume-Cardiologie  
COLOMBO Pierre-Emmanuel-Cancérologie ; radiothérapie  
COSTALAT Vincent-Radiologie et imagerie médicale  
COULET Bertrand-Chirurgie orthopédique et traumatologique  
CUVILLON Philippe-Anesthésiologie-réanimation  
DAIEN Vincent-Ophtalmologie  
DORANDEU Anne-Médecine légale -  
DUPEYRON Arnaud-Médecine physique et de réadaptation  
FAILLIE Jean-Luc – Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique, addictologie



FESLER Pierre-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie

GAUJOUX Viala Cécile-Rhumatologie

GENEVIEVE David-Génétique

GODREUIL Sylvain-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

GUILLAUME Sébastien-Urgences et Post urgences psychiatriques -

GUILPAIN Philippe-Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie

GUIU Boris-Radiologie et imagerie médicale

HERLIN Christian – Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brulologie

HOUEDE Nadine-Cancérologie ; radiothérapie

JACOT William-Cancérologie ; Radiothérapie

JUNG Boris-Réanimation ; médecine d'urgence

KALFA Nicolas-Chirurgie infantile

KOUYOUMDJIAN Pascal-Chirurgie orthopédique et traumatologique

LACHAUD Laurence-Parasitologie et mycologie

LALLEMANT Benjamin-Oto-rhino-laryngologie

LE QUINTREC Moglie - Néphrologie

LETOUZEY Vincent-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

LONJON Nicolas - Neurologie

LOPEZ CASTROMAN Jorge-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie

LUKAS Cédric-Rhumatologie

MAURY Philippe-Chirurgie orthopédique et traumatologique

MILLET Ingrid-Radiologie et imagerie médicale

MORANNE Olivier-Néphrologie

NAGOT Nicolas-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication

NOCCA David-Chirurgie digestive

PANARO Fabrizio-Chirurgie générale

PARIS Françoise-Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale

PASQUIE Jean-Luc-Cardiologie

PEREZ MARTIN Antonia-Physiologie

POUDEROUX Philippe-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

RIGAU Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques

RIVIER François-Pédiatrie

ROGER Pascal-Anatomie et cytologie pathologiques

ROSSI Jean François-Hématologie ; transfusion  
ROUBILLE François-Cardiologie  
SEBBANE Mustapha-Anesthésiologie-réanimation  
SIRVENT Nicolas-Pédiatrie  
SOLASSOL Jérôme-Biologie cellulaire  
STOEBNER Pierre – Dermato-vénérologie  
SULTAN Ariane-Nutrition  
THOUVENOT Éric-Neurologie  
THURET Rodolphe-Urologie  
VENAIL Frédéric-Oto-rhino-laryngologie  
VILLAIN Max-Ophtalmologie  
VINCENT Denis -Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie  
VINCENT Thierry-Immunologie  
WOJTUSCISZYN Anne-Endocrinologie-diabétologie-nutrition

#### **PROFESSEURS DES UNIVERSITES**

1<sup>re</sup> classe :

COLINGE Jacques - Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes

2<sup>ème</sup> classe :

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila - Biochimie et biologie moléculaire

VISIER Laurent - Sociologie, démographie

#### **PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale**

1<sup>re</sup> classe :

LAMBERT Philippe

2<sup>ème</sup> classe :

AMOUYAL Michel

#### **PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale**

CLARY Bernard

DAVID Michel

### **PROFESSEUR ASSOCIE - Médecine**

BESSIS Didier - Dermato-vénéréologie

MEUNIER Isabelle – Ophtalmologie

MULLER Laurent – Anesthésiologie-réanimation

PERRIGAULT Pierre-François - Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence

ROUBERTIE Agathe – Pédiatrie

### **Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers**

#### **MCU-PH Hors classe**

BOULLE Nathalie – Biologie cellulaire

CACHEUX-RATABOUL Valère-Génétique

CARRIERE Christian-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

CHARACHON Sylvie-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

FABBRO-PERAY Pascale-Epidémiologie, économie de la santé et prévention

HILLAIRE-BUYS Dominique-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

GIANSILY-BLAIZOT Muriel – Hématologie, transfusion

PELLESTOR Franck-Cytologie et histologie

PUJOL Joseph-Anatomie

RICHARD Bruno-Thérapeutique ; addictologie

RISPAIL Philippe-Parasitologie et mycologie

SEGONDY Michel-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

#### **MCU-PH de 1<sup>re</sup> classe**

BADIOU Stéphanie-Biochimie et biologie moléculaire

BOUDOUSQ Vincent-Biophysique et médecine nucléaire

BOURGIER Céline-Cancérologie ; Radiothérapie

BRET Caroline -Hématologie biologique

COSSEE Mireille-Génétique Moléculaire

GABELLE DELOUSTAL Audrey-Neurologie

GIRARDET-BESSIS Anne-Biochimie et biologie moléculaire

LAVIGNE Géraldine-Hématologie ; transfusion

LESAGE François-Xavier – Médecine et santé au travail

MATHIEU Olivier-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas-Neuroradiologie

MOUZAT Kévin-Biochimie et biologie moléculaire

PANABIERES Catherine-Biologie cellulaire

PHILIBERT Pascal-Biologie et médecine du développement et de la reproduction

RAVEL Christophe - Parasitologie et mycologie

SCHUSTER-BECK Iris-Physiologie

STERKERS Yvon-Parasitologie et mycologie

TUAILLON Edouard-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

YACHOUH Jacques-Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

### **MCU-PH de 2<sup>ème</sup> classe**

BERTRAND Martin-Anatomie

DE JONG Audrey – Anesthésie-réanimation

DU THANH Aurélie-Dermato-vénéréologie

GALANAUD Jean Philippe-Médecine Vasculaire

GOUZI Farès-Physiologie

HERRERO Astrid – Chirurgie générale

JEZIORSKI Éric-Pédiatrie

KUSTER Nils-Biochimie et biologie moléculaire

MAKINSON Alain-Maladies infectieuses, Maladies tropicales

MURA Thibault-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication

OLIE Emilie-Psychiatrie d'adultes ; addictologie

PANTEL Alix – Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière

PERS Yves-Marie – Thérapeutique, addictologie

SABLEWSKI Vanessa – Anatomie et cytologie pathologiques

THEVENIN-RENE Céline-Immunologie

### **MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - Médecine Générale**

#### **Maîtres de conférence de 1<sup>ère</sup> classe**

COSTA David

#### **Maîtres de conférence de 2<sup>ème</sup> classe**

FOLCO-LOGNOS Béatrice

OUDE-ENGBERINK Agnès

## **MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES - Médecine Générale**

GARCIA Marc

MILLION Elodie

PAVAGEAU Sylvain

REBOUL Marie-Catherine

SERAYET Philippe

## **MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES**

### **Maîtres de Conférences hors classe**

BADIA Eric - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

### **Maîtres de Conférences de classe normale**

BECAMEL Carine - Neurosciences

BERNEX Florence - Physiologie

CHAUMONT-DUBEL Séverine - Sciences du médicament et des autres produits de santé

CHAZAL Nathalie - Biologie cellulaire

DELABY Constance - Biochimie et biologie moléculaire

GUGLIELMI Laurence - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

HENRY Laurent - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

LADRET Véronique - Mathématiques appliquées et applications des mathématiques

LAINÉ Sébastien - Sciences du Médicament et autres produits de santé

LE GALLIC Lionel - Sciences du médicament et autres produits de santé

LOZZA Catherine - Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques

MAIMOUN Laurent - Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé

MOREAUX Jérôme - Science biologiques, fondamentales et cliniques

MORITZ-GASSER Sylvie - Neurosciences

MOUTOT Gilles - Philosophie

PASSERIEUX Emilie - Physiologie

RAMIREZ Jean-Marie - Histologie

TAULAN Magali - Biologie Cellulaire

### *PRATICIENS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES*

CLAIRE DAIEN-Rhumatologie

BASTIDE Sophie-Epidémiologie, économie de la santé et prévention

GATINOIS Vincent-Histologie, embryologie et cytogénétique

PINETON DE CHAMBRUN Guillaume-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

SOUCHE François-Régis – Chirurgie générale

TORRE Antoine-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

## • Remerciements

### **Au Professeur Michel AMOUYAL**

Pour l'honneur que vous nous faites de présider et de juger cette thèse, veuillez trouver ici mon profond respect et ma reconnaissance. Merci pour vos conseils, votre bienveillance, votre soutien lors de la réalisation de cette thèse et votre investissement général pour les étudiants en médecine générale.

### **Au Professeur Nadine HOUEDE**

Vous nous faites l'honneur de siéger à ce jury de thèse. Veuillez trouver ici le témoignage de mes sincères remerciements. Heureuse d'avoir un jury paritaire.

### **Au Professeur Cécile GAUJOUX-VIALA**

Merci d'avoir accepté de participer à ce jury. Je suis reconnaissante de l'aide que vous m'avez prodigué par le biais du Dr HUA. Soyez assurée, Madame le professeur de mon plus profond respect.

### **Au Docteur Valery ANTOINE**

Je vous remercie d'avoir accepté de diriger ce travail de thèse, d'avoir permis l'éclosion de ce sujet, de m'avoir suivi tout au long de ces années de travail. Merci pour votre disponibilité et vos conseils toujours avisés. Soyez assuré de ma profonde considération.

**A tous les participants du groupe de travail**, un grand merci pour leur temps et leur participation. Sans vous, cette thèse n'aurait pu exister. Et plus particulièrement un grand merci au **Dr Antoine MONTEIL** qui a été un formateur exemplaire et à qui je dois mes compétences en médecine générale.

Merci au cabinet médical de Codognan, au **Dr Michel AMOUYAL**, **Dr Mélanie BADIN** et **Annie** pour votre bienveillance, votre investissement pour ma thèse et vos excellents conseils.

Aux médecins et équipes qui m'ont formé et dont je garde tant de bons souvenirs.

**A Céline KABYLO**, bibliothécaire de la faculté de Nîmes qui m'a beaucoup aidé sur la fin de la thèse.

**A mes parents**,

Comment ne pas vous dire merci pour tout ce que vous m'avez apporté. Merci d'avoir toujours été là pour moi. Votre soutien, dans les bons comme dans les mauvais moments, et votre amour m'ont permis d'en arriver là où je suis aujourd'hui. Merci pour l'ouverture d'esprit que vous m'avez offerte grâce aux voyages et au sport. Merci à mon père pour tes défis toujours plus fous (marathon) et à ma maman pour ton aide précieuse lors de cette thèse.

**A mon fiancé Malek**

Même si ce n'est pas encore évident de parler de toi ainsi, merci d'avoir été là dans tous les moments difficiles de l'élaboration de cette thèse, pour tes encouragements et ton amour. Merci à tes astreintes qui ont prédéfinis mes temps de travail. Un grand merci à ta famille extraordinaire.

**A ma Famille** : sœur, cousins cousines, grands-parents, oncles tantes qui ont été un socle indestructible à mon épanouissement et ma réussite.

**A ma deuxième famille du handball simianais** : Aurore et Marc, Guigui et Marion, J-B et Charly, Christian et Josette, Nadège, Véro, Fabrice, Marine, des personnes avec de belles valeurs qui ont permis mon équilibre tout au long de ces études.

**A mes amis de Lycée** dont ma jumelle **Agathe DONET**, colloque invétérée de ces années d'étude, de la première au lycée à la D4 aucun concours n'aura eu raison de nous. Tu m'as accompagné dans les moments les plus difficiles de nos études et dieu sait que ça a été interminable. A Fanta, Enzo, Maxou mes amis les plus fidèles.

**A la fine équipe de l'AEM2** (Association des Etudiants en Médecine de Marseille) et leurs fantastiques pièces rapportées, des liens d'amitié qui se sont créés dans les galères de l'organisation mais qui aujourd'hui sont indéfectibles. Je vous aime !!!

A mes cointernes narbonnais et du service de Gériatrie de Nîmes qui ont permis mon épanouissement dans cette nouvelle région et ont embelli mon internat. Spéciale dédicace à Margaux Tiberghien la complice de toutes les aventures sportives, comme professionnelles. A mes amies Chloé Orioli et Clara Ronin les incontournables des soirées montpellieraines.



• **Sommaire :**

INTRODUCTION	p.17
MATERIEL ET METHODE	p.24
RESULTATS	p.30
DISCUSSION	p.33
CONCLUSION	p.38
TABLEAUX	p.40
FIGURES	p.53
BIBLIOGRAPHIE	p.55
ANNEXES	p.61 (n° 1 p.62 / n°2 p.64 / n°3 p.66/ n°4 p.70 / n°5 p.77 / n°6 p.90 / n°7 p.114 / n°8 p.141 / n°9 p.157 / n°10 p.163)
RESUME	p.167

## **Introduction.**

Le cancer du sein représente le cancer féminin le plus fréquent. Son incidence (près de 60 000 nouveaux cas estimés en 2017 en France) et sa prévalence sont croissantes, y compris chez les patientes âgées de 65 ans et plus (1) (2). Le nombre de patientes âgées de 65 ans et plus présentant un cancer du sein en France en 2002 était estimé à 50088 (soit un peu moins de la moitié des cas de cancer du sein chez la femme) (3).

Le cancer du sein reste responsable du plus grand nombre de décès par cancer chez la femme (12 000 décès en 2017), même si la mortalité diminue du fait d'un meilleur dépistage (donc d'un diagnostic plus précoce) et de l'efficacité des traitements. La survie à 5 ans ajustée sur l'âge est passée de 80 % pour les femmes diagnostiquées entre 1989 et 1993 à 87 % pour celles diagnostiquées entre 2005 et 2010. Cependant, la survie relative (décès liés à la tumeur) des patientes de 70 ans et plus est inférieure à celle des patientes de la tranche 40-70 ans, même après ajustement au stade de la maladie (1). Aussi, la majorité des patientes âgées présentant un cancer du sein opérable (60% chez les femmes de 80 ans et plus au diagnostic) meurt du fait de pathologies associées (mortalité compétitive) : ces comorbidités et la perte d'indépendance fonctionnelle représentent un facteur de risque de décès (1). Le sous-traitement, les différences socio-économiques, l'inégalité d'accès au soin peuvent aussi contribuer au pronostic défavorable observé avec l'avancée en âge (1). Des obstacles aux traitements standards ont en effet été identifiés : avancée en âge, comorbidités (en particuliers troubles cognitifs, dépression, anxiété, troubles sensoriels, difficultés de mobilisation), origine ethnique, environnement socio-culturel et économique, difficulté des transports pour acheminement vers le centre de soins, préjugés des médecins ou de l'entourage familial sur les toxicités et le bénéfice limité des traitements. Les patientes âgées peuvent aussi avoir une

perception erronée de la maladie, des bénéfices réels des traitements et des toxicités possibles les conduisant à une mauvaise compliance aux traitements (1).

Les caractéristiques biologiques des cellules tumorales varient avec l'avancée en âge : l'expression des récepteurs hormonaux (œstrogène : RE et progestérone : RP) est plus fréquente (85% de tumeur RE+ dans la tranche d'âge 80-84 ans) (1). Ainsi, parmi les traitements possibles, l'hormonothérapie (HT) est une option thérapeutique fréquente pour les tumeurs hormono-sensibles. Elle vise à réduire la taille d'une tumeur trop volumineuse et à diminuer le risque de récurrence locale, d'atteinte contralatérale et de métastase (4). Parmi les molécules disponibles, les anti-aromatases (AA), indiquées chez les femmes ménopausées, empêchent la croissance des cellules cancéreuses hormono-sensibles en supprimant la synthèse ovarienne des œstrogènes par inhibition de l'aromatase (qui permet la transformation d'androgène en œstrogène) (5). L'utilisation des AA est possible pour les tumeurs sensibles dans différentes indications : en néoadjuvant en cas de maladie avancée ou de tumeur de grande taille ; comme seul traitement en cas d'espérance de vie courte (< 2 à 3 ans), chirurgie refusée même après optimisation du traitement des comorbidités ou refusée par la patiente ; en adjuvant (initialement, en remplacement après 2 à 3 ans ou en relai après 5 ans de tamoxifène) chez les patients considérée en bonne santé (pour diminuer le risque de récurrence et de décès) ; en situation métastatique (1) (2).

Ces thérapeutiques, en majorant la survie, peuvent cependant conduire à un risque majoré de subir les conséquences d'effets secondaires tardifs des traitements (2). Ainsi, les AA peuvent occasionner des douleurs chroniques, des syndromes musculo-squelettiques et une perte osseuse accélérée. Les effets secondaires osseux des AA peuvent conduire à un défaut d'observance, augmentent (surtout chez les patientes à risque de chute) le risque de fracture (et ce dès la phase active du traitement) : une femme sur 5 traitée par AA pourrait présenter une fracture sur 5 ans de suivi, un risque annuel majoré de 2 à 3% par an pourrait survenir

chez les patientes dont le traitement est prolongé 10 ans. Ces évènements peuvent conduire à une perte d'indépendance, une altération de la qualité de vie, une majoration de la morbidité, une majoration des dépenses de santé, voire en cas de fracture une mortalité majorée (1) (2). En effet, en France en 2008-2009, une étude montrait qu'une femme sur cinq âgée de plus de 54 ans hospitalisée pour une fracture du col du fémur décédait dans l'année qui a suivi sa fracture (6). Par ailleurs, selon L'international Osteoporosis Foundation, le risque de fracture ostéoporotique chez les femmes est plus élevé que les risques combinés de cancer du sein, de l'ovaire et de l'utérus (7).

C'est dire l'importance du repérage et de la prévention des effets secondaires liés aux AA, d'autant que dans le cancer du sein, la mortalité spécifique (liée au cancer) est souvent inférieure à la mortalité compétitive (liée aux comorbidités) (1). Pour évaluer le risque de fracture, le FRAX, outil validé pour estimer le risque de fractures ostéoporotiques (en dehors du contexte spécifique du cancer) n'est pas adapté à l'évaluation du risque de fracture des patientes sous AA : il ne tient pas compte de l'impact de ces molécules et par ailleurs, il évalue un risque de fracture à 10 ans, alors que les patientes sous AA présentent un risque rapidement majoré dès la phase active du traitement (2). Les autres facteurs de risque de fracture chez les femmes âgées présentant un cancer du sein incluent :

. l'âge > 65 ans, l'index de masse corporel (IMC < 20 kg/m<sup>2</sup>), le tabagisme même sevré, un antécédent familial de fracture du col fémoral, antécédent personnel de fracture après 50 ans, la corticothérapie systémique prolongée plus de 6 mois, la polyarthrite rhumatoïde et un T score < - 1,5 (2).

. et possiblement : la faiblesse musculaire et la perte de mobilité liée au cancer ou son traitement, la corticothérapie systémique à plus de 2,5 mg d'équivalent prednisolone

prolongée plus de 3 mois, les causes d'ostéoporose secondaire (qui impliquent un bilan biologique sanguin complet : NFS-plaq, CRP, ionogramme, urée, créatinine, calcium, phosphore, albumine, vitamine D, GGT, phosphatases alcalines, TSH, électrophorèse des protéines ) (2).

La perte osseuse survient rapidement dès les premiers mois qui suivent l'introduction du traitement par AA. La prise en charge des effets secondaires doit être précoce car les patientes âgées ont des réserves physiologiques diminuées qui contribuent à aggraver les conséquences d'effets indésirables des traitements (1). Chez les personnes âgées fragiles, une présentation atypique des effets secondaires est fréquente et doit aussi être reconnue (chutes ...). Aussi, en cas d'utilisation d'AA, le dépistage/le diagnostic et la prévention/le traitement précoces de la déminéralisation osseuse sont indiqués (1). Chez la personne âgée ménopausée de plus de 65 ans (âge qui constitue en soi un facteur de risque de fracture chez les patientes présentant un cancer du sein traité par AA) en situation non métastatique, le traitement de l'ostéopénie est systématiquement recommandé dès le début du traitement AA, sauf en l'absence d'autre facteur de risque associé ET valeur du T score  $> -1,5$  (ou perte inférieure à 5 à 10% s'il s'agit d'une ostéodensitométrie de contrôle) (**Figure 1**). En l'absence de traitement, la réévaluation se fait à un an à la recherche de facteurs de risque incidents et s'ils sont absents par la réévaluation du T score. Ainsi, l'ostéodensitométrie (initiale ou de contrôle) n'est indiquée qu'en cas d'absence d'au moins un autre facteur de risque que l'âge. Le bilan biologique à la recherche de causes d'ostéoporose secondaire doit être renouvelé lors du suivi en cas de diminution du T score  $< -1,5$  (2). La prévention du risque fracturaire doit débiter dès l'initiation du traitement anti-aromatase, elle est multi-dimensionnelle et doit associer des apports de calcium (1200 mg/j) et de vitamine D (800 à 2000 UI/j) et exercice physique modéré contre résistance. En cas de traitement anti-résorptif indiqué (Biphosphonate (BP) ou dénosumab), il doit associer :

. contrôle de la bonne hydratation et de la clairance de la créatinine, éviction des médicaments néphrotoxiques,

. bilan dentaire et si besoin soins dentaires sous antibiothérapie,

. traitement anti-résorptif tous les 6 mois dès l'initiation du traitement AA et poursuivi au moins jusqu'à son interruption (soit 5 à 10 ans, sauf évènement incident remettant en cause son intérêt): acide zolédronique 4 mg IV pour faciliter l'observance (des biphosphonates PO sont aussi possibles); dénosumab 60 mg SC, éventuellement relayé par un BP pour éviter un possible effet rebond (2).

Par ailleurs, l'indication des BP en traitement anti-tumoral adjuvant reste controversée. Chez certaines femmes ménopausées à risque de récurrence ( $\geq$  T2, N+, grade II ou III, RE-, HER 2+), ils pourraient diminuer le risque de récurrence et la mortalité. Ils n'ont cependant pas encore l'AMM dans cette indication. (2).

Si ces recommandations de bonnes pratiques existent, leur application par les différents médecins impliqués dans la prise en charge des patientes est inconstante. Les oncologues et/ou gynécologues sont souvent les prescripteurs qui initient l'HT, le médecin généraliste (MG), spécialiste de la prise en charge globale, est un acteur incontournable associé au suivi des patientes. Les objectifs du suivi d'un cancer du sein en médecine générale sont multiples : détecter les récurrences (locales ou à distance) et la survenue d'un nouveau cancer du sein, rechercher et gérer les séquelles et les complications tardives liées aux traitements, veiller à la qualité de vie, encourager l'observance du traitement, avoir une approche globale sur les différents risques à prévenir pour la santé des patientes (8).

Cf Annexe 1 : Recommandations de diagnostic et prise en charge de l'ostéoporose chez patients sous Hormonothérapie (anti-aromatase). Cf Annexe 2 : Les traitements contre l'ostéoporose pour les patientes traitées par anti-aromatase dans le cancer du sein

Des études antérieures, réalisées en dehors du cas particulier du cancer du sein, ont mis en évidence différents obstacles expliquant le retard au dépistage, diagnostic et traitement de l'ostéoporose (OSP) post-ménopausique en médecine générale et proposés des solutions (**Tableaux 1, 2 et 3**). Ils peuvent être liés aux médecins, aux patientes, aux recommandations, aux traitements et leur modalité (Cf Annexe 3 : Obstacles au dépistage, diagnostique et traitement de l'ostéoporose,). Cependant, il n'existe pas d'étude décrivant l'implication des MG dans le dépistage, le diagnostic, la prévention et la prise en charge de l'OSP dans le cadre spécifique des femmes traitées par AA.

Aussi, une enquête téléphonique préliminaire à ce travail de thèse a visé à évaluer l'implication de MG dans ce contexte. Quinze médecins généralistes Gardois (pratiquant en milieu rural, semi rural ou en ville, de sexe, d'âge et de mode d'installation différents) ont été contactés par téléphone entre septembre et octobre 2017. Les MG évoquaient une méconnaissance des différentes HT et du type d'HT favorisant la déminéralisation osseuse, un défaut de repérage et de prise en charge des effets secondaires osseux liés aux AA pour la moitié des MG interrogés, considérant qu'ils relevaient du spécialiste oncologue ou rhumatologue. Certains MG prescrivaient une ostéodensitométrie et une supplémentation vitamino-calcique mais très peu initiaient des bisphosphates (BP), doutant de leur bénéfice et/ou estimant les effets secondaires possibles délétères. Cf Annexes 9. Ils évoquaient aussi un manque de coordination entre spécialistes du cancer et MG, favorisant l'absence ou le retard à

la mise en place des recommandations de bonnes pratiques pour la prévention/le traitement des effets osseux liés aux AA chez les patientes âgées (1) (2).

Ainsi, l'exploration des raisons possibles d'une prise en charge sub-optimale des effets secondaires osseux liés aux AA prend tout son intérêt. Dans cette problématique, la multiplicité des intervenants et la complexité du processus font que les facteurs explicatifs de non application des recommandations sont difficiles à mesurer objectivement. Dans ce contexte, la conduite d'une étude qualitative visant à la compréhension et l'identification des obstacles à la mise en place des recommandations concernant les événements osseux liés aux AA prend tout son intérêt, pour comprendre le décalage entre le référentiel et la pratique médicale des différents acteurs (MG et autres spécialistes).

Dans ce contexte, l'objectif de ce travail de thèse est double :

. étape 1 : mener une étude qualitative pour explorer, décrire et comprendre les obstacles à la mise en place des recommandations de bonnes pratiques concernant la perte osseuse, rencontrés par les différents professionnels impliqués dans le suivi des patientes ménopausées présentant un cancer du sein hormono-sensible et traitées par AA.

. étape 2 : définir en groupe de travail les bases préliminaires nécessaires pour conduire ultérieurement, à un échelon local, une recherche de consensus multidisciplinaire visant à proposer des solutions pour coordonner les différents spécialistes et améliorer le parcours de soins afin de favoriser la mise en place des recommandations de bonnes pratiques.



## **Matériel et méthodes.**

### **Etape 1. Comprendre les obstacles à la mise en place des recommandations de bonnes pratiques.**

**Equipe de recherche.** L'étude a été menée par la thésarde (nommée par la suite « enquêteur »), de sexe féminin, interne en médecine générale, en 5<sup>ème</sup> semestre d'internat au moment de l'étude (elle avait effectué deux stages en médecine générale et deux stages hospitalier en médecine pour adulte). Concernant la problématique étudiée, elle n'avait pas effectué de formation complémentaire en oncologie, en gériatrie, en rhumatologie ni en gynécologie. Son intérêt pour la question était motivé par son constat de la possibilité de difficultés de communication et de coordination entre les praticiens libéraux et hospitaliers.

L'étude était encadrée par le directeur de thèse, de sexe masculin, docteur en médecine spécialisé en gériatrie, titulaires de plusieurs diplômes universitaires, notamment en oncologie gériatrique. Au moment de l'étude, il était praticien hospitalier en CHU, exerçant en unité de court séjour gériatrique, responsable de l'activité d'évaluation oncogériatrique sur le CHU dans le cadre d'une unité de coordination en oncogériatrie (UCOG). Son intérêt pour la question était motivé par le constat dans sa pratique clinique de l'insuffisance de prise en charge des complications osseuses liées aux AA. Il possédait plusieurs expériences antérieures en recherche clinique et qualitative.

**Sélection des participants.** Les participants ont été sélectionnés par échantillonnage de convenance afin de pouvoir répondre à l'objectif fixé (choix adapté au but). En effet, l'étude

préliminaire à ce travail (contact téléphonique de MG) avait permis de souligner l'intérêt de cibler, parmi les ressources à mobiliser, des MG qui avaient affirmé un souhait de participation dans le groupe de travail sur la thématique choisie, bien qu'ils n'étaient pas particulièrement exposés à cette thématique dans leur activité clinique habituelle. Les autres médecins spécialistes et le pharmacien ont été recrutés du fait de leurs connaissances et de leur implication clinique dans le domaine étudié. Les participants ont été initialement contactés par l'enquêteur par téléphone, mail ou entretien direct. Un mail précisant le projet et le déroulement du groupe de travail a ensuite été envoyé à chacun des participants avec un lien Doodle permettant de choisir entre plusieurs dates et horaires de réunion.

Parmi les personnes contactées pour participer, 4 MG ont refusé de participer par manque de disponibilité et d'intérêt pour le sujet de l'étude, 2 autres professionnels qui devaient participer n'ont finalement pas pu assister aux réunions (un oncologue et un MG). Finalement, dix participants ont été inclus : quatre MG travaillant dans 2 cabinets différents, une rhumatologue libérale exerçant à Nîmes, une pharmacienne et des médecins hospitaliers du CHU Nîmes : une rhumatologue, une radiothérapeute ; deux médecins du CHU, une gynécologue et un spécialiste de l'ostéodensitométrie, absents à la réunion, ont été rencontrés ultérieurement lors d'un entretien individuel.

Les participants étaient en majorité des femmes (66%), d'âge moyen 50 ans (de 34 à 62 ans). Ils exerçaient dans le département du Gard, en milieu hospitalier ou en libéral dans un contexte urbain et semi-rural pour deux MG. Parmi les MG, deux étaient des femmes installées en cabinet depuis moins de 10 ans et deux autres étaient des hommes installés depuis plus de 20 ans. La rhumatologue libérale était installée depuis plus de 20 ans. Les participants hospitaliers avaient le grade de praticiens hospitaliers hormis la rhumatologue et le pharmacien qui étaient assistants.

L'enquêteur avait travaillé avec une partie des participants au cours de ses semestres d'internat hospitaliers et de ville avant le début de cette étude : le directeur de thèse praticien hospitalier, un pharmacien hospitalier et quatre MG. Le directeur de thèse connaissait l'ensemble des participants qui travaillaient au CHU Nîmes dans d'autres spécialités. Une autre participante, rhumatologue libéral, collaborait parfois avec l'un des MG et la radiothérapeute.

Les participants connaissaient les qualifications de l'enquêteur et du directeur de thèse. Le contexte de l'étude (thèse de médecine) et les motivations de l'enquêteur et du directeur de thèse avaient été précisés aux participants : envoi par courriel de la fiche de projet de thèse et de bibliographie concernant les recommandations de bonnes pratiques ; introduction orale lors de la première rencontre des participants.

**Cadre méthodologique.** L'approche phénoménologique a été choisie car elle vise à appréhender l'essence, le sens ou la signification d'un phénomène du point de vue des personnes étudiées qui le vivent, en mettant l'accent sur le vécu et l'expérience subjective des individus.

**Méthode de recueil de données.** La réalisation d'entretiens a été réalisée pour obtenir des informations sur les croyances, connaissances, attitudes et valeurs. Les entretiens en groupe ont été retenus car ils profitent de l'interaction entre les différents informants pour produire des données. Cette méthode répondait aussi à des critères de faisabilité (temps et ressources disponibles, limités par la disponibilité des participants). Une question initiale à réponses ouvertes (afin de laisser aux participants la plus grande liberté d'expression possible) a été proposée au groupe : « Quels freins ressentez-vous dans votre pratique au repérage et/ou la

prise en charge de la perte osseuse liée aux AA ? » Le but de cette première étape n'était pas de créer un consensus mais d'encourager la discussion, révéler des différences d'opinions et de connaissances, générer de nouveaux questionnements et de nouvelles interprétations pour voir le phénomène étudié sous l'angle des différents participants. La réunion de MG et d'autres spécialistes hospitaliers et de ville permettait de favoriser les échanges notamment sur le lien ville-hôpital. Le modérateur encourageait les participants à se parler entre eux, à s'échanger des expériences vécues et des opinions, à expliquer leur point de vue. Le déroulement de la discussion était structuré par un guide d'entretien réalisé par le directeur de thèse. Il n'y a pas eu de pré-test de ce guide avant l'étude. Il identifiait les étapes du parcours de soins (première prescription d'AA, recueil des facteurs de risque de fracture, prescription et réalisation de l'ostéodensitométrie si indiquée, bilan pré-thérapeutique et modalités des traitements si indiqués, surveillance) et visait à solliciter les participants, quand ils ne le faisaient pas spontanément, pour qu'ils s'expriment librement sur les problèmes qu'ils pouvaient rencontrer à chaque étape. Quand cela était nécessaire, des questions de relances à réponses ouvertes pouvaient être soumises aux participants.

Le chercheur a effectué un enregistrement audio et vidéo (avec l'accord verbal des intervenants) des échanges entre les participants et effectuait des prises de notes durant les entretiens, permettant le recueil des phrases clés qui ont servi de plan lors de la retranscription mais aussi des possibles éléments de communication non verbale. Il ne participait pas aux discours pendant le débat ni donnait son avis.

**Analyse des données.** L'enquêteur principal a intégralement retranscrit les échanges. La gestion des données ne s'est pas faite à l'aide d'un logiciel. L'analyse par l'enquêteur a reposé sur le principe du codage et a relevé d'une approche interprétative. La définition des thèmes

identifiés dans les réponses des participants s'est faite par analyse de contenu thématique, sans classement selon des thématiques préétablies. L'analyse des données textuelles s'est faite par étapes : transcription des entretiens, lecture multiple des verbatim, interprétation des verbatim pour transformation en « unités de signification » et identification dans le contenu des thèmes et des sous-thèmes (analyse de contenu thématique), classification des thèmes, validation du classement thématique par le directeur de thèse (pour éliminer de possibles divergences d'interprétation), vérification du classement thématique par les participants et intégration de leurs commentaires, puis recherche de relations entre les thèmes. Une analyse phénoménologique des verbatim a été réalisée. Les verbatim ont été étiquetés en fonction de l'idée thématique puis phénoménologique qui pouvait les résumer. Cette analyse thématique a permis d'élaborer une synthèse.

**Etape 2. Evoquer des solutions pour coordonner les différents spécialistes, améliorer le parcours de soins et la mise en place des recommandations de bonnes pratiques.**

Une deuxième réunion de groupe pluri-disciplinaire visant à définir les bases préliminaires pour la conduite ultérieure d'une recherche de consensus d'expert a été organisée.

**Sélection des participants.** Les MG et spécialistes participants à la première rencontre ont été recontactés. Un médecin spécialiste responsable sur le CHU de l'ostéodensitométrie a aussi été contacté pour participer au travail de groupe du fait de son implication possible dans le parcours de soin des patientes traitées par AA. Trois médecins contactés n'étaient pas disponibles pour la réunion (radiothérapeute, rhumatologue libéral, médecin généraliste).

**Contexte du recueil de données.** Neuf personnes se sont réunies : en plus de l'enquêteur et du directeur de thèse, une rhumatologue hospitalière, un pharmacien et trois des quatre MG présents lors de la première réunion, une gynécologue obstétricienne (qui avait été contactée lors de la première réunion mais qui n'avait pas pu y participer), un médecin hospitalier spécialiste en médecine nucléaire responsable sur le CHU de l'ostéodensitométrie. La réunion était animée par le directeur de thèse, l'enquêteur consignait les propositions évoquées par les participants par écrit. Un enregistrement audio et vidéo a été réalisé après accord des participants.

**Déroulement de la réunion groupe.** Une première phase a de nouveau notifié aux participants les principaux obstacles identifiés lors de la première rencontre (**Tableaux 4a, 4b et 5** des thèmes identifiés à l'étape 1), réprécisé les recommandations de bonnes pratiques, puis a expliqué les objectifs de cette deuxième rencontre et les modalités de l'entretien : énoncé un à un des obstacles identifiés puis distribution de la paroles aux membres du groupe pour recueillir les solutions qu'ils pouvaient proposer : l'interaction en groupe a favorisé l'émergence de solutions diverses correspondant aux différents besoins des participants incluant les attentes qu'ils pouvaient avoir les uns vis-à-vis des autres. Ainsi, dans la deuxième phase de la réunion, chacun des participants a proposé des solutions / actions / modes d'organisation pour améliorer la prise en charge des patientes en regard des obstacles identifiés. Enfin, un parcours de soin théorique a été proposé.

Les documents produits serviront de support à la conduite d'une étude ultérieure de recherche de consensus pour validation d'un parcours de soin.

## Résultats.

### Etape 1.

Les données ont été recueillies le 27/03/2018 sur le site du CHU de Nîmes. Au moment du recueil de données, les personnes présentes étaient toutes des participants à l'étude. Le modérateur, qui est le directeur de thèse de cette étude, a animé l'entretien en se référant au guide semi structuré. Il veillait à la distribution équitable du temps de parole, analysait la dynamique du groupe, posait des sous questions pour faire préciser une pensée, sollicitait d'autres points de vue, réorientait le débat quand il s'écartait du thème général. Une seule question spécifique a été posée car la problématique concernée, considérée importante pour les enquêteurs, n'avait pas été abordée par les participants : « Ressentez-vous des obstacles particuliers dans la situation particulière du grand âgé (après 85 ans voire plus) ? ». En fin de séance, le modérateur a synthétisé le débat et demandé si les participants souhaitaient ajouter des remarques.

La réunion de groupe a duré deux heures. La vérification de l'atteinte du seuil de saturation a été réalisée : la durée de la discussion s'est poursuivie jusqu'à l'absence d'énoncé de nouveaux commentaires/idées et vérification par l'animateur que les participants n'avaient rien à ajouter.

L'analyse des verbatim a fait émerger des thématiques qui permettaient d'éclairer la question de recherche. Les thèmes principaux et secondaires identifiés sont présentés dans les tableaux 4a, 4b et 5 illustrés par des verbatim identifiant anonymement l'auteur de la citation parmi les participants. Les données et les résultats présentaient une cohérence d'ensemble, en effet :

. les obstacles évoqués au dépistage/diagnostic de la perte osseuse induite par les AA (**Tableau 4a et 4b**) étaient l'évolutivité et la complexité des recommandations de bonnes

pratiques, le défaut d'information des médecins et de sensibilisation des patientes sur les bénéfices du traitement de protection osseuse, la présence de comorbidités chez les patientes, un défaut de coordination entre les médecins de ville et de l'hôpital et les obstacles spécifiquement liés à la réalisation de l'ostéodensitométrie.

. les obstacles cités au traitement de la perte osseuse liées aux AA (**Tableau 5**) étaient liés à manque d'information des médecins (sur les recommandations, les bénéfices et les risques, les modalités de prescription), à un défaut de coordination entre les acteurs de la prise en charge mais aussi aux patientes (mauvaise observance, craintes d'effets secondaires).

Il n'apparaissait pas de résultats contradictoires.

Finalement, les réponses identifiées à notre question de recherche (explorer, décrire et comprendre les obstacles à la mise en place des recommandations de bonnes pratiques rencontrés par les différents professionnels impliqués dans le suivi des patientes ménopausées présentant un cancer du sein hormono-sensible et traitées par AA) étaient multi-factorielles, faisant intervenir tant le besoin d'information des médecins sur les recommandations et leurs conditions d'application, l'insuffisante coordination entre les différents acteurs impliqués dans la prise en charge globale et le possible défaut de compliance des patientes. Ainsi, cette étape qualitative a permis de documenter :

. un vécu différent du positionnement des médecins dépendant de leur spécialité, pouvant induire des attentes différentes vis-à-vis des autres spécialistes impliqués dans le parcours de soin et pouvant impacter la prise en charge (attention portée aux comorbidités et au contexte socio-environnemental, sollicitation ou non d'un confrère d'une autre spécialité), accentué par un sentiment de complexité voire d'imprécision ou de remise en question des recommandations.



. une perception de la difficulté de la coordination du parcours de soin, la nécessité d'une meilleure circulation de l'information et d'une organisation multi-disciplinaire, affirmant la position de pilier du MG (dévolue par le système de soins français et conforme à la perception qu'ont les MG de leur mission) pour mieux informer et prendre en charge leurs patientes.

## **Etape 2.**

Les données ont été recueillies le 22/05/2018 sur le site de la maison médicale universitaire du CHU de Nîmes.

Un premier retour des transcriptions (résultats et leurs interprétations par le chercheur) aux participants, afin qu'ils puissent valider le contenu et apporter des commentaires, a été réalisé. Ce travail de contrôle de validité sera poursuivi par la suite dans la continuité de la démarche impulsée par le groupe de travail.

Chacun des participants a proposé des solutions / actions / modes d'organisation pour améliorer la prise en charge des patientes en regard des obstacles identifiés. Ainsi :

. des moyens possibles pour améliorer la communication entre les différents acteurs de la prise en charge ont été recensés (**Tableau 6**) : rendre compréhensible et diffuser le compte rendu de la réunion de concertation pluriprofessionnelle ; développer des alternatives au courrier papier qui représente le support de communication actuellement utilisé entre les différents intervenants en améliorant l'accès et la fonctionnalité du dossier communiquant cancérologie (DCC) à la pratique clinique de routine ; favoriser la concertation dans la décision de prescription des traitements de la résorption osseuse, notamment par le recours possible à un gériatre.

. des propositions visant à favoriser la réalisation et la transmission des résultats de l'ostéodensitométrie (quand elle est indiquée) ont été évoquées (**Tableau 7**) : identification du moment de la prescription et du prescripteur, diffusion de l'information sur les conditions de remboursement, modalités de diffusion des conclusions de l'examen, facilitation d'accès aux personnes très âgées,

. des actions visant à définir, organiser et fluidifier le parcours des patientes ont été proposées. Dans cette perspective, les MG ont clairement exprimé qu'ils souhaitaient être des acteurs à part entière de la prise en charge à plusieurs étapes du parcours de soins et que leurs multiples rôles soient clairement explicités. Ainsi, la définition des rôles possibles des différents acteurs de la prise en charge globale des patientes a été proposée (**Tableau 8**).

. des actions visant à diffuser aux médecins du bassin de vie l'information sur le parcours de soins qui sera établi ont été évoquées (**Tableau 9**) : lors des réunions de concertations pluridisciplinaires pour les spécialistes du cancer et par multiplication des supports de communications de l'information pour les autres médecins.

Enfin, dans une troisième phase de la réunion, ces propositions ont été regroupées, hiérarchisées, soumises au groupe pour pouvoir proposer un modèle de parcours de soins qui pourrait être ultérieurement soumis à une validation par consensus (**Figure 2**).

## **Discussion.**

Cette étude a montré que les différents professionnels impliqués dans le suivi des patientes ménopausées présentant un cancer du sein hormono-sensible et traitées par AA soulignaient leur besoin d'information (sur les recommandations et leurs conditions d'application, sur la prise en charge des patients) et de coordination entre les différents acteurs de santé impliqués.

Pour y remédier, des solutions visant à diffuser l'information sur les bonnes pratiques et définir, organiser et fluidifier le parcours des patientes ont été proposées pour être ultérieurement validées. Même s'il s'agit d'une thématique spécialisée, des MG ont souligné leur volonté d'être acteurs de la prise en charge. Leur rôle central dans la coordination de la prise en charge des patientes a aussi été bien illustré (8).

L'amélioration de l'information de tous les professionnels de santé sur les enjeux liés à la prise en charge globale des patientes traitées pour cancer du sein par AA est importante pour qu'ils puissent améliorer leurs pratiques, mais aussi pour qu'ils puissent transmettre des informations claires pour le patient concernant le diagnostic, le pronostic, les risques d'un sous-traitement et les bénéfices et risques liés aux différentes possibilités thérapeutiques, ce qui pourrait améliorer l'observance des traitements (1).

Pour optimiser l'évaluation de la santé globale des patientes, les consultations du médecin généraliste (et le recours possible à un gériatre), initiales puis renouvelées au cours de la prise en charge, peuvent aussi permettre d'identifier des problématiques associées au cancer pour lesquelles des interventions pourraient améliorer le pronostic et aider à la décision thérapeutique (1). L'amélioration de la coordination entre MG et autres spécialistes est donc un enjeu majeur de la qualité des soins : elle représente, notamment pour les médecins hospitaliers, un axe de réflexion important à développer en concertation avec les médecins de ville. Aussi, cette étude constituait une opportunité pour les participants de réfléchir sur leurs pratiques et de les améliorer.

Il s'agit à notre connaissance de la première étude visant à identifier les obstacles aux traitements de la perte osseuse dans le contexte spécifique du cancer du sein traité par AA. Des études antérieures avaient identifié des obstacles au traitement de l'ostéoporose post-

ménopausique (**Tableau 1 et 3**) identiques à ceux identifiés dans notre étude (Annexe 10). Il apparaît aussi des obstacles à la prise en charge de la perte osseuse spécifiques au contexte du cancer du sein traité par AA (**Tableau 10**). Aussi, notre étude est originale et apporte des informations complémentaires/supplémentaires aux connaissances existantes.

Il est aussi intéressant de remarquer que des études antérieures, concernant l'identification d'obstacles au traitement du cancer du sein, retrouvaient aussi des obstacles cités au traitement de la perte osseuse : les troubles cognitifs, la dépendance/perte de mobilité, les préjugés des médecins et des patientes sur les bénéfices limités et les risques des traitements (1).

Cela souligne l'importance de l'information et de la bonne communication, entre les différents acteurs de soins et les patientes, tant dans la prise en charge du cancer que dans celle des complications possibles liées au traitement anti-cancéreux.

**Forces de l'étude.** La méthodologie utilisée offre plusieurs garanties de qualité :

- . l'ensemble des critères COREQ ont été documentés (9),
- . le choix de participants a été établi pour diversifier les données, en assurant la représentativité de chaque spécialité concernée par la prise en charge,
- . la libre parole donnée aux participants a permis l'expression et la discussion d'opinions parfois controversées,
- . l'interactivité et la dynamique de groupe ont favorisé l'émergence des expériences et des avis puis l'évocation de possibles solutions communes,
- . le recueil et la première analyse des données ont été réalisés par l'enquêteur pour limiter l'influence de possibles idées préconçues sur la problématique par le directeur de thèse,
- . le contrôle de la saturation des données a été effectué,

- . la validation de la transcription des verbatims en unité de signification et de leur classification thématique a été faite par deux personnes impliquées dans l'étude (triangulation partielle) ce qui améliore la validité interne,
- . des verbatim illustrent chaque thématique permettant d'en « auditer » l'interprétation,
- . le contexte de l'étude a été bien décrit pour permettre au lecteur d'apprécier si les interprétations fournies seraient applicables à d'autres contextes (appréciation de la transférabilité).

**Remarques méthodologiques.** La réalisation d'emblée d'une recherche de consensus par méthode Delphi ne nous paraissait pas adaptée pour ne pas interroger les participants sur des obstacles pré-déterminés par les enquêteurs, qui ne reflèteraient pas forcément les ressentis issus de la pratique de terrain. Aussi, la communication directe entre les différents protagonistes de la prise en charge globale a induit une dynamique de groupe favorable à la production d'information, notamment sur la thématique des obstacles à la communication entre les différents professionnels, en particulier entre la ville et l'hôpital.

Concernant l'échantillonnage du groupe de travail, le nombre relativement faible de participants n'est pas une limite aux résultats de notre étude. En effet, la recherche qualitative se caractérise par le recours à des échantillons relativement restreints et choisis à dessein. L'échantillonnage n'est pas déterminé par le besoin de généraliser ou de prédire, mais par celui de créer de nouvelles interprétations et d'acquérir une meilleure compréhension du phénomène d'intérêt. L'échantillonnage aléatoire ne convient habituellement pas à la recherche qualitative parce qu'il n'est pas certain que la représentation de la diversité des informants soit répartie également dans la population choisie : le chercheur risque alors de passer à côté d'informations importantes. Ainsi, l'enquêteur a choisi des

personnes/lieux/activités qui pouvaient représenter une diversité des caractéristiques significatives pour le thème étudié.

Nous n'avons pas utilisé de logiciel de codage des données. Cependant, le travail de codage des verbatim peut être manuel sans altération des résultats. En effet, si des programmes informatiques facilitent le codage, le tri et la recherche de données qualitatives, ils ne peuvent se substituer au chercheur pour déterminer les thèmes importants ou établir des relations de significatives entre les concepts. Ils ne constituent donc pas une garantie de qualité méthodologique.

**Notre étude présente plusieurs limites :**

. pour la sélection des participants à l'étape 1, nous n'avons pas effectué de recherche active de contre-exemples pour vérifier la saturation effective des données même en impliquant des participants qui auraient pu avoir un avis ou des expériences différents : par exemple, des MG exerçant en lieu rural, éloigné d'un CHU ou de l'accès aux spécialistes, ou un oncologue médical.

. la limite des entretiens est que les informant parlent de leurs actions et comportement mais on ne peut pas vérifier qu'ils font effectivement ce qu'ils disent (ce que permettent des méthodes d'observation sur le terrain).

. le guide d'entretien retraçant les étapes de la prise en charge n'a été validé préalablement par des professionnels impliqués dans la problématique clinique étudiée.

. pour optimiser le contrôle de la validité interne, la triangulation des méthodes de recueil de données (entretiens individuels par exemples) aurait pu permettre de vérifier si des données obtenues de manière différente se corroboraient,

. nos résultats ne sont pas généralisables à d'autres contextes (chaque contexte géographique par exemple de même que l'expérience vécue par les informant sont singuliers), mais la bonne

description de notre échantillon de participant et du contexte de notre étude peut aider à la répliquer ou l'étendre à d'autres contextes.

Enfin, parmi les obstacles recensés ressentis et évoqués par les praticiens, certains concernent les patientes et il serait intéressant de pouvoir conduire une étude visant à évaluer le ressenti des patientes vis à vis de cette thématique.

### **Conclusion.**

Certains des obstacles au dépistage/diagnostic et à la prévention/prise en charge de la perte osseuse liée sont spécifiques au contexte particulier des patientes traitées par AA pour cancer du sein.

La multiplicité des intervenants et des étapes du parcours de soins des personnes âgées présentant un cancer font de la prévention et la prise en charge des maladies chroniques associées un véritable défi, surtout si elles sont pauci-symptomatiques.

L'amélioration de la communication et de la coordination entre les MG et les autres spécialistes est une priorité dans ce contexte.

Ainsi, l'identification d'obstacles à l'optimisation de la prise en charge globale permise par notre étude et la proposition aux acteurs de santé d'un parcours fléché ouvre des perspectives d'avenir d'évaluation des pratiques professionnelles et de recherche :

- . valider à l'échelon local la proposition de parcours de soins coordonné visant à améliorer le repérage et la prise en charge de la perte osseuse liée aux AA, par exemple par méthode Delphi (annexe X)
- . réaliser de nouveaux entretiens avec des participants différents (âge, formation, mode et lieu d'exercice) pour optimiser la validation externe,

- . recueillir l'avis des acteurs de santé au niveau départemental sur le parcours de soins proposé,
- . étudier des missions supplémentaires que pourrait investir l'infirmière de consultation d'annonce en oncologie (intérêt d'une infirmière de coordination)
- . étudier la faisabilité du parcours de soins proposé puis de ses bénéfices sur la mise en place des mesures de protection osseuse et leur efficacité,
- . étudier l'impact des particularités locales d'un bassin de vie dans l'offre et les modes d'organisation des soins,
- . étudier la pertinence et l'efficacité de nouveaux modes de communication entre MG et autres spécialistes notamment hospitaliers. En particulier, l'information du MG par le spécialiste du cancer devient d'autant plus importante que les traitements anti-cancéreux deviennent de plus en plus nombreux, complexes et qu'il n'est pas possible pour les MG d'en connaître tous les effets secondaires.



**Tableau 1. Obstacles liés aux médecins au traitement de l'ostéoporose en population générale et dans des groupes de patients spécifiques.**

- Absence de priorisation de la problématique face à d'autres pathologies chroniques,(10) (11) (12)
- Priorisation d'autres pathologies pour éviter une polymédication (10) (11) (13) (14)
- Insuffisance des habitudes de pratique centrées sur la prévention (12) (15) (16)
- Méconnaissance des recommandations : défaut de diffusion, manque de temps pour les consulter, manque de clarté des textes (sur les indications, le choix du traitement parmi les nombreuses molécules disponibles, la durée des traitements) (17) (15) (18)
- Perte de confiance dans les modalités de rédaction des recommandations (suspicion de conflits d'intérêt, de bénéfices pour l'industrie pharmaceutique) (17) (18)
- Non intégration dans les habitudes de pratiques (15) (16)
- Priorisation de la prévention des chutes (18)
- Oubli du dépistage / diagnostic (11) (16) (18)
- Difficultés d'appréciation du risque fracturaire (18)
- Difficultés d'appréciation de l'indication des traitements chez les candidats âgés et fragiles (patients vivant en institution, dépendants, déments, polyopathologiques) (19) (20) (21) (22) (13)
- Absence des médecins généralistes dans les groupes de travail qui produisent les recommandations (23)
- Doute sur la fiabilité diagnostique de l'ostéodensitométrie (16) (24) (21)
- Méconnaissance des critères de remboursement de l'ostéodensitométrie (16)
- Controverses sur l'intérêt du dosage de la vitamine D, de l'intérêt d'un contrôle et de l'intérêt de supplémenter (25) (26) (27) (28)
- Manque de clarté sur le seuil du taux sanguin de vit D indiquant une carence (27) (29)
- Méconnaissance des conditions de remboursement du dosage de la vitamine D (30)
- Controverse sur l'intérêt de supplémenter en vitamine D calcium (31) (32) (29)
- Risques de calculs rénaux liés aux apports vitamino-calciques (25)
- Retour des patientes sur les inconvénients de la prise de calcium médicamenteux (21) (10)
- Doute sur l'efficacité des traitements de la résorption osseuse (11) (16) (21)
- Crainte des effets secondaires des traitements de la résorption osseuse (17) (10)
- Controverses liées aux possibles effets secondaires (notamment tardifs du Dénozumab) (33)
- Doute sur la compliance des patients (34) (10)
- Difficultés d'accès au rhumatologue (21) (35)

**Tableau 2. Obstacles liés aux patients au traitement de l'ostéoporose en population générale et dans des groupes de patients spécifiques.**

- Résistance aux mesures d'éducation thérapeutique et de prévention médicamenteuse ou non (8) (16) (36)
- Attribution du risque de fracture au seul risque de chute (11) (21) (37)
- Absence de perception de l'ostéoporose comme une pathologie potentiellement grave, non connaissance du risque de fracture et des complications associées (11) (38) (21) (39) (35) (40)
- Absence de motivation pour adhérer au traitement d'une maladie silencieuse (10) (11) (40) (41)
- Absence de motivation pour l'activité physique (21) (42)
- Manque de conviction sur l'existence de risques (11) (16) (40) (41)
- Absence de ressenti et de visibilité des bénéfices du traitement (10) (16)
- Manque de compliance : aux apports calciques médicamenteux : goût désagréable, galénique peu pratique, nécessité d'une prise quotidienne, intolérance digestive ; aux traitements de la résorption osseuse : contraintes liées aux prises PO, effets secondaires (10) (12)
- Crainte des effets secondaires (10) (12) (14)

**Tableau 3. Mesures possibles pour favoriser le dépistage / diagnostic de la perte osseuse post-ménopausique et dans des groupes de patients spécifiques.**

- Campagne de sensibilisation de masse aux risques associés à la perte osseuse (11) (12)
- Campagne de sensibilisation aux bénéfices de l'activité physique chez les personnes âgées (11) (36)
- Informations des patients par le médecin (10) (11) (35) (43)
- Elaboration d'un document d'information à l'attention du patient (43)
- Diffusion d'un auto-questionnaire visant à évaluer le risque de fracture des patients (11)
- Consultations dédiées à la prévention, (44)
- Obtenir l'adhésion du patient, thérapie cognitivo-comportementale, éducation thérapeutique (21) (45) (46)
- Aide de logiciels informatiques (notes de rappel, outil d'évaluation du risque de fracture) (44) (47)
- Création d'une filière de prise en charge de l'ostéoporose (21) (48) (49) (35)

**Tableau 4a. Obstacles au dépistage/diagnostic de la perte osseuse induite par les anti-aromatases : thèmes évoqués (et verbatims correspondant en italique) :**

### **Défauts de coordination entre les médecins de ville et de l'hôpital**

- **Défaut d'organisation du parcours de soin :**

. défaut de coordination entre les différents acteurs de la prise en charge et incertitude sur le moment d'initiation du traitement de protection osseuse : « *Défaut de coordination entre hospitaliers et libéraux* »

. absence de définition du rôle de chacun des acteurs : « *Manque de définition de la place de chacun* », « *Définir responsabilité de chacun* »

. défaut d'inclusion du médecin généraliste dans le parcours de soins : « *Les patientes rentrent dans un circuit hospitalier dans lequel nous (les médecins généralistes) ne sommes pas inclus* »

. variabilité de l'investissement des médecins généralistes : « *C'est au médecin généraliste de reprendre toutes les ordonnances de tous les spécialistes, pour refaire le point, synthétiser, ne faire plus qu'une ordonnance : cela nécessite un travail long que ne font pas tous les médecins* »

. long délai d'accès aux consultations spécialisées : « *Le délai du rendez-vous chez le rhumatologue est long surtout en hospitalier (6 - 8 mois)* »

- **Défauts de communication, perte d'information :**

. courrier du spécialiste ou du médecin généraliste absent, perdu, non informatif : « *Il est difficile d'avoir toutes les informations, ou bien avec trop de retard* »

. absence de dossier informatisé partagé : « *Echec de la mise en route d'un dossier informatisé pour améliorer communication* »

. défaut d'information du médecin généraliste sur les prescriptions du spécialiste : « *L'ordonnance faite par le spécialiste n'est en général pas montrée au médecin généraliste et reconduite par le spécialiste* », « *Problème pour le médecin généraliste qui n'est pas tenu au courant* », « *Perte d'information* »

. défaut de transmission au médecin généraliste des résultats d'examens complémentaires : « *Refus de l'hôpital d'envoyer les résultats des examens complémentaires tels que l'ostéodensitométrie au médecin généraliste quand ce sont les spécialistes qui prescrivent* » donc « *perte d'information* »

. difficulté pour le médecin généraliste d'accès au spécialiste par téléphone : « *Numéro du spécialiste non ou difficilement disponible en cas d'urgence ou de complications* ».

**Tableau 4b. Obstacles au dépistage/diagnostic de la perte osseuse induite par les anti-aromatases : thèmes évoqués (et verbatims correspondant en italique) :**

- **Evolutivité et complexité des recommandations de bonnes pratiques**

. manque de connaissance des médecins généralistes sur les effets secondaires des traitements oncologiques : « *Les recommandations sont peu connues* », « *Peu de diffusion des publications aux médecins généralistes* »

- **Défaut de sensibilisation des patientes et des médecins sur les bénéfices du traitement de protection osseuse**

. priorisation par les patientes de la prise en charge du cancer : « *Les patientes ont déjà beaucoup d'examens complémentaires* », « *Elles sont surtout centrées sur leur cancer* »

. manque d'information des patientes sur l'intérêt de la prise en charge : « *Patientes non informées du risque d'ostéoporose* »

. absence de symptômes d'alerte pour les médecins : « *Le problème de l'ostéoporose c'est d'y penser* »

- **Comorbidités des patientes :**

. comorbidités invalidantes influant sur la décision thérapeutique et/ou les possibilités d'accès aux soins : « *L'âge n'est pas un obstacle à la mise sous traitement anti ostéoporotique mais plus les comorbidités des patientes et leur espérance de vie* »

- **Obstacles à la réalisation de l'ostéodensitométrie**

. défaut d'identification du prescripteur : « *Qui prescrit ?* »

. incertitudes sur le rythme des contrôles : « *Quand re-prescrire l'ostéodensitométrie si les résultats sont limites ou pas bon ?* »

. refus ou oubli des patientes : « *Les patientes ont en marre de se déplacer tous les jours pour des examens complémentaire ou des rendez-vous car ils sont rarement tous le même jour, elles sont fatiguées et refusent de faire d'autre examens quand elles commencent à avoir un peu de répit* »

. examen refusé par les spécialistes sur le critère du grand âge : « *Des patientes de plus 80 ans ont été refusées pour réaliser ostéodensitométrie du fait de leur âge.* »

. incertitudes sur les modalités de remboursement : « *Quand l'ostéodensitométrie est-elle prise en charge, au bout de 3 mois ou même initialement ?* » « *Critères de remboursement ?* »

**Tableau 5. Obstacles au traitement de la perte osseuse induite par les anti-aromatases : thèmes évoqués (et verbatims correspondant en italique) :**

- **Manque d'information des médecins sur les conditions de prescription :**

. défaut de connaissance des recommandations concernant l'indication des apports en calcium et vitamine D : « *Quels sont les bilans initiaux à réaliser avant supplémentation ? faut-il doser la vitamine D ?* », « *La supplémentation se prescrit à partir de quand ?* »

. difficulté d'identification des patientes cibles et incertitudes sur les modalités de prescription de l'activité physique : « *Qui prescrit ? à qui ? Car pas tout le monde ne peut pas bénéficier de kinésithérapie* »

- **Fréquence des contre-indications ou des situations faisant discuter l'indication ou exposant aux effets secondaires des traitements luttant contre la résorption osseuse :** « *L'âge n'est pas un obstacle mais plus les comorbidités* », « *Les troubles cognitifs concernent près de 50% des personnes de plus de 85ans* », « *La fréquence de l'insuffisance rénale à cet âge peut contre-indiquer le traitement* »

- **Manque de coordination entre les différents médecins intervenant dans le suivi des patientes :**

. absence d'identification parmi acteurs de la prise en charge du prescripteur de l'activité physique

. oubli de renouvellement de prescription des traitements luttant contre la résorption osseuse : « *Pour les injectables, on a tendance à oublier de le prescrire chaque année* »

. défaut de disponibilité des spécialistes dans le suivi des traitements de protection osseuse : « *Nous oncologue, on ne voit les patients qu'une fois par an, il est donc difficile d'instaurer un suivi de l'ostéoporose* »

- **Défaut de compliance des patientes :**

. craintes par les patientes d'effets secondaires : « *Difficultés de mise en route des traitements à cause des fausses croyances des patientes (issues des médias, de documentaires)* » « *Beaucoup de refus des patientes* »

. mauvaise observance : « *Mauvaise observance pour les traitements per os* »

**Tableau 6. Solutions évoquées pour améliorer la communication entre les acteurs de la prise en charge**

- **Rendre plus compréhensible et diffuser le compte rendu de la réunion de concertation pluri-professionnelle**

. adresser systématiquement le compte-rendu de RCP au médecin généraliste afin qu'il soit informé de la prise en charge

. rendre le contenu plus compréhensible pour les médecins généralistes : « *Eviter les abréviations, expliquer les termes techniques* ».

- **Améliorer l'information sur l'accès et la fonctionnalité du dossier communiquant cancérologie (DCC) à la pratique clinique de routine :**

. faciliter l'accessibilité à tous les médecins libéraux et hospitaliers non spécialistes du cancer prenant en charge le patient, améliorer l'accès à la conclusion, prévoir la possibilité d'enregistrer chaque consultation : « *Cela permettrait de centraliser tous les comptes-rendus d'examens et de consultations, qui seraient accessibles pour les médecins généralistes également.* »

. diffuser un code d'accès à tous les médecins impliqués dans la prise en charge : « *C'est accessible par les médecins libéraux mais pour cela il faut entrer un code d'accès* »

. donner la possibilité aux médecins généralistes de pouvoir faire des retours de prise en charge sur le DCC qui puissent être lus par les spécialistes : « *L'informatisation des dossiers d'oncologie n'a que deux ans et donc normalement vous les MG vous devez y avoir accès.* »

- **Favoriser la concertation dans la décision de prescription des traitements de la résorption osseuse :**

. intérêt d'adresser la patiente en consultation d'évaluation onco-gériatrique en cas de doute sur l'intérêt des traitements de la résorption osseuse (quand l'objectif du traitement anti-cancéreux n'est pas curatif, si les patientes ont une espérance de vie inférieure à 4 ans) pour optimiser l'évaluation du bénéfice d'un traitement éventuel. « *En cas de projet non curatif, intérêt d'une concertation entre l'oncologue et le gériatre pour discuter de l'intérêt du traitement anti-ostéoporotique en fonction espérance de vie* ».

**Tableau 7. Solutions évoquées pour améliorer la réalisation de l'ostéodensitométrie (quand elle est indiquée) et la transmission de ses résultats.**

<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Identification du moment de prescription et du prescripteur de l'ostéodensitométrie</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>. Prescription initiale par les oncologues lors de la prescription des anti-aromatases : « <i>Prescription de l'ostéodensitométrie par le spécialiste du cancer qui met les patientes sous anti-aromatases (oncologue, radiothérapeute)</i> »</li> <li>. Prescription au plus tard dans les 3 à 6 mois après introduction des anti-aromatases : « <i>Délai de réalisation après la mise en route du traitement par anti-aromatase : dans les 3 à 6 mois</i> ».</li> <li>. Prescription de l'ostéodensitométrie de contrôle 3 ans après la première, par le médecin prescripteur du traitement anti-ostéoporotique (rhumatologue ou médecin généraliste) : « <i>Refaire un contrôle ostéodensitométrie à 3 ans, quitte à ce que les prochaines soient payantes (30 euros en moyenne)</i> ».</li> </ul> </li> <li>• <b>Consignes pour bonne interprétation de l'ostéodensitométrie</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>. Les ostéodensitométries initiales et de contrôles doivent être réalisées sur le même appareil (donc au même endroit) afin d'établir une comparaison fiable : « <i>L'ostéodensitométrie doit être réalisée sur la même machine pour comparaison à un examen antérieur, d'où l'importance de retourner au même endroit</i> ».</li> <li>. Absence de conséquences de l'analyse du Z-score pour les personnes âgées de plus de 70 ans : « <i>Attention pas d'intérêt du Z-score pour les populations de plus de 70 ans</i> ».</li> </ul> </li> <li>• <b>Diffusion de l'information sur les conditions de remboursement</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>. Seulement 2 ostéodensitométries sont remboursées à 70% par la sécurité sociale au total dans la vie du patient : « <i>70% de remboursement par la sécurité sociale mais seulement pour 2 ostéodensitométries au total sur la vie</i> ».</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Diffusion de l'information par le médecin qui réalise l'ostéodensitométrie</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>. Préciser, dans la conclusion de l'examen, s'il y a l'indication théorique d'un traitement anti-ostéoporotique selon les recommandations, à discuter avec le médecin généraliste : « <i>Possibilité de rajouter une phrase si oui ou non indication d'un traitement anti-ostéoporotique si nous sommes bien tous au clair avec les recommandations et laquelle appliquer.</i> »</li> <li>. Adresser les résultats de l'ostéodensitométrie au médecin prescripteur, au patient et à son médecin généraliste : « <i>Important de l'adresser au médecin généraliste même si ce n'est pas le prescripteur ainsi qu'au patient</i> ».</li> </ul> </li> <li>• <b>Personnes âgées et ostéodensitométrie</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>. Penser, si nécessaire, à prescrire l'ostéodensitométrie aux personnes âgées</li> <li>. Pas de Z-score (score adapté à l'âge et au sexe du patient) chez la personne âgée de plus de 70ans mais tout même intérêt de réaliser l'ostéodensitométrie car présence T-Score (score par rapport à la moyenne d'une population d'adulte jeune) et possibilité d'objectiver une amélioration par rapport à la précédente ostéodensitométrie. « <i>Au-delà de 70 ans on n'a plus de courbe de normalité sur la gestion du Z-score mais on peut toujours répondre selon le T-score. Si la patiente est déjà venue on peut toujours voir l'évolution</i> »</li> <li>. Améliorer la synchronisation des examens complémentaires pour les personnes âgées afin qu'elles évitent des déplacements multiples : hôpital de jour ou hospitalisation quand les examens ne peuvent être réalisés le même jour : « <i>Forte demande des personnes âgées qui en ont marre des allers-retours à l'hôpital pour bénéficier des différentes consultations ou examens complémentaires</i> »</li> </ul> </li> </ul>
---	--



**Tableau 8a. Solutions évoquées pour améliorer le parcours de soins visant à prendre en charge la perte osseuse des patientes traitées par anti-aromatase : rôles possibles de l'oncologue/gynécologue prescripteur de l'anti-aromatase (AA)**

- . Informer le patient sur le risque osseux et ses traitements possibles dès la prescription de l'AA : *« Même au risque que le patient ne l'entende pas, il est important de le dire à chaque étape »*
- . Adresser les comptes rendus de consultations au médecin généraliste (MG) pour l'informer du stade de prise en charge du cancer
- . Préciser si l'objectif du traitement anti-cancéreux est curatif ou palliatif, en fonction, demande possible d'un avis oncogériatrique
  - « 1ère étape : si projet curatif : prescription ODM systématique.*
  - 2ème étape : si projet non curatif et métastases non osseuses : concertation avec oncologue et gériatre pour évaluer le pronostic et si le pronostic équivaut à une espérance de vie supérieure à 4 ans, l'indication est de réaliser l'ODM prescrite par l'oncologue +/- traitement anti ostéoporotique. »*
- . Prescrire l'ostéodensitométrie si elle est indiquée : *« Prescription de l'ostéodensitométrie : par le spécialiste du cancer qui met les patientes sous anti-aromatases (oncologue, radiothérapeute) »*
- . En cas de métastase osseuse, du fait de l'indication systématique du traitement osseux, l'intérêt de l'ostéodensitométrie est discutable : *« 3ème étape si Métastase osseuse : bisphosphonates en systématique donc pas besoin d'ODM. »*
- . Absence de rôle en première ligne dans la mise en route et le suivi des traitements de la perte osseuse : *« Ce ne sont pas les oncologues qui traitent car pas de suivi possible »*
- . Conseiller au patient de consulter son MG lorsqu'il aura les résultats de l'ostéodensitométrie (quand elle est indiquée)
- . Préciser dans le Plan Personnalisé de Soins les rôles du MG : *« Rajouter l'intervention du MG dans le Parcours de soins papier donné lors de la consultation avec l'oncologue. »*
- . Expliquer les rôles du MG aux patientes et l'importance de consultations régulières chez le MG qui est le pilier de la coordination de la prise en charge globale : *« Expliquer le rôle du MG au patient lors de l'annonce du cancer, il est important que le patient prenne contact avec le MG pour faire le point et être le pilier de la prise en charge et de la coordination. »*

**Tableau 8b. Solutions évoquées pour améliorer le parcours de soins visant à prendre en charge la perte osseuse des patientes traitées par anti-aromatase : rôles possibles du médecin généraliste.**

- . Nécessité d'identification du médecin généraliste (MG) du patient : « *tout patient doit avoir un MG qu'il a choisi* »
- . Expliquer aux patientes le rôle central du MG dans la coordination de la prise en charge
- . Si nécessaire après analyse des résultats de l'ostéodensitométrie : informer le patient sur l'intérêt d'un traitement et adresser le patient chez le dentiste avant mise sous traitement : « *Etape nécessaire chez le médecin généraliste pour de nouveau informer le patient sur l'ostéoporose, les traitements, la prise en charge et pourquoi, voire initier les traitements anti ostéoporotiques si le MG se sent apte* »
- . Prendre en charge la perte osseuse ou décider de se faire aider par un rhumatologue : « *C'est au médecin généraliste de gérer l'ostéoporose. Normalement le patient est obligé de passer par le médecin généraliste avant de consulter le rhumatologue.* »
- . Planifier les rendez-vous de suivi avec le MG
- . Transmettre aux oncologues l'information de la prise en charge effective ou non de la perte osseuse : « *Le médecin généraliste doit tenir au courant l'oncologue de la prise en charge libérale de la prévention de l'ostéoporose* »
- . Contrôler l'observance et renouveler le traitement : « *Les problèmes de l'échappement et de l'observance relèvent du rôle du MG* ».

**Tableau 8c. Solutions évoquées pour améliorer le parcours de soins visant à prendre en charge la perte osseuse des patientes traitées par anti-aromatase : rôles possibles du rhumatologue, du gériatre, du pharmacien clinicien, de l'infirmière de coordination.**

**Rôles possibles des rhumatologues de ville ou hospitaliers**

- . Faciliter l'accès des patientes « *Difficultés d'accès à un rendez-vous chez un rhumatologue* », « *intérêt d'un hôpital de jour rhumatologique dédié* »
- . Prescrire les traitements de la perte osseuse si le MG ne souhaite pas s'en charger, transmettre alors l'information aux oncologues, contrôler l'observance et renouveler le traitement : « *Les médecins généralistes doivent être au courant qu'ils peuvent être aidés par les rhumatologues pour la prise en charge de l'ostéoporose.* »

**Rôle possibles du gériatre de la consultation d'évaluation oncogériatrique**

- . Discuter la pertinence du traitement de la perte osseuse en regard de l'espérance de vie (très grand âge, vulnérabilité importante, métastase non osseuse ...): en cas d'indication retenue, le patient sera revu par un spécialiste du cancer qui prescrira si besoin l'ostéodensitométrie : « *Indication à être évalué sur des paramètres gériatriques* »

**Rôles possibles des pharmaciens cliniciens**

- . Réaliser un bilan de médication et avertir les médecins en cas d'oubli des traitements osseux. Evaluer l'observance du traitement : « *Le bilan de médication avec le pharmacien pour les patients de plus de 75ans polymédiqués (plus de 5 médicaments) peut avoir un intérêt pour vérifier l'observance des traitements* »

**Intérêt possible d'une infirmière de coordination pour vérifier la bonne prise en charge**

- « *Il manque une infirmière de coordination pour vérifier la bonne prise en charge de l'ostéoporose* »

**Tableau 9. Actions possibles visant à diffuser aux médecins du bassin de vie l'information sur le parcours de soins qui sera établi dans l'objectif de la prévention de la perte osseuse chez les patientes traitées par anti-aromatase.**

**Diffusion de l'information aux spécialistes du cancer**

. Lors des réunions de concertation pluri-professionnelles : « *Diffuser l'information aux spécialistes du cancer lors de RCP* »

**Diffusion de l'information aux médecins généralistes**

. Au cours des différentes formations : FMC (formation médicale continue), DPC (développement personnel continu) ... « *Médecins généralistes peuvent être sensibilisés au cours de FMC (Formation médicale continue), DPC (Développement personnel continue) 20% des Médecins généralistes concernés ? Groupement hospitaliser des territoires ?* »

. Par courrier « *Courrier ? tenu au courant par les spécialistes de ce qu'ils doivent gérer.*

. Par le biais du E-learning : « *MG qui s'informent seul. E-learning* »

. Par le département de médecine générale pour les internes en médecine générale et les 400 maîtres de stage affiliés du bassin de vie « *Le DMG ont aussi contact avec les 400 maitres de stage de la région.* »

. Par le compte rendu de l'ostéodensitométrie : « *Le Compte rendu de l'ostéodensitométrie peut être fait pour interpeler les médecins généralistes, de s'en occuper, établir un organigramme de prise en charge joint au Compte rendu de l'Ostéodensitométrie.* »

. Par mail

. Par l'URPS (Union régionale des professionnels de santé)

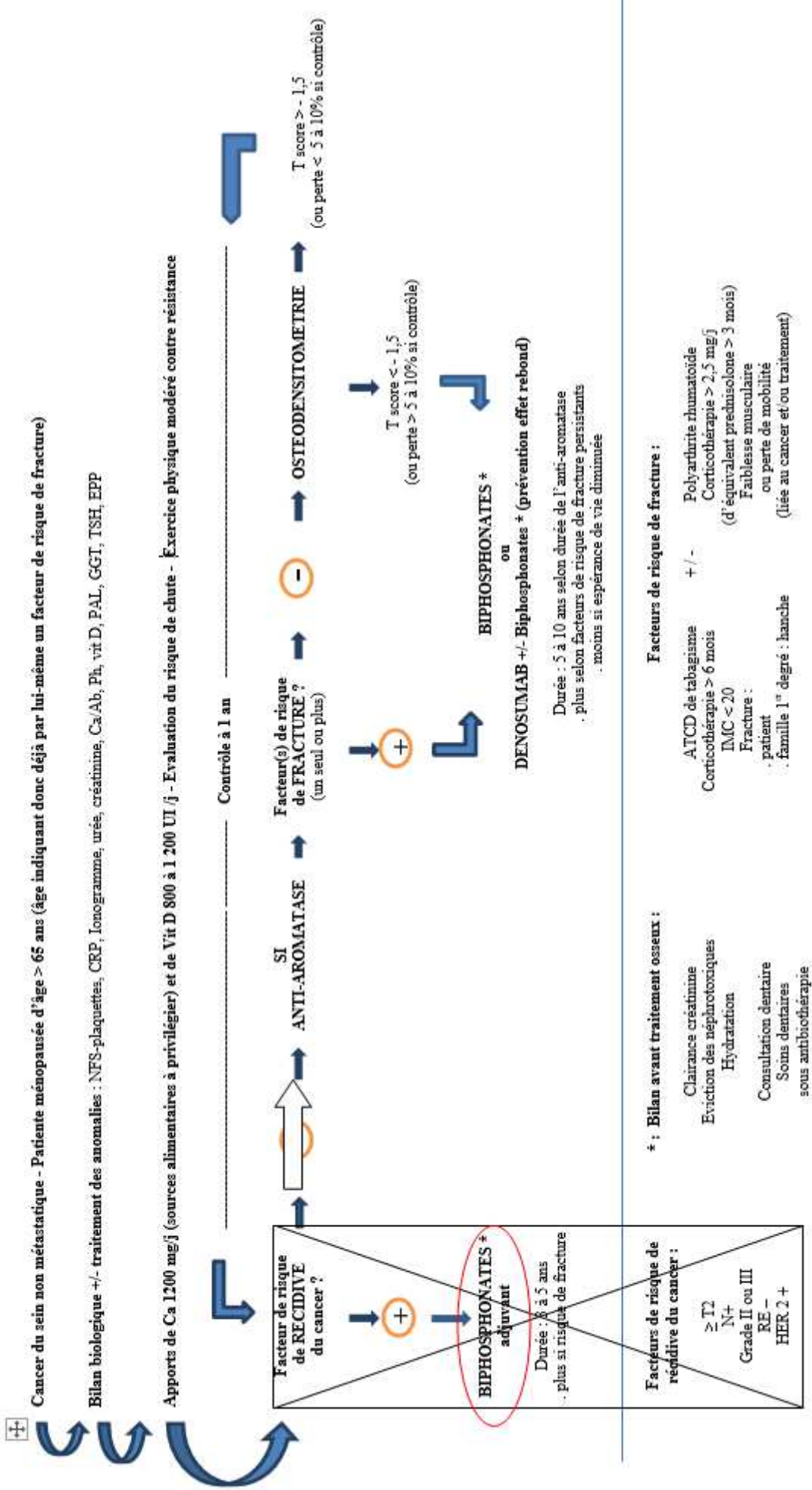
. Au cabinet des médecins

**Tableau 10. Obstacles à l'identification et la prise en charge de la perte osseuse spécifiques du contexte du cancer du sein traité par anti-aromatases.**

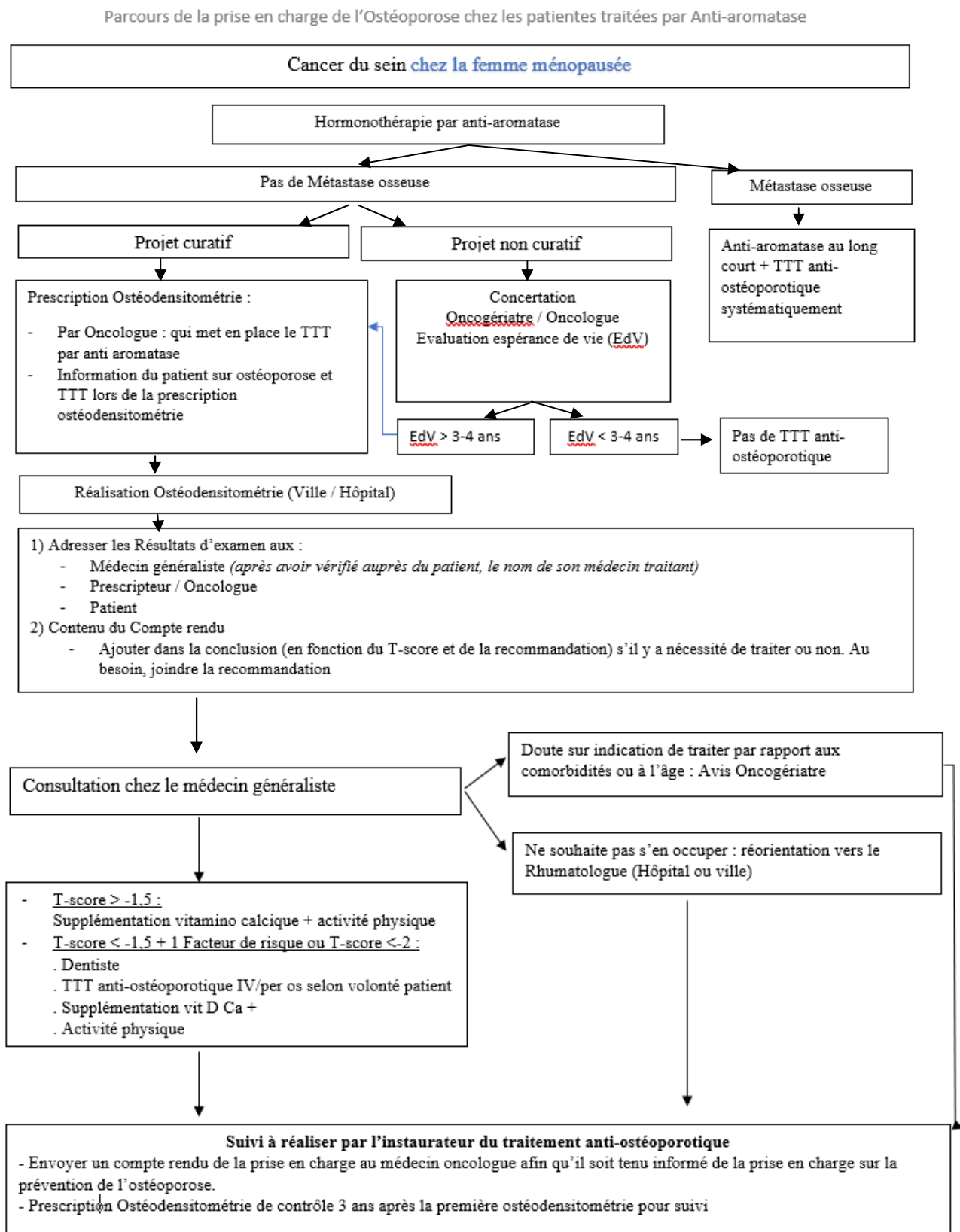
- Nécessité d'une initiation rapide de l'évaluation du risque osseux et si indiqué d'un traitement précoce
- Situations particulières où, plutôt que les conséquences de la perte osseuses, le cancer (quand l'objectif du traitement anti-cancéreux n'est pas curatif, en situation de métastases non osseuses) ou des comorbidités évoluées ont un impact prioritaire sur le devenir du patient
- Lourdeur du plan de soin du cancer impliquant déjà des consultations, examens et déplacements multiples
- Priorisation par les patientes de la prise en charge du cancer du fait du vécu émotionnel de l'annonce diagnostique, la gravité ressentie, la gêne occasionnée par les effets secondaires possibles de la chirurgie/chimiothérapie/radiothérapie bien plus symptomatiques que la perte osseuse
- Priorisation par les médecins d'autres problématiques
- Manque de connaissances des médecins généralistes sur les effets secondaires des traitements anti-cancéreux
- Evolutivité et complexité des recommandations de bonnes pratiques
- Défaut d'inclusion du médecin généraliste dans le parcours de soins en cas de cancer
- Défaut d'implication des médecins généralistes dans une problématique spécifique
- Défaut de coordination des différents acteurs de la prise en charge

**Figure 1. Repérage, prévention et prise en charge de la perte osseuse liée aux anti-aromatases chez les patientes âgées**

(d'après Hadji P 2017, en éliminant la partie concernant les biphosphates en adjuvant)



**Figure 2. Parcours de soin possible pour favoriser l'identification et la prise en charge de la perte osseuse chez les patientes âgées traitées par anti-aromatases.**



## Références bibliographiques.

1. Biganzoli L, Wildiers H, Oakman C, Marotti L, Loibl S, Kunkler I, et al. Management of elderly patients with breast cancer: updated recommendations of the International Society of Geriatric Oncology (SIOG) and European Society of Breast Cancer Specialists (EUSOMA). *Lancet Oncol.* 1 avr 2012;13(4):e148-60.
2. Hadji P, Aapro MS, Body J-J, Gnant M, Brandi ML, Reginster JY, et al. Management of Aromatase Inhibitor-Associated Bone Loss (AIBL) in postmenopausal women with hormone sensitive breast cancer: Joint position statement of the IOF, CABS, ECTS, IEG, ESCEO, IMS, and SIOG. *J Bone Oncol.* 1 juin 2017;7:1-12.
3. Colonna M, Danzon A, Delafosse P, Mitton N, Bara S, Bouvier A-M, et al. Cancer prevalence in France: Time trend, situation in 2002 and extrapolation to 2012. *Eur J Cancer.* 1 janv 2008;44(1):115-22.
4. Institut National du Cancer (INCa)-Hormonothérapie - Cancer du sein [Internet]. [cité 7 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-sein/Hormonotherapie>
5. Les anti aromatase institut national cancer [Internet]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-sein/Hormonotherapie/Anti-aromatases>
6. Oberlin P, Mouquet M-C. Quel risque de décès un an après une fracture du col du fémur ? 2016;6.
7. Facts and Statistics | International Osteoporosis Foundation [Internet]. [cité 24 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.iofbonehealth.org/facts-statistics>
8. Institut National du Cancer (INCa)-Cancers du sein - Du diagnostic au suivi - Ref : OUTMGSEIN16 [Internet]. [cité 26 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Cancers-du-sein-Du-diagnostic-au-suivi>
9. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups | International Journal for Quality in Health Care | Oxford Academic [Internet]. [cité 17 avr 2019]. Disponible sur: <https://academic.oup.com/intqhc/article/19/6/349/1791966>
10. HAVET D, VANDECANDELAERE G. L'OBSERVANCE DANS L'OSTEOPOROSE LE POINT DE VUE DU MEDECIN GENERALISTE. [FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG]: UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE –LILLE 2; 2012.
11. GOUDAERT C, BODEIN I. Le sous-dépistage de l'ostéoporose en médecine générale : comment l'améliorer ? Partie 2 : les freins au dépistage et les propositions d'amélioration. [FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG]: UNIVERSITE LILLE 2 DROIT ET SANTE; 2014.
12. Iovene A, Ristori J-M. Prise en charge de l'ostéoporose en médecine générale. *LA REVUE DU PRATICIEN - MÉDECINE GÉNÉRALE.* 26 sept 2006;20:960-3.
13. Lorthiois J, Skowronski V, Fleury M, Gauvain J-B. Comment identifier les sujets âgés à risque de fracture éligibles à un traitement ? *Cah Année Gériatrique.* 1 juin 2010;2(2):71-9.



14. Duyvendak M, Naunton M, Roon EN van, Brouwers JRBJ. Doctors' beliefs and knowledge on corticosteroid-induced osteoporosis: identifying barriers to improve prevention. *J Clin Pharm Ther.* 2011;36(3):356-66.
15. Payard A. Evaluation de la pratique du dépistage de l'ostéoporose féminine en médecine générale: enquête auprès de 150 médecins généralistes en Midi-Pyrénées / Alexandra Payard ; directeur de thèse Serge Bismuth. [S.l.]: sn; 2009.
16. DURAND L, BODEIN I. Le sous-dépistage de l'ostéoporose en médecine générale: comment l'améliorer? Partie 1: place du dépistage de l'ostéoporose en médecine générale. [FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG]: UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE-LILLE 2; 2014.
17. Simonelli C, Killeen K, Mehle S, Swanson L. Barriers to Osteoporosis Identification and Treatment Among Primary Care Physicians and Orthopedic Surgeons. *Mayo Clin Proc.* 1 avr 2002;77(4):334-8.
18. NICKLET O, COIFFIER G. Étude de pratique des médecins généralistes concernant la prise en charge de l'ostéoporose post-ménopausique dans trois départements bretons. [Rennes]: UNIVERSITÉ DE RENNES 1; 2017.
19. Blain H, Chevallier S, Nogué E, Picot M-C, Amouyal M, Lognos B, et al. Évaluation de la pratique des médecins généralistes pour le dépistage et le traitement de l'ostéoporose chez les femmes de 60ans et plus. *Rev Rhum.* 1 déc 2013;80(6):594-8.
20. Blain H. Faut-il dépister l'ostéoporose du sujet âgé ? *Rev Med Interne.* 2008;4(29):269-70.
21. GRELIER G, CAILLIEZ E. PRATIQUES, DETERMINANTS ET OBSTACLES A LA PRISE EN CHARGE DE L'OSTEOPOROSE POST-MENOPAUSIQUE APRES FRACTURE PAR DES MEDECINS GENERALISTES SARTHOIS. UNIVERSITE D'ANGERS; 2014.
22. Johnell K, Fastbom J. Undertreatment of osteoporosis in the oldest old? A nationwide study of over 700,000 older people. *Arch Osteoporos.* 1 déc 2009;4(1):17-23.
23. Jami A, Saidj S. Représentations et ressentis des médecins généralistes sur les normes de pratiques médicales auxquelles ils sont confrontés. Elsevier Masson. 2014;tome44>n84>avril2015http://dx.doi.org/10.1016/j.lpm.2014.09.018.
24. Schuit SCE, van der Klift M, Weel AEAM, de Laet CEDH, Burger H, Seeman E, et al. Fracture incidence and association with bone mineral density in elderly men and women: the Rotterdam Study. *Bone.* 1 janv 2004;34(1):195-202.
25. Prévention des fractures ostéoporotiques :le plus souvent,pas de vitamine D. Prescrire. • LA REVUE PRESCRIRE. mai 2014;PAGE 374.
26. Pas d'utilité clinique du dosage de la vitamine D selon la HAS, mais une argumentation fragile. LA REVUE PRESCRIRE. févr 2015;PAGE152.
27. Avenell A, Mak JC, O'Connell D. Vitamin D and vitamin D analogues for preventing fractures in post-menopausal women and older men. *Cochrane Database Syst Rev [Internet].* 2014 [cité 23 mars 2019];(4). Disponible sur: <https://www-cochranelibrary-com.www.ezp.biu-montpellier.fr/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD000227.pub4/full?highlightAbstract=d%7Cwithrawn%7Cvitamin>

28. Kanis JA, Johnell O, Oden A, Johansson H, McCloskey E. FRAX™ and the assessment of fracture probability in men and women from the UK. *Osteoporos Int.* avr 2008;19(4):385-397.
29. Actualisation 2018 des recommandations françaises du traitement de l'ostéoporose post-ménopausique - ScienceDirect [Internet]. [cité 23 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1169833018300504?via%3Dihub>
30. Souberbielle J-C, Benhamou CL, Cortet B, Rousière M, Roux C, Abitbol V, et al. Rapport de la HAS sur les dosages de vitamine D : ne passons pas d'une situation extrême à une autre situation tout aussi extrême. /data/revues/07554982/v43i1/S0755498213008749/ [Internet]. 17 janv 2014 [cité 7 avr 2019]; Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/en/article/865484>
31. Moyer VA. Vitamin D and Calcium Supplementation to Prevent Fractures in Adults: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement | Kopernio [Internet]. [cité 26 mars 2019]. Disponible sur: <https://kopernio.com/>
32. al MC et. Vitamin D With or Without Calcium Supplementation for Prevention of Cancer and Fractures: An Updated Meta-analysis for the U.S. Preventive Services Task Force | Kopernio [Internet]. [cité 26 mars 2019]. Disponible sur: <https://kopernio.com/>
33. Dénosumab : fractures vertébrales multiples à l'arrêt. *Rev Prescrire.* août 2018;(tome 38 N° 418):Page 584.
34. Kothawala P, Badamgarav E, Ryu S, Miller RM, Halbert RJ. Systematic Review and Meta-analysis of Real-World Adherence to Drug Therapy for Osteoporosis. *Mayo Clin Proc.* 1 déc 2007;82(12):1493-1501.
35. Veyres L, Daragon A. Evaluation de la prise en charge de l'ostéoporose fracturaire chez les patients de plus de 50ans hospitalisés dans le service d'orthopedie au CHU de Rouen. [ROUEN]; 2016.
36. Bombak AE, Hanson HM. Qualitative Insights from the Osteoporosis Research: A Narrative Review of the Literature [Internet]. *Journal of Osteoporosis.* 2016 [cité 28 avr 2019]. Disponible sur: <https://www.hindawi.com/journals/jos/2016/7915041/abs/>
37. Besser SJ, Anderson JE, Weinman J. How do osteoporosis patients perceive their illness and treatment? Implications for clinical practice. *Arch Osteoporos.* 1 déc 2012;7(1):115-124.
38. Huas D, Debiais F, Blotman F, Cortet B, Mercier F, Rousseaux C, et al. Compliance and treatment satisfaction of post menopausal women treated for osteoporosis. Compliance with osteoporosis treatment. *BMC Womens Health* [Internet]. déc 2010 [cité 24 mars 2019];10(1). Disponible sur: <http://bmcwomenshealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6874-10-26>
39. Siris ES, Gehlbach S, Adachi JD, Boonen S, Chapurlat RD, Compston JE, 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.* 1 janv 2011;22(1):27-35.
40. Alami S, Hervouet L, Poiraudau S, Briot K, Roux C. Barriers to Effective Postmenopausal Osteoporosis Treatment: A Qualitative Study of Patients' and Practitioners' Views. *PLoS ONE* [Internet]. 2016 [cité 21 janv 2017];11(6). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4927112/>

41. Guzman-Clark JRS, Fang MA, Sehl ME, Traylor L, Hahn TJ. Barriers in the management of glucocorticoid-induced osteoporosis. *Arthritis Care Res.* 2007;57(1):140-6.
42. Crombie IK, Irvine L, Williams B, McGinnis AR, Slane PW, Alder EM, et al. Why older people do not participate in leisure time physical activity: a survey of activity levels, beliefs and deterrents. *Age Ageing.* 1 mai 2004;33(3):287-92.
43. JARRY A, Flori M. La Prévention de l'ostéoporose en médecine générale : élaboration d'un document d'information à l'attention des patients. [Faculté de médecine Lyon Est]: Claude Bernard Lyon 1; 2016.
44. Gilbert R, Baruch D. APOROSE : conception d'un site Internet d'aide à la prise en charge de l'ostéoporose en soins primaires. *Exerc Rev Francoph Médecine Générale.* févr 2014;(111):31-2.
45. Manderscheid J-C. Modèles et principes en éducation pour la santé. *Rev Fr Pédagogie.* 1994;(107):81-96.
46. Bianchi ML, Duca P, Vai S, Guglielmi G, Viti R, Battista C, et al. Improving adherence to and persistence with oral therapy of osteoporosis. *Osteoporos Int.* mai 2015;26(5):1629-38.
47. Wozniak S. Prise en charge de l'ostéoporose en médecine générale et apport d'une filière de soins spécialisée. :87.
48. Ait-Abdesselam T, Lamacz A, Titz S, Micaud G, Biga N, Le-Loët X, et al. Prévention secondaire de l'ostéoporose fracturaire: résultats à un an d'une filière de prise en charge des patients fracturés. *Rev Rhum.* 2006;10-11(73):1140-1.
49. Koenig N, Villoutreix C, Roux F, Durieux S, Cohen-Solal J, Bréville P, et al. 046 Management of osteoporosis after fracture. Impact of a multidisciplinary approach. *Qual Saf Health Care.* 1 avr 2010;19(Suppl 1):A143-A143.
50. Niclet O, COIFFIER G. Étude de pratique des médecins généralistes concernant la prise en charge de l'ostéoporose post-ménopausique dans trois départements bretons. *RENNES 1;* 2017.
51. the EU review panel of the IOF, Svedbom A, Hernlund E, Ivergård M, Compston J, Cooper C, et al. Osteoporosis in the European Union: a compendium of country-specific reports. *Arch Osteoporos* [Internet]. déc 2013 [cité 23 mars 2019];8(1-2). Disponible sur: <http://link.springer.com/10.1007/s11657-013-0137-0>
52. Le Roux G. Les généralistes hollandais suivent-ils les recommandations sur l'ostéoporose ? (Do Dutch GPs use the osteoporosis guideline ?). *EXERCER : la revue française de médecine générale.* janv 2008;42-3.
53. Sanders KM, Stuart AL, Williamson EJ, Simpson JA, Kotowicz MA, Young D, et al. Annual High-Dose Oral Vitamin D and Falls and Fractures in Older Women: A Randomized Controlled Trial. *JAMA.* 12 mai 2010;303(18):1815.
54. 2013 - Vitamine D\_Note de cadrage.pdf [Internet]. [cité 23 mars 2019]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-02/utilite\\_clinique\\_du\\_dosage\\_de\\_la\\_vitamine\\_d\\_-\\_note\\_de\\_cadrage.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-02/utilite_clinique_du_dosage_de_la_vitamine_d_-_note_de_cadrage.pdf)

55. L Geller J, Hu B, Reed S. INCREASE IN BONE MASS AFTER CORRECTION OF VITAMIN D INSUFFICIENCY IN BIPHOSPHONATE-TREATED PATIENTS. *Endocr Pract.* avr 2008;Vol 14(No. 3).
56. Adami S, Giannini S, Bianchi G, Sinigaglia L, Di Munno O, Fiore CE, et al. Vitamin D status and response to treatment in post-menopausal osteoporosis. *Osteoporos Int.* 1 févr 2009;20(2):239-44.
57. Évaluation de la pratique des médecins généralistes pour le dépistage et le traitement de l'ostéoporose chez les femmes de 60 ans et plus - ScienceDirect [Internet]. [cité 14 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1169833013000379>
58. L'exercice en tant que moyen de prévention et de traitement de l'ostéoporose chez les femmes ménopausées - Howe, TE - 2011 | Cochrane Library [Internet]. [cité 23 mars 2019]. Disponible sur: <https://www-cochranelibrary-com.www.ezp.biu-montpellier.fr/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD000333.pub2/full/fr#CD000333-abs-0002>
59. Giangregorio L, MacIntyre NJ, Thabane L, Skidmore CJ. Exercise for improving outcomes after osteoporotic vertebral fracture. *Cochrane Collab Publ John Wiley Sons Ltd.* 2013;
60. Déno sumab (Prolia®) et ostéoporose : une balance bénéfices-risques de plus en plus défavorable [Internet]. 2018 [cité 23 mars 2019]. Disponible sur: <http://www.prescrire.org/Fr/3/31/55193/0/NewsDetails.aspx>
61. Déno sumab dosé à 60 mg (Prolia®) - un médicament à écarter des soins [Internet]. [cité 23 mars 2019]. Disponible sur: <http://www.prescrire.org/Fr/202/1837/55954/0/PositionDetails.aspx>
62. Rousiere M. De l'importance de prendre en charge l'ostéoporose - ScienceDirect [Internet]. <https://doi.org/10.1016/j.lpm.2011.02.025>. 2011 [cité 23 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0755498211001400>
63. Giangregorio L, Papaioannou A, Cranney A, Zytaruk N, Adachi JD. Fragility Fractures and the Osteoporosis Care Gap: An International Phenomenon. *Semin Arthritis Rheum.* 1 avr 2006;35(5):293-305.
64. Wozniak - Prise en charge de l'ostéoporose en médecine générale et apport d'une filière de soins spécialisée.pdf [Internet]. [cité 23 mars 2019]. Disponible sur: <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01733047/document>
65. Harris S, Watts NB, Genant HK, McKeever C. Effects of Risedronate Treatment on Vertebral and Nonvertebral Fractures in Women With Postmenopausal Osteoporosis. *JAMA.* 13 oct 1999;Vol 282, No. 14.
66. Cummings SR, Black DM, Thompson DE, Applegate WB, Barrett-Connor E, Musliner TA, et al. Effect of Alendronate on Risk of Fracture in Women With Low Bone Density but Without Vertebral Fractures: Results From the Fracture Intervention Trial. *JAMA.* 23 déc 1998;280(24):2077-82.
67. Diagnosis and Management of Osteonecrosis of the Jaw: A Systematic Review and International Consensus - Khan - 2015 - Journal of Bone and Mineral Research - Wiley Online Library [Internet]. [cité 23 mars 2019]. Disponible sur: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/jbmr.2405>

68. Atypical Subtrochanteric and Diaphyseal Femoral Fractures: Second Report of a Task Force of the American Society for Bone and Mineral Research - Shane - 2014 - Journal of Bone and Mineral Research - Wiley Online Library [Internet]. [cité 23 mars 2019]. Disponible sur: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/jbmr.1998>
69. Bisphosphonates and other bone agents for breast cancer - O’Carrigan, B - 2017 | Cochrane Library [Internet]. <https://www-cochranelibrary-com.www.ezp.biu-montpellier.fr/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003474.pub4/full/fr?highlightAbstract=other%7Cagent%7Cfour%7Cbisphosphon%7Cfor%7Cwithdrawn%7Cbisphosphonat%7Cbone%7Cancer%7Cbisphosphonates%7Cbreast%7Cagents>
70. Haute Autorité de Santé - Prise en charge de l’ostéoporose : la HAS publie une synthèse à destination des professionnels de santé [Internet]. [cité 24 mars 2019]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_437005/fr/prise-en-charge-de-l-osteoporose-la-has-publie-une-synthese-a-destination-des-professionnels-de-sante](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_437005/fr/prise-en-charge-de-l-osteoporose-la-has-publie-une-synthese-a-destination-des-professionnels-de-sante)
71. Oberlin P, Mouquet M-C. Quel risque de décès un an après une fracture du col du fémur ? 2016;6. <http://www.grio.org/documents/page250/actualites-professionnelles-250-1454612636.pdf>
72. Bonjour JP, Cormier C, Marcelli C. L’observatoire OPTIMOS : prise en charge de l’ostéoporose en médecine générale. MISE AU POINT. 2003;6. <https://www.edimark.fr/Front/frontpost/getfiles/7812.pdf>
73. Roux C, Fardellone P, Lespessailles E, Cotté F-E, Mercier F, Gaudin A-F. Prévalence des facteurs de risque référants pour l’indication d’une densitométrie osseuse chez les femmes postménopausées. L’étude INSTANT. Rev Rhum. 1 déc 2008;75(12):1243-8.
74. Gautier A. Baromètre santé, médecins-pharmaciens 2003. Saint-Denis: Éditions INPES; 2007. <http://inpes.santepubliquefrance.fr/Barometres/BaroMP2003/pdf/methodes.pdf>
75. Cummings SR, Melton LJ. Epidemiology and outcomes of osteoporotic fractures. The Lancet. 18 mai 2002;359(9319):1761-7.
76. Dargent-Molina P. Données épidémiologiques concernant l’ostéoporose. Médecine Thérapeutique. 1 nov 2004;10(6):392-9.
77. Duque G, Mallet L, Roberts A, Gingrass S, Kremer R, Sainte-Marie L-G, et al. To Treat or Not To Treat, That Is the Question: Proceedings of the Quebec Symposium for the Treatment of Osteoporosis in Long-Term Care Institutions, Saint-Hyacinthe, Quebec, November 5, 2004. J Am Med Dir Assoc. 1 mars 2007;8(3, Supplement 2):e67-73.
78. Guggenbuhl P, Dufour R, Liu-Léage S, Sapin H, Cortet B. Efficacité de la mesure de densité osseuse par absorptiométrie biphotonique à rayons X pour le diagnostic de l’ostéoporose selon les recommandations françaises : l’étude Presage. Rev Rhum. 1 oct 2011;78(5):465-71.
79. Briot K, Cortet B, Thomas T, Audran M, Blain H, Breuil V, et al. Actualisation 2012 des recommandations françaises du traitement médicamenteux de l’ostéoporose post-ménopausique. Rev Rhum. 1 mai 2012;79(3):264-74.
80. Roux C, Garnero P, Thomas T, Sabatier J-P, Orcel P, Audran M. Recommandations pour le suivi des traitements antirésorptifs au cours de l’ostéoporose postménopausique. Rev Rhum. 1 janv 2005;72(1):27-33.

## **ANNEXE 1 : Recommandations de diagnostic et prise en charge de l'ostéoporose chez patients sous Hormonothérapie (anti-aromatase)**

Les inhibiteurs de l'aromatase (IA) de 3<sup>o</sup> génération : en bloquant l'aromatase, ils empêchent la transformation des androgènes d'origine surrénalienne en estrogènes ; n'agissant pas sur la synthèse des estrogènes ovariens, ils sont donc inefficaces et contre-indiqués chez la femme non ménopausée.

La principale complication des inhibiteurs de l'anti-aromatase est l'ostéoporose, d'où l'intérêt d'un bilan avant traitement par anti-aromatases :

- Ostéodensitométrie avec mesure de la densité minérale osseuse
- Recherche des facteurs de risque d'ostéoporose
- Bilan biologique si densité minérale osseuse basse (Calcémie, Phosphorémie, Calciurie, Créatininurie, Dosage de la Vitamine D, Phosphatases Alcalines, NFS, VS, électrophorèse protéines sériques), bilan lipidique (cholestérol, LDL, HDL)

### **Facteurs de risque d'ostéoporose**

<b>Réversibles</b>	<b>Non Réversibles</b>
Tabac Alcool	ATCD personnel de fracture de fragilité
Faible exercice, immobilisation Baisse de l'acuité visuelle, Troubles neuromusculaires et orthopédiques	ATCD familiaux de fracture de l'extrémité supérieure du fémur chez un parent du premier degré
Pathologies endocriniennes : Hypogonadisme prolongé, Hypercorticisme Hyperthyroïdie, hyperparathyroïdie, ...	Ménopause précoce < 40ans Puberté tardive
IMC < 19 kg/ m2	Age > 60ans
Corticothérapie systémique (>7,5mg/j	Population caucasienne et asiatique

<i>d'équivalence prednisolone pendant au moins 3 mois)</i>	
Insuffisance en calcium Vit D	

La surveillance par ostéodensitométrie (au début du traitement puis à intervalles réguliers) est indiquée et la mise en route d'un traitement si nécessaire.

Avant tout traitement spécifique de l'ostéoporose, il faut corriger une éventuelle carence en vitamine D et/ou calcique (chez les sujets les plus âgés notamment), par ajustement des apports alimentaires et/ou supplémentation médicamenteuse. Le sevrage tabagique, l'exercice physique ainsi que la prévention des chutes font partie de la prise en charge globale des patients ostéoporotiques.

Les bisphosphonates per os ou par voie intra-veineuse sont indiqués pour les patientes sous anti-aromatase à risque élevé de fracture :

- Soit parce que ces dernières ont fait une fracture par fragilité osseuse,
- Soit parce qu'elles ont une diminution importante de la densité osseuse (T-score < -2).
- Soit parce qu'en l'absence de fracture, les femmes ont deux facteurs de risque de fracture :

T-score < -1,5 à l'ostéodensitométrie

Âge > 65 ans,

Antécédent de corticothérapie systémique  $\geq 7,5$  mg/jour pendant au moins trois mois,

Antécédent de fracture de l'extrémité supérieure du fémur chez un parent du premier degré,

Antécédent personnel de fracture de fragilité à plus de 50ans.

Indice de masse corporelle < 19 kg/m<sup>2</sup>,

Ménopause précoce (avant 40ans),

Tabagisme actif ou ancien

Baisse de l'acuité visuelle, troubles neuromusculaires et orthopédiques

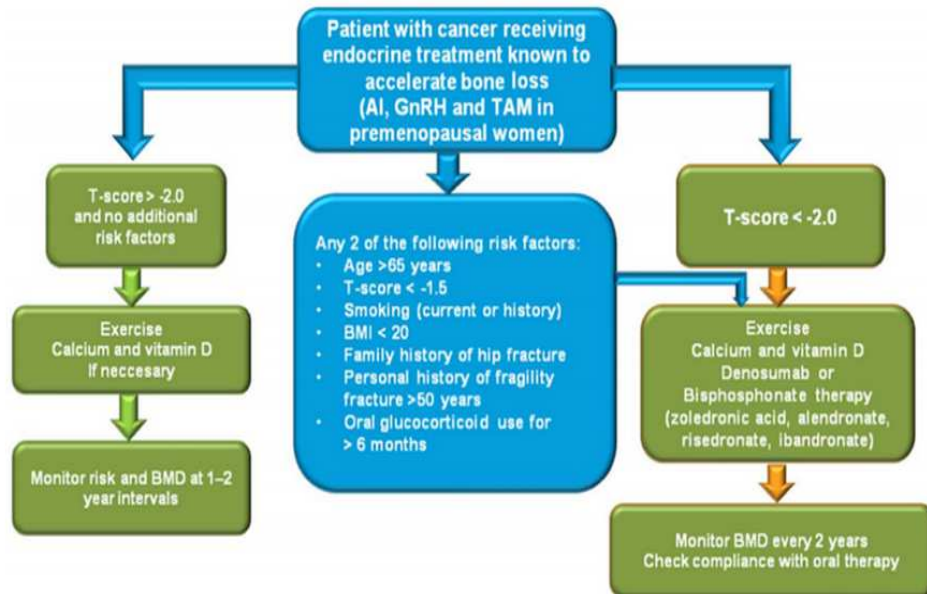


Fig. 1. Recommended algorithm for managing bone health in women receiving aromatase inhibitor (AI) therapy for breast cancer.

\*If patients experience an annual decrease in bone mineral density (BMD) of  $\geq 10\%$  (using the same DXA absorptiometry machine), secondary causes of bone loss such as vitamin D deficiency should be evaluated and antiresorptive therapy initiated. Use lowest T-score from 3 sites. Abbreviations: AI, aromatase inhibitor; BMD, bone mineral density; BMI, body mass index. Adapted from Hadji et al. [5].

Recommandation de grade A ( Journal of Bone Oncology du 1er décembre 2017)



## **ANNEXE 2 : Les traitements contre l'ostéoporose pour les patientes traitées par anti-aromatase dans le cancer du sein**

Référence HAS : bon usage du médicament, Les médicaments de l'ostéoporose juin 2014

### **I- Les Bisphosphonates**

Contre-indications et précautions à prendre par rapport aux Bisphosphonates

Chez les patients devant recevoir un bisphosphonate :

- il est recommandé d'effectuer un bilan bucco-dentaire préalable, suivi des soins nécessaires, en raison du risque exceptionnel d'ostéonécrose mandibulaire. Ce bilan devra être répété au moins une fois par an (comme dans la population générale) pendant toute la durée du traitement.
- il faut informer le patient qu'un bisphosphonate par voie orale doit être pris à jeun et au moins 30 minutes avant le repas, debout ou assis (sans se recoucher ensuite) et avec un grand verre d'eau plate peu minéralisée (eau du robinet par exemple), pour réduire le risque de lésion œsophagienne.
- Il est nécessaire de réaliser une nouvelle ostéodensitométrie, 2 à 3 ans après initiation du traitement anti ostéoporotique pour réestimer le risque individuel de fracture et prolonger éventuellement le traitement.

Exemples de Bisphosphonates :

- Acide Alendronique

(Fosamax®)10 mg comprimés et génériques, une prise par jour

Fosamax® 70 mg comprimés et génériques, administration : une prise par semaine,

- Acide zolédronique

Aclasta® 5 mg I.V. et génériques, administration : une perfusion intraveineuse par an, durant 15 minutes au moins

Précautions d'emploi spécifiques : Des altérations parfois graves de la fonction rénale ont été observées après administration d'acide zolédronique, surtout chez des patients ayant une altération rénale préexistante ou des facteurs de risque (âge avancé, prise de médicaments néphrotoxiques ou de diurétiques, déshydratation). L'Aclasta® ne doit pas être utilisé si la

clairance de la créatinine est  $< 35$  mL/min. La surveillance de la créatininémie doit être envisagée chez les patients à risque. Le patient doit être correctement hydraté avant la perfusion.

## **II – le Dénosumab (anticorps monoclonal inhibiteur des ostéoclastes)**

Utilisation à limiter à la deuxième intention

Exemple : Prolia® S.C. 60 mg, administration : une injection sous-cutanée (60 mg) tous les 6 mois

La HAS considère que ce médicament ne doit être utilisé qu'en deuxième intention, en relais des bisphosphonates.

Il existe un risque infectieux (urinaire et des voies respiratoires supérieures), un risque allergique (éruption cutanée) et un risque d'ostéonécrose de la mâchoire similaire à celui observé avec les bisphosphonates.

### **ANNEXES 3 : Obstacles au dépistage, diagnostique et traitement de l'ostéoporose (en dehors du cas particulier du cancer du sein) (16)(19)**

OBSTACLES LIES AUX MEDECINS, à leurs représentations de :

Problèmes liés aux Recommandations	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Trouvent que les recommandations GRIO et Société française de Rhumatologie, ne sont pas adaptées car peu connues et trop complexes</li> </ul>
Problèmes liés à l'ostéoporose	<ul style="list-style-type: none"> <li>- elle n'est pas considérée comme une pathologie car elle est asymptomatique,</li> <li>- elle est méconnue car la chute en elle-même n'est pas une raison suffisante pour expliquer la fracture,</li> <li>- elle n'est pas considérée comme grave car elle est liée au « phénomène inéluctable » du grand âge,</li> <li>- Elle est sous diagnostiquée car de nombreux médecins pensent que l'ostéoporose n'est présente que lorsqu'il existe de multiples fractures,</li> <li>- Elle n'est pas soignée quand il y a déjà eu une fracture surtout pour les fractures ESF (extrémité supérieure du fémur) car certains médecins pensent qu'il est trop tard pour la traiter.</li> </ul>
Problèmes liés au diagnostic et ODM (ostéodensitométrie)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ambiguïté entre ostéoporose et ostéopénie,</li> <li>- Doute sur la validité des normes et de l'interprétation de l'ostéodensitométrie,</li> <li>- Manque de simplicité dans les indications de remboursement de l'ostéodensitométrie.</li> </ul>
Problèmes liés aux Modalités thérapeutiques	<ul style="list-style-type: none"> <li>- L'apport calcique : régime riche en calcium souvent incompatible avec les régimes hypolipémiants</li> <li>- Traitement anti ostéoporose sont perçus comme peu efficaces, Doute sur l'efficacité des TTT anti ostéoporotiques</li> <li>- Manque de preuve scientifique de leur efficacité,</li> <li>- Absence d'examen de suivi et utilisation fondée sur la confiance du prescripteur,</li> <li>- pas non plus de preuve palpable clinique de l'efficacité,</li> <li>- Certains ne pouvaient pas se figurer que des traitements de longue durée d'action à prise aussi ponctuelle (mensuelle ou annuelle) puissent être</li> </ul>

	efficaces pour une action osseuse.
Dans le suivi	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les échecs thérapeutiques cliniques avec récurrence fracturaire sous traitement n'étaient pas rares et renforçaient le sentiment de faible efficacité des traitements,</li> <li>- L'absence d'amélioration de la densité osseuse fréquemment constatée à l'ostéodensitométrie de contrôle,</li> <li>- Les expériences vécues au long de leur carrière de retraits de médicaments pour inefficacité (acide ibandronique, calcitonine) ou effets secondaires (ranélate de strontium) ou effet fracturaire paradoxal comme le fluor avaient marqué les esprits induisant une méfiance vis-à-vis des traitements anti-ostéoporotiques,</li> <li>- La mauvaise tolérance digestive du calcium fréquente et sa mauvaise observance avait amené des médecins à ne plus le proposer en privilégiant les apports alimentaires,</li> <li>- La crainte des effets secondaires des biphosphonates per os ou injectables limitait leur prescription notamment chez les personnes âgées. Ils pouvaient craindre que les effets secondaires digestifs empêchent la prise des autres traitements habituels chez des patientes ayant déjà des difficultés pour les prendre.</li> </ul>
En fonction du patient	<p>Quels sont les facteurs limitant la prescription ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• l'âge élevé (après 80 ans),</li> <li>• l'espérance de vie limitée,</li> <li>• le mauvais état général</li> <li>• la perte d'autonomie,</li> <li>• la vie en institution,</li> <li>• les troubles cognitifs,</li> <li>• la polymédication</li> <li>• la polypathologie.</li> </ul> <p>Le bon état général maintient en bonne santé et de ce fait permet de lutter contre l'ostéoporose par une activité physique suivie et un mode de vie simple et</p>

	<p>naturel.</p> <p>L'indication d'un traitement ne relève pas de critères objectifs reproductibles mais d'une évaluation subjective.</p>
Conditions d'exercice de la MG	<p>Faible incidence et prévalence des fractures</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le rythme de travail était soutenu et les problèmes à aborder en consultation étaient nombreux</li> <li>- ils ne connaissaient pas les recommandations sur l'ostéoporose</li> <li>- Peu de propositions de formation sur l'ostéoporose</li> <li>- La disparition du THS avait désensibilisé les médecins</li> <li>- méconnaissance des indications et critères de remboursement de la densitométrie osseuse faisait qu'un médecin ne l'utilisait pas, ni avant ni après fracture</li> <li>- Oubli du dépistage de l'ostéoporose post-fracturaire par les MG</li> </ul>
Les risques liés à la prise en charge	<p>Les contre-indications ou précautions d'emploi empêchaient la prescription des traitements : troubles gastriques et problèmes dentaires pour les biphosphonates, antécédents cardiologiques (fibrillation auriculaire) pour l'acide zolédronique et antécédents de thrombose pour le raloxifène</p>

#### LES OBSTACLES QUE LES MEDECINS ATTRIBUENT AUX PATIENTES

Représentation	<p>Le caractère asymptomatique de l'ostéoporose constituait un obstacle à son identification comme une vraie maladie notamment le manque d'adhésion des patientes au traitement lié à l'absence de perception de la gravité de l'ostéoporose et leur manque de conviction sur l'efficacité des médicaments</p>
Le vécu des patients	<p>C'était la motivation et le souhait de la patiente qui déterminaient finalement la prise en charge et de ce fait les médecins devaient respecter leur choix.</p> <p>Nous distinguons, d'une part :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- les patientes à personnalité « caractérielle » ou</li> </ul>

	<p>atteintes de pathologies psychiatriques (syndrome dépressif...) s'opposaient souvent au projet thérapeutique,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- celles qui refusaient systématiquement de prendre des médicaments quelle que soit la pathologie.</li> </ul> <p>Au vu de ces pathologies, la mise en place des mesures non médicamenteuses s'avérait difficile car elle impliquait une modification d'un ensemble d'habitudes de vie et de comportements bien ancrés qui pouvaient être perçus comme de vrais bouleversements chez les personnes âgées.</p> <p>Et d'autre part :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- l'opposition de l'entourage de la patiente au projet de soins.</li> </ul>
--	--

#### LES OBSTACLES VENANT DU SYSTEME DE SOINS

<p>Le faible pourcentage de professionnel de santé avait un impact sur les possibilités de prise en charge d'une ostéoporose post-fracturaire</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- le manque de kinésithérapeute,</li> <li>- la surcharge de travail des MG, surtout en milieu rural, limitait le temps consacré aux visites à domicile,</li> <li>- les délais d'attente de rendez-vous très longs dans certaines régions faisaient que le rhumatologue devenait un spécialiste quasiment inaccessible,</li> <li>- l'éloignement des lieux de soins spécialisés empêchait l'accès à l'ostéodensitométrie ou aux consultations rhumatologiques.</li> </ul>
<p>Le coût était un obstacle à de nombreux niveaux</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- les patientes n'avaient pas la possibilité d'effectuer les soins dentaires permettant de prendre des bisphosphonates,</li> <li>- les franchises médicales étaient un obstacle à la consultation médicale, aux médicaments et à l'absence de tiers payant,</li> <li>- l'aménagement du domicile nécessitait souvent un investissement important,</li> <li>- l'adhésion des patientes à la prise en charge de l'ostéoporose dépendait du niveau socio-culturel.</li> </ul>
<p>Obstacles liés à la communication et à la répartition des rôles entre les différents médecins qui prennent en charge l'ostéoporose</p>	

## **Annexe 4 : Analyse qualitative de la première réunion.**

### **1) Défauts de coordination entre hôpital et Liberal**

#### **a- Parcours de soin**

- Manque de précision sur le rôle de chacun

« *Qui prescrit ?* »

« *Manque de définition dans la place de chacun, définir responsabilité de chacun* »

« *Manque de définition des rôles de chacun* »

- A quel moment initier la prise en charge

« *Et quand ? car patientes pas trop à l'écoute dans un projet initial et après on a tendance à oublier* »

- Défaut de parcours de soin

« *Défaut de parcours de soin* »

« *Défaut de coordination entre hospitaliers et libéraux* »

« *Adapter un système* »

« *Nous rhumatologue, nous prenons en charge l'ostéoporose, c'est notre rôle, mais encore faut-il que les patients soient vus.* »

- Inclusion du médecin généraliste dans le parcours de soin

« *Patientes rentrent dans un circuit hospitalier dans lequel nous (les médecins généralistes) ne sommes pas inclus* »

« *Le patient ne connaît pas le rôle des médecins généralistes* »

« *En général ce sont les médecins généralistes qui font le diagnostic, qui orientent vers les spécialistes. Par la suite, les médecins généralistes perdent leur patient qu'ils revoient seulement en cas de complications, gèrent l'urgence et donc pas le temps de reprendre un suivi avec eux. On ne voit pas le patient quand il va bien. Les MG n'ont pas de place dans la prise en charge du cancer quand il n'y a pas de complication aigue. On n'est pas pris en compte dans le plan de soin et les décisions de prise en charge* »

*« Les patients ne nous (les médecins généralistes) voient pas comme compétent dans le domaine du cancer »*

- Rôle du médecin généraliste

*« C'est au médecin généraliste de reprendre toutes les ordonnances de tous les spécialistes, pour refaire le point, synthétiser, ne faire plus qu'une ordonnance => nécessite un travail long que ne font pas tous les médecins*

*« Trou générationnel Différence d'attitude entre différentes générations de médecins généralistes : Anciens médecins ne se sentent pas concernés / contrairement aux nouveaux »*

*« Ce ne sont pas les médecins généralistes qui initient les traitements(anti-aromatase), donc on les connaît moins bien, de ce fait leur prise en charge sur les effets secondaires et le suivi on ne s'en occupe pas. Les médecins généralistes ne se sentent pas concernés. »*

- Le manque de médecin, démographie médicale

*« Soucis sur la filière gynéco, du fait du manque de gynécologues médicaux qui prennent plus en charge l'ostéoporose que les gynécologues chirurgiens. »*

*« Délai pour avoir rdv chez le rhumatologue sont long surtout en hospitalier (6 - 8 mois) => Réponse des rhumatologues : on n'est pas à 2 ou 6 mois prêt dans l'ostéoporose »*

*« Difficultés pour avoir rdv consultation en rhumatologie et nécessité de faire un courrier pour avoir rdv : 2 mois en libéral mais en hospitalier c'est 6 mois (ceci dit on est pas à 6 mois prêt dans la prise en charge de l'ostéoporose) »*

*« Manque de gériatre pour consulter »*

- Retard de prise en charge

*« Délai pour avoir rdv chez le rhumatologue sont long surtout en hospitalier (6 - 8 mois) => Réponse des rhumatologues : on n'est pas à 2 ou 6 mois prêt dans l'ostéoporose »*

- Défaut de coordination avec les différents acteurs de la santé

*« Pas de coordination avec le personnel paramédical, les pharmaciens et le médecin »*

b- Défauts de communication, perte d'information

- Courrier



« Il est difficile d'avoir toutes les informations, ou bien avec trop de retard (décalage entre info médicale des spécialistes arrivant souvent plus tard que les consultations avec les patients) »

*« Pas de courrier des médecins généralistes pour tenir au courant les spécialistes des TTT et ATCD des patients lors de leur consultation chez le spécialiste »*

*« Défaut de courrier, avec souvent des comptes rendu de RCP incompréhensibles avec des abréviations non expliquées »*

*« Listing des médecins généralistes des patients à l'hôpital ne sont pas toujours à jour, donc perte d'information »*

*« Perte des courriers, ou des résultats »*

*« Souvent courriers des spécialistes non lus »*

*« Des fois ça fait 3 fois que je marque aux médecins généralistes qu'il faut traiter contre l'ostéoporose et rien n'est fait »*

- Ordonnance

« Ordonnance faite par le spécialiste n'est en général pas montrée au médecin généraliste et reconduite par les spécialistes donc problème pour le médecin généraliste qui n'est pas tenu au courant, perte d'information »

- Résultats d'examens complémentaires

« Refus de l'hôpital d'envoyer les résultats des examens complémentaires (tel que l'ostéodensitométrie) au médecin généraliste du patient quand ce sont les spécialistes qui prescrivent => donc perte d'information »

*« Difficulté administrative pour avoir ou récupérer les informations Comptes Rendus de résultats d'examen en tant que médecin généraliste : la patiente doit faire la demande de son dossier médical »*

*« Résultats Non transmis au médecin généraliste »*

- Dossier informatisé

*« Echec de mise en route de dossier informatisé pour améliorer communication »*

- Difficulté communication en cas d'urgence

« Numéro du spécialiste non ou difficilement joignable en cas d'urgence ou de complications »

## **2-Recommandations complexes**

### a. Evolution rapides des recommandations

« Evolution rapide des recommandations »

« Manque de précision sur l'indication de remboursement ostéodensitométrie »

« Indication des TTT anti ostéoporotiques évoluent rapidement »

« Recommandations peu connues : peu de diffusion sur les publications »

## **3- Diagnostic et Dépistage l'ostéoporose**

### a. Dépistage sous optimal

« Dépistage sous optimal »

- Lié au contexte

« Contexte : déjà beaucoup examens complémentaires, patientes sont surtout centrées sur leur cancer »

« car patientes pas trop à l'écoute dans un projet initial »

- Lié à la maladie sourde initialement

« Problème de l'ostéoporose est d'y penser »

« Souvent on les voit au stade fracturaire »

- Lié au manque d'éducation, d'information

« Patiente non informée de l'ostéoporose »

- Lié au manque de connaissance des médecins généralistes sur les traitements oncologiques

« Ce ne sont pas les médecins généralistes qui initient les traitements(anti-aromatase), donc on les connaît moins bien, de ce fait leur prise ne charge sur les effets secondaires et le suivi on ne s'en occupe pas. Les médecins généralistes ne se sentent pas concernés »

« Ne connaît pas les recommandations sur le dépistage des complications des traitements oncologiques tel que l'hormonothérapie »

- Lié aux caractéristiques des patients

*« L'âge n'est pas un obstacle à la mise sous TTT anti ostéoporotique mais plus les comorbidités des patients et leur espérance de vie »*

*« Troubles cognitifs, prévalence troubles cognitifs chez 50% des personnes de plus de 85ans  
=> difficile à inclure dans un parcours de soin car c'est l'aidant qui choisit en fonction de ses disponibilités et de ses envies »*

#### **b- Ostéodensitométrie les problèmes qu'elle pose**

- Qui prescrit ?

*« Qui prescrit ? »*

*« Je (hospitalier) prescris Ostéodensitométrie, dont les résultats sont envoyés à la patiente et au prescripteur (souvent hospitaliers) et je mets en CR des courriers au médecin généraliste mais je ne peux m'occuper de la prise en charge de l'ostéoporose car non compétente dans le domaine. Souvent il n'y a pas de réaction ou de suivi de la prise en charge par le médecin généraliste. »*

- Défaut de Remboursement

*« Quand est-ce que l'ostéodensitométrie est- elle prise en charge, au bout de 3 mois ou même initialement ? Critères de remboursement ? »*

*« Problème dans le remboursement de l'ostéodensitométrie, n'est pas pris en charge dans le remboursement initialement en libéral »*

- Quand represcrire une ostéodensitométrie

*« Quand represcrire l'ostéodensitométrie si les résultats sont limites ou pas bon ? »*

- Ostéodensitométrie refusée

*« Des Patients de plus 80ans ont été refusé par des centres d'imagerie pour réaliser ostéodensitométrie du fait de leur Age. »*

- Lassitude des patientes envers les examens complémentaires

*« Les patients ont en marre de se déplacer tous les jours pour des examens complémentaire ou rdv car sont rarement tous le même jour, ils sont fatigués et refusent de faire d'autre examens quand ils commencent à avoir un peu de répit »*

#### **4- Traitement anti-ostéoporotique**

a) Calcium- vitamine D

- Manque d'information dans les recommandations

« Quels sont les bilans initiaux à réaliser avant supplémentation ? dosage de la vitamineD ?  
supplémentation à partir de quand ? »

b) Difficultés à la mise en route traitements anti résorption osseuse tel que bisphosphonate ou Désonumab

- Mauvaise observance

« Mauvaise observance pour les traitements per os »

« Problème d'observance et de contrainte de prise du TTT »

« Troubles cognitifs : prévalence tb cognitifs chez 50% des personnes de plus de 85ans :

=>mauvaise observance du fait des troubles cognitifs, compliances des traitements mauvaise encore plus chez les personnes qui vivent seuls

- Oublie de renouvellement de prescription

« Pour les injectables tendance à oublier de le prescrire chaque année »

- Fausses croyances, refus des patients

« Difficultés de mise en route des Traitements à cause des fausses croyances des patients (médias, documentaire), beaucoup de refus des patients 1/3. »

« Refus patients pour des injectables »

« Méfiance envers les TTT, Les patients préfèrent avoir avis de leur médecin généraliste avant toute mise en route de TTT »

- Tolérance

« problème de Tolérance »

- Contre-indication et effets secondaires

« L'âge n'est pas un obstacle mais plus les comorbidités des patients et leur espérance de vie »

« Troubles cognitifs : prévalence tb cognitifs chez 50% des personnes de plus de 85ans :

=>Prévalence de l'insuffisance rénale à cet âge entraînant des contre- indications TTT IV »

- Le défaut de remboursement des traitements

« Remboursement des traitement »

c) Prescription de l'activité physique contre résistance

- Manque de prise en charge du patient dans les mesures hygiéno-diététiques  
« Manque de prise en charge du patient dans les mesures hygiéno-diététiques de prévention de l'ostéoporose en Nutrition et Mobilité (activité physique) »
- Prescription activité physique  
« *Qui prescrit ? à qui ? Car pas tout le monde peut bénéficier de kiné,...* »

d)Suivi effectif du traitement prescrit

*« Manque de gériatre pour consulter, donc impossibilité de réaliser des suivis de patients car les créneaux de consultation sont pris par les nouveaux patients. »*

*« On ne voit les patients qu'une fois par an nous, oncologue, donc difficile d'instaurer un suivi de l'ostéoporose »*

## ANNEXE 5 : Analyse qualitative de la deuxième réunion

### A- OSTEODENSITOMETRIE

#### I- Prescription de l'Ostéodensitométrie

##### a) Par les oncologues lors de la prescription des anti-aromatase

« Prescription de l'ostéodensitométrie : par le spécialiste du cancer qui met les patientes sous anti-aromatases (oncologue, radiothérapeute) »

##### b) Les oublies

« Souvent on oublie de prescrire l'ostéodensitométrie chez les patientes métastatiques qui bénéficient systématiquement des Bisphosphates, car l'indication ne dépend pas de l'ostéodensitométrie, mais celle-ci aurait un intérêt pour évaluer l'évolution ».

##### c) Ostéodensitométrie de suivi à réaliser 3 ans après

« Refaire un contrôle ostéodensitométrie à 3 ans si est traitée ou non, quitte à ce que les prochaines soient payantes (pris en moyenne de 30euros). »

« Ostéodensitométrie de suivi est à prescrire par le médecin généraliste, ou celui qui s'occupe du Traitement anti-ostéoporotique (rhumatologue ou médecine généraliste) »

#### II- Réalisation Ostéodensitométrie

##### a) Où la réaliser :

- Au CHU ou en libéral

« Pas d'attente pour la réaliser en hospitalier au CHU mais possibilité également de la réaliser en libéral, peu importe. »

- Doit être faite au même endroit que la première pour objectiver l'évolution

*« L'ostéodensitométrie doit être réalisée sur la même machine pour avoir le suivi et la comparaison par rapport à une antérieure, d'où l'importance de retourner au même endroit. »*

b) Quand la réaliser :

- Dans les 3 à 6 mois

*« Délai de réalisation après la mise en route TTT anti-aromatase : dans les 3 à 6 mois »*

*« Pas d'indication de temps sous anti-aromatase pour le remboursement de l'ostéodensitométrie, mais seulement 2 ostéodensitométries sont remboursées. »*

c) Remboursement :

- Seulement 2 remboursées par la sécurité sociale dans le cancer du sein sous anti-aromatase.

*« 70% de remboursement par la sécurité sociale mais seulement pour 2 ostéodensitométries au total sur la vie du patient »*

*« En fonctions des mutuelles remboursements variables pour les Ostéodensitométries en plus. »*

d) Pour les personnes âgées :

- Pas de T-score pour les plus de 70ans

*« Attention pas de Z-score (d'évaluation du score par rapport à l'âge) pour les populations de plus de 70ans »*

*« Au-delà de 70 ans on n'a plus de courbe de normalité sur la gestion du Z-score mais on peut toujours répondre au T-score : ostéopénie ostéoporose mais impossibilité d'évaluer par rapport à l'Age. Si la patiente est déjà venue on peut toujours voir l'évolution »*

**III- Le Compte rendu de l'ostéodensitométrie, Rôle du Radiologue/ médecin nucléaire**

- a) A adresser au médecin généraliste du patient, médecin prescripteur et au patient.

*« Souvent perte des résultats de l'ostéodensitométrie car adressé au prescripteur (oncologue hospitalier) qui ne voit le patient que tous les 6 mois »*

*« Important de l'adresser au médecin généraliste même si ce n'est pas le prescripteur ainsi qu'au patient »*

*« Bien vérifier le nom du Médecin traitant à qui l'on l'adresse, afin de le mettre à jour. »*

b) Conclusion du compte rendu de l'ostéodensitométrie.

*« Dans la conclusion du compte rendu de l'ostéodensitométrie, est précisé si on est dans la situation d'une ostéopénie ou ostéoporose avec la précision du T-score »*

*« Possibilité de rajouter une phrase si oui ou non indication d'un traitement anti-ostéoporotique si nous sommes bien tous au clair avec les recommandations et laquelle appliquer. »*

*« Ajouter sur le compte rendu des ostéodensitométries, indication aux traitement anti-ostéoporotiques ou non à discuter avec les MG »*

## **B- Parcours de soin**

### **I- Intérêt d'une infirmière de coordination pour la prévention de l'ostéoporose.**

*« Il manque une infirmière de coordination pour vérifier la bonne prise en charge de l'ostéoporose »*

### **II- Rôle de l'oncologue/gynécologue**

a) Informé le patient

*« Ce devrait être tous les médecins »*

*« Les prévenir également au départ, lors de la prescription de l'ostéodensitométrie même si ce ne sera probablement pas écouté par la patiente car trop d'information d'un coup. Possibilité d'introduire le sujet dès la consultation de l'oncologue qui met la patiente sous anti-aromatase. »*

b) Prescrire anti-aromatase et ostéodensitométrie



« Prescription de l'ostéodensitométrie : par le spécialiste du cancer qui met les patientes sous anti-aromatases (oncologue, radiothérapeute) »

c) C'est à oncologue d'évaluer si projet curatif/palliatif et en fonction demande d'avis spécialisé ou prescription d'ostéodensitométrie

- En cas de projet Curatif :

« Projet curatif car non métastatique => indication d'une Ostéodensitométrie puis suite de la filière prévention de l'ostéoporose »

- En cas de métastase osseuse indication systématique de traitement par Bisphosphonate, intérêt de l'ostéodensitométrie discutable :

« Ou cancer avec Métastases osseuses = bisphosphates systématiquement donc les patientes sont traitées. Intérêt de l'ostéodensitométrie est discutable (sauf pour voir l'évolution) »

« Il y en a qui vivent 15ans avec des métastases »

- Métastase non osseuse, indication consultation oncogériatre pour évaluer l'espérance de vie et discuter de l'intérêt de la prévention de l'ostéoporose :

« Projet non curatif (non opérables) avec métastases non osseuse => concertation entre l'oncologue et gériatre pour discuter de l'intérêt du traitement anti-ostéoporotique en fonction espérance de vie. Et si indication => sera revue par un spécialiste du cancer qui prescrira ostéodensitométries »

d) Absence de rôle dans la mise en route des traitements anti-ostéoporotique et suivi de l'ostéoporose

« Ce ne sont pas les oncologues qui traitent car pas de suivi possible et non formés aux traitements anti-ostéoporotique »

### **III- Rôle du Médecin Généraliste**

a) Expliquer le rôle

*« Expliquer le rôle du Médecin Généraliste au patient lors de l'annonce du cancer, important que le patient prenne contact avec le MG pour faire le point et être le pilier de la prise en charge et de la coordination »*

b) Problèmes dans l'application de leur rôle

*« De nombreuses patientes jeunes n'ont pas de suivi par un médecin généraliste. »*

*« Impossibilité pour le médecin généraliste d'assister aux RCP, comment intégrer à la discussion sur la prise en charge du cancer, ce que l'on sait des patients »*

c) Information du patient sur la prévention de l'ostéoporose

*« Ce devrait être tous les médecins »,*

*« Au moment de l'annonce des résultats de l'ostéodensitométrie »*

*« Etape chez le Médecin généraliste pour de nouveau informer le patient sur l'ostéoporose, les traitements, la prise en charge et pourquoi ? »*

d) Adresser le patient chez le dentiste avant mise sous traitement

*« Le Médecin Généraliste doit réinformer le patient sur l'ostéoporose, sa prise en charge et adresser le patient chez le dentiste »*

e) Relais au médecin généraliste lors de la réception des résultats de l'ostéodensitométrie

*« Le relais de la prise en charge du médecin généraliste doit être au moment de la réception du résultat de l'ostéodensitométrie »*

*« Etape chez le Médecin généraliste pour de nouveau informer le patient sur l'ostéoporose, les traitements, la prise en charge et pourquoi. Plus ou moins initier les TTT anti ostéoporotique si le MG se sent apte »*

*« D'où l'idée de la filière prévention de l'ostéoporose après l'ostéodensitométrie, le radiologue ou médecin nucléaire devrait conseiller aux patients de consulter leur MG pour la suite de la prise en charge. »*

*« Après l'ostéodensitométrie c'est au médecin généraliste de revoir la patiente »*

f) Mise en route du traitement anti-ostéoporotique

- Mise en route du traitement par les médecins généralistes

*« Je pense que ça revient au MG de mettre en route les traitement anti-ostéoporotiques. »*

*« L'avantage si le médecin généraliste s'occupe de la mise en route des traitements, c'est qu'il prend tout en charge (prévention + mise en route du traitement anti-ostéoporotique + suivi) »*

*« C'est au médecin généraliste de gérer l'ostéoporose. Normalement le patient est obligé de passer par le médecin généraliste avant de consulter le rhumatologue. »*

*« Filière : Réalisation de l'ostéodensitométrie puis consultation avec le médecin généralistes qui est l'acteur de la prise en charge. »*

*« Plus ou moins initier les traitements anti ostéoporotique si le médecin généraliste se sent apte »*

- Peuvent se faire aider par les rhumatologues

*« Les médecins généralistes doivent être au courant qu'ils peuvent être aider par les rhumatologues pour la prise en charge de l'ostéoporose. »*

*« C'est au bon vouloir du médecin généraliste de prendre en charge l'ostéoporose ou avec l'aide du rhumatologue »*

*« Certains médecins généralistes ne veulent pas, ne savent pas, ou n'y croient pas donc à ce moment-là ils peuvent se faire aider par des rhumatologues »*

*« Mise en route du traitement oui ou non plus ou moins aidé par le rhumatologue »*

g) Mettre dans le Plan personnalisé de soin le rôle du médecin généraliste

*« Rajouter l'intervention du MG dans le Parcours de soin papier donné lors de la consultation avec l'oncologue. Ce qui est déjà fait dans celui de notre gynéco-oncologue du*

*CHU de Nîmes. Le problème c'est que souvent le papier se perd ou est non relu par le patient et se retrouve au fond de son dossier médical. »*

*« Expliquer le rôle du MG au patient lors de l'annonce du cancer, important que le patient prenne contact avec le MG pour faire le point et être le pilier de la prise en charge et de la coordination. »*

h) Transmettre l'information de la prise en charge de la prévention de l'ostéoporose auprès des oncologues

*« Les MG doivent tenir au courant les spécialistes de la prise en charge qui a été faite en ville pour qu'il y ai un retour des 2 côtés »*

*« Penser au retour au spécialiste de la prise en charge »*

*« Le médecin généraliste doit tenir au courant l'oncologue de la prise en charge libérale de la prévention de l'ostéoporose »*

i) Prescription supplémentation vit D Calcium et activité physique

*« Intérêt de dosage Vit D => utilisé pour adapter le protocole de supplémentation, quoi qu'il arrive supplémentation 1 ampoule tous les 3 mois 100 000UI Vitamine D et si grosse carence => supplémenter jusqu'à la non carence puis 1 ampoule tous les 3 mois »*

*« Carence profonde vit D < 20 => bien supplémenter, pas besoin de recontrôler après »*

*« Dosage de la vit D : remboursé que dans le bilan initial de l'ostéoporose »*

*« Bilan initial ostéoporose : NFS, CRP, fct rénale, PAL, phosphorémie, calcémie, Albuminémie, EPP, vit D, TSH »*

j) Prescription de l'ostéodensitométrie de suivi

*« Ostéodensitométrie de suivi est à prescrire par le médecin généraliste, ou celui qui s'occupe du Traitement anti-ostéoporotique (rhumatologue ou médecine généraliste) »*

k) Rôle dans l'observance et renouvellement du traitement

*« Crainte du traitement anti-ostéoporotique par les patientes »*

*« Le problème de l'échappement et de l'observance : rôle du Médecin Généraliste*

« En cas de Problème observance per os : IV possible en libéral également »

« L'Aclasta IV d'emblée est possible pour les T-Score < -3 »

« Adapter le type de TTT en fonction des volontés des patients (per os ou IV) »

« Si par voie Intra veineuse, quel peut être le type d'alerte pour penser à renouveler la prescription de traitement ? Il existe des alertes dans plusieurs logiciels informatiques »

« C'est plus facile pour les médecins généralistes de renouveler quand c'est eux qui prescrivent »

#### **IV- Rôles des Rhumatologues ville ou hôpital**

##### a) Délai de rendez-vous

###### - Pour le CHU

« Délai de rdv pour les rhumatologues du CHU est long, bientôt un hôpital de Jour va être ouvert mais d'abord indiqué pour des patients fracturaires »

###### - En ville

« Les rhumatologues ne sont pas tant disponibles que ça, délai de rdv sont souvent supérieurs à 3 mois »

« Rhumatologue libéraux : Consultation rhumatologique possible en ville avec un délai de 3 mois. »

##### b) Rôle d'aide à la prise en charge de la prévention de l'ostéoporose

« Les médecins généralistes doivent être au courant qu'ils peuvent être aider par les rhumatologues pour la prise en charge de l'ostéoporose. »

« Ostéodensitométrie de suivi est à prescrire par le médecin généraliste, ou celui qui s'occupe du Traitement anti-ostéoporotique (rhumatologue ou médecine généraliste) »

« C'est au bon vouloir du médecin généraliste de prendre en charge l'ostéoporose ou avec l'aide du rhumatologue »

*« Certains médecins généralistes ne veulent pas, ne savent pas, ou n'y croient pas donc à ce moment-là ils peuvent se faire aider par des rhumatologues »*

*« Mise en route du traitement oui ou non plus ou moins aidé par le rhumatologue »*

Prescription Vit D Ca<sup>2+</sup> activité physique

## **V- Rôles des pharmaciens**

### **a) Bilan de médication**

*« Le Bilan de médication avec le pharmacien pour les patients de plus de 75ans polymédicamentés (plus de 5 médicaments) peut avoir un intérêt pour vérifier l'observance des traitements, ... »*

## **C- Synchroniser les examens complémentaires**

### **a) Problèmes des allers-retours pour les consultations et examens complémentaires pour les personnes âgées en perte d'autonomie**

*« Forte demande des personnes âgées qui en ont marre des allers-retours à l'hôpital pour bénéficier des différentes consultations ou examens complémentaires »*

### **b) Solution : Hôpital de jour (HDJ)**

*« HDJ (hôpital de jour) de gynéco pour répondre à cette demande : pet scan + autres rdv »*

*« Ostéodensitométrie puis TEP TDM possible le même jour, et fct cardiaque possible également »*

*« Gériatrie a également un service d'HDJ »*

### **c) Solution : hospitalisation quand les examens ne peuvent être réalisés le même jour.**

*« Attention si Pet scan et TDM à faire, impossibilité de les réaliser le même jour donc obligé d'être hospitalisé »*

## **D- Communication entre professionnels**

### **I- Problème compte rendu de la Réunion de concertation pluriprofessionnel peu compréhensible pour les médecins généralistes**

a) Est informatisé de façon automatique

« Est Informatisé et sort de façon automatique »

b) Jeunes médecins spécialistes utilisent beaucoup d'abréviations

« Les Abréviations dépendent du médecin oncologue qui s'en charge. »

### **II- Dossier Communiquant cancérologie (DCC)**

a) Objectifs

« DCC (Dossier communiquant de cancérologie) permettant théoriquement l'information centralisée avec les Comptes rendus d'examen complémentaires, de consultations »

b) Défauts dans la mise en pratique

« Difficile à organiser »

- N'est pas adapté à la pratique

« Mais en pratique n'est utilisé que pour la RCP, il n'a pas été conçu pour faire un Compte rendu de consultations (ou du moins c'est trop complexe) »

c) Accessibilité possible à tous les médecins ayant un code d'accès, dont les médecins généralistes ?

« Normalement tout est accessible par les médecins, il faut juste avoir un identifiant »

« Les médecins généralistes n'avaient pas accès au DCC il y a quelques années, est-ce modifié ? à vérifier »

« Possibilité pour les MG de passer des mots aux spécialistes par le biais du DCC ? à essayer. Encore faut-il qu'il soit lu. »

d) Accessibilité à tous les patients ayant une prise en charge cancer de la région malgré qu'ils ne soient pas nos patients

« Le problème est qu'on a accès à tous les patients du département, même ceux dont nous ne nous occupons pas. »

e) Pour le moment le support de communication utilisé entre les différents intervenant est le courrier papier

« Donc pour le moment le support de communication entre les différents intervenants de la prise en charge est le courrier papier »

## **E- Personnes âgées et prise en charge de l'ostéoporose**

### **I- Personnes âgées et bisphosphonates**

a) Peu d'étude sur les personnes âgées

« Peu d'étude sur l'efficacité des Bisphosphates sur les personnes âgées de plus de 75ans. »

« Pour les femmes âgées, fatiguées pour lesquelles on met en place les TTT anti aromatase sans rien d'autre dans le but de stabiliser la maladie sans trop l'embêter. Intérêt des bisphosphates ? car elles échappent à la prise en charge. C'est un Projet palliatif mais peut durer 3 ou 4 ans»

b) Intérêt de traiter l'ostéoporose si au moins 4 ans d'espérance de vie

« En rhumatologie : indication de mettre les Bisphosphonates si au moins 3 à 4 ans d'espérance de vie »

c) Possibilité d'établir avec des scores gériatriques l'espérance de vie

« Si le critère décisionnel c'est 4 ans Esperance de vie : En gériatrie on a des échelles d'évaluation d'espérance de vie qui sont validée, et s'il y a un doute sur l'indication de



*traiter, la consultation d'oncogériatrie peut être intéressante pour déterminer si indication de traiter (si plus de 4 ans d'espérance de vie) »*

*« Se baser sur un outil objectif validé, score de vie. »*

*« Indication à être évalué sur des paramètres gériatriques pour dire oui ou non. »*

## **II- Personnes âgées et ostéodensitométrie**

d) Tendance à oublier de prescrire l'ostéodensitométrie aux personnes âgées

*« On prescrit beaucoup moins d'ostéodensitométrie pour les personnes âgées. »*

*« Exemple : Pour une Patiente en perte d'autonomie mais ayant toute sa tête, faisons-nous une ostéodensitométrie ? »*

e) Pas de score adapté à l'âge chez la personne de plus de 70ans mais tout même intérêt de réaliser l'ostéodensitométrie

*« Au-delà de 70 ans on n'a plus de courbe de normalité sur la gestion du Z-score mais on peut toujours répondre au T-score : ostéopénie ostéoporose mais impossibilité d'évaluer par rapport à l'Age. Si la patiente est déjà venue on peut toujours voir l'évolution »*

## **F- Communication aux différents médecins du Gard du Parcours de soin élaboré lors du groupe de travail sur la prévention de l'ostéoporose chez les patientes traitées par anti-aromatase dans le cancer du sein.**

### **I- Diffuser l'information aux spécialistes du cancer :**

a) Lors des RCP (réunion de concertation pluriprofessionnel)

*« diffuser l'information aux spécialistes du cancer lors de RCP »*

*« RCP privée et publique, en pratique les chirurgiens gynécologues => on peut transmettre l'info aux spécialistes oncologues par ce biais-là. Pour savoir s'ils sont d'accord ou pas avec cette filière et les recommandations. »*

### **II- Diffuser l'information aux médecins généralistes**

a) Au cours des différentes formations continues

« Médecins généralistes peuvent être sensibilisés au cours de FMC (Formation médicale continue), DPC (Développement personnel continue) 20% des Médecins généralistes concernés ? Groupement hospitaliser des territoires ? »

« Moins de 30% des médecins généralistes vont aux formations »

b) Par courrier

« Courrier ? tenu au courant par les spécialistes de ce qu'ils doivent gérer.

c) Seul, par le biais du E-learning

« MG qui s'informent seul. E-learning »

d) Par le Département de médecine générale (DMG)

« Pour les internes en médecine générale » :

« le DMG ont aussi contact avec les 400 maitres de stage de la région. »

e) Par le compte rendu de l'ostéodensitométrie

« Le Compte rendu de l'ostéodensitométrie peut être fait pour interpeler les médecins généralistes, de s'en occuper, établir un organigramme de prise en charge joint au Compte rendu de l'Ostéodensitométrie. »

f) Par mail

« Envoyer mail aux médecins ? »

g) URPS (Union régionale des professionnels de santé)

« URPS plutôt politique que pour se charger de la formation »

h) Au cabinet des médecins

« Cabinet des médecins compliqué car peu de réponse, en général 15% de réponse, la recherche en MG c'est très compliqué, on n'est pas préparé »

## **ANNEXES 6 : Retranscription de la première Réunion du 27 MARS 2018**

(Oncogériatre) : G

Je suis gériatre. Je fais partie de l'Unité de coordination de Languedoc-Roussillon en oncogériatrie. Le but de cette Unité de coordination c'est de contribuer à améliorer la prise en charge des personnes âgées mais aussi de toutes les pathologies associées ainsi que toutes les pathologies qui sont liées au traitement et aux complications du cancer.

Dans les missions de l'Unité de coordination de l'oncogériatrie, il y a aussi le développement du lien entre la ville, l'hôpital et tous les corps de métier. C'est pour cela que nous nous étions rencontrés et avons discuté avec le Professeur AMOUYAL pour discuter de l'opportunité de développer une meilleure prise en charge des effets secondaires liés aux hormonothérapies dans le cancer du sein et en particulier les anti-aromatases.

Ce que l'on voyait dans nos pratiques, c'est que souvent dans ces traitements, la problématique de l'ostéoporose, n'est pas du tout prise en compte ou très rarement.

L'idée était de voir (dans un premier temps) si ensemble on pouvait réfléchir aux obstacles qui existaient enfin, qui pourraient expliquer ces difficultés de prise en charge pour que dans un deuxième temps on puisse faire des propositions et éventuellement créer un parcours patient ou de chemin clinique pour que déjà la problématique soit mieux ciblée et puis qu'éventuellement on distribue les rôles pour savoir qui fait quoi ? Qui intervient ?

Je pense que la problématique principale c'est que souvent les uns pensent que les autres vont faire, et inversement, c'est une des problématiques, il y a sûrement d'autres obstacles.

Voilà, l'idée était de réfléchir ensemble à voir ce que l'on pourrait faire, en tout cas localement pour améliorer cela.

Sachant que je ne crois pas que par ailleurs, il y ait d'autres expériences sur cette thématique-là qui se soient développées.

Voilà globalement, le cancer du sein est fréquent, il devient de plus en plus fréquent chez les personnes âgées ménopausées.

L'hormonothérapie est de plus en plus utilisée avec des durées, en plus de traitement, qui risquent d'être prolongées maintenant puisque la durée initiale de 5 ans risque d'être prolongé plus longtemps. Evidemment dans ce contexte, la problématique de la prévention osseuse est une problématique importante notamment dans le sein où souvent les gens ... et bien il y a globalement souvent un pronostic qui est plutôt bon de la maladie.

Le modèle du sein en oncogériatrie réside dans le fait que les causes de morbidité sont aussi importantes que le sein. Il faut traiter le sein mais il faut traiter le reste et donc agir sur tous les domaines pour que le bénéfice pour le patient soit le meilleur dans tous les domaines que ce soit en : mortalité, morbidité, qualité de vie.

Donc voilà, je ne sais pas si vous voulez faire un tour de table avant pour faire une présentation et puis après, je pense qu'on distribuera la parole peut-être à chaque personne, les unes après les autres et puis on aura peut-être un débat et un échange pour essayer de lister pour vous ce que sont les difficultés dans vos pratiques cliniques qui pourraient expliquer ces difficultés de prise en charge.

### Radiothérapeute : RaT

30 ans à Nîmes, 25 ans de Chimio. Assure le suivi des patientes pendant le traitement et après et même en situation métastatique.

C'est 35 à 40 % de traitement classique dans le Service avec effectivement une population qui vieillit et des problèmes chez les messieurs dans les thérapies longues.

Donc le problème : qui prescrit ? Qui demande les examens ? Qui les voit ?

Je suis intéressée par le sujet.

### Rhumatologue en libéral : Rh L

C'est F. BON qui m'envoie les patientes.

### RaT

Pas toutes.

### Rh L

La problématique pour nous spécialiste, c'est de voir arriver les patients jusqu'à nous, une fois qu'ils sont chez nous, c'est bon.

Et puis après on parlera des autres limites du traitement et des limitations de traitement.

### MG 1

Nous, on est au centre de la prise en charge quoique parfois on les perd.

Après c'est vrai, la problématique c'est surtout : qui prescrit ? Parce que souvent on ne sait pas trop. C'est dans un contexte où il y a beaucoup d'examen complémentaires donc les patientes en ont « un peu marre » donc c'est vrai elles sont surtout centrées sur le sein et c'est vrai, l'ostéoporose c'est un peu secondaire. Voilà, après à voir mais c'est intéressant en tout cas.

### MG 2

Associé avec MG 1, nous avons la même problématique.

Moi je dirai aussi, qui prescrit ? Et quand on prescrit ? C'est un peu ça, moi je pense que les patientes ne sont pas trop à l'écoute dans un projet initial. C'est-à-dire qu'il y a trop de choses donc et puis après quand c'est bien on est rassuré, il n'y a plus rien et on a un peu tendance à oublier.

Maintenant, on les rattrape parfois aux branches en pensant à autre chose et donc il y a un peu ce « problème » de temps qui est difficile.

### MG 3

Associé avec MG 4 . Membre du Département de MG de la Faculté de Montpellier.

Pourquoi suis-je là ? Parce que Laure est dans notre Cabinet. Elle nous a fait part de ce projet et effectivement son sujet était hyper intéressant pour essayer de construire quelque chose et de voir avant de construire où se situait finalement le défaut de notre système de parcours de soin.

C'est-à-dire que là on est sur une problématique particulière : les obstacles trouvés dans la prise en charge de l'ostéoporose chez les femmes traitées par anti aromatase dans le cancer du sein donc c'est finalement le sujet du travail. Mais derrière, cela veut dire qu'en fait il y a la notion de repérage des personnes fragiles même si elles sont déjà dans un circuit qui les a repérées. Repérage des personnes fragiles, de la vulnérabilité et finalement la mise en place d'un parcours de soin avec, c'est ce que vous dites, la place de chacun qui soit définie.

Aujourd'hui, elle n'est pas définie et effectivement on ne sait pas qui fait quoi ? On ne sait pas ce qu'il faut que l'on fasse ? Comment on rattrape ou on ne rattrape pas ? Comment on accède aux patientes et comment elles accèdent à vous ? Et dans l'autre sens, dans tous les sens. C'est pourquoi, cela me semble hyper intéressant de démarrer là-dessus et éventuellement pour en avoir discuté plein de fois, de voir comment on peut avancer pour peut-être faire quelque chose qui serait juste sur le territoire pour l'instant de Nîmes.

Maintenant, on parle beaucoup de territoire et d'accès aux soins. Parcours de soin sur des territoires avec une population particulière parce que là, il y a des personnes qui ont accès mais il y a aussi toutes les personnes qui sont sur le territoire et qui n'ont pas forcément accès, dont il faut peut-être parler. C'est un problème de plus, et mettre en place quelque chose qui permettra à l'hôpital de sortir de l'hôpital et aux médecins généralistes (MG) d'être en synergie et aux médecins spécialistes (MS) d'être ambulatoires, d'être en synergie avec ce qui se passe à l'hôpital.

Je suis bavard donc je m'arrête.

### MG 4

J'ai été Chef de Clinique à la faculté jusqu'à fin janvier.

Moi je ne suis pas installée depuis très longtemps donc je pense que dans la pratique, je n'ai jamais, pour l'instant, pris en charge une patiente avec une découverte de cancer du sein en tout cas pas dans le Cabinet où je suis actuellement.

Moi, je trouve que la problématique peut être à nous en tant que MG. Il y a un diagnostic de cancer, les gens rentrent dans un circuit hyper spécialisé à l'hôpital et que nous pour le coup, on sort complètement de ce circuit là et qu'on a du mal à avoir les informations ou alors on les a avec beaucoup de retard. Ce n'est pas nous qui initialisons les traitements et effectivement du coup, on connaît moins bien ces traitements et la prise en charge des complications de ces traitements va être plus compliquée pour nous.

### Rhumatologue hospitalière : Rh H

C'est vrai que la problématique que décrit par la rhumatologue libérale, c'est sûr que du coup, on les voit arriver peut-être parfois trop tard et notamment en hospitalisation. Moi, je les vois arriver au

stade fracturaire donc finalement trop tard. Il faudrait qu'ils arrivent avant pour le dépistage de l'ostéoporose et ce n'est pas forcément un problème spécifique aux patients sous anti aromatase.

C'est surtout un problème spécifique d'ostéoporose en général, c'est sûr que le dépistage serait sous optimal.

Pharmacienne : Ph

On m'a invité ce soir. J'ai fait 2 semaines de gériatrie avec EA donc on s'est occupé des personnes âgées et on a pu mettre en place des consultations oncogériatrie en ambulatoire. C'est vrai qu'on avait pas mal de patients qui étaient à ce stade.

G

Consultation pharmaceutique en plus de l'évaluation oncogériatrique.

Ph

Oui.

G

Que l'on a maintenant systématisé.

Ph

Le sujet, c'était de voir la prise en charge de l'éco morbidité associée au cancer. En ce moment, je travaille, en lien avec l'hôpital, également sur les bilans partagés de médication. Les pharmaciens d'officine qui en ont envie vont pouvoir voir leurs patients âgés et faire un bilan de leur traitement. Je viens d'en faire un aujourd'hui par exemple en lien avec les MG, c'est vraiment un sujet à la mode, un client depuis Maxence, c'est tout nouveau !

Donc là aussi, je pense que cela peut être un sujet intéressant de voir comment un MG et un médecin d'officine rentrent en contact et peuvent partager des informations. Donc on verra soit par informatique ou soit par autre chose et puis surtout avec l'hôpital puisque nous, on les voit rapidement à l'hôpital, c'est sûr. Je n'ai pas beaucoup d'étude sur le sujet pour le moment.

Laure, interne en médecine générale et réalisant la thèse : L

Je veux juste expliquer pourquoi on a stigmatisé chez les femmes en anti aromatase. Parce que cela prenait en compte la prise en charge à 100 % de remboursement de traitement qui était un autre mode de problème. Je pense que l'on ne pourra pas tout gérer là maintenant d'où l'intérêt de cibler le type de personnes qu'il faut refaire une autre thèse sur un sujet plus large.

G :

Ok, est-ce que quelqu'un veut prendre la parole en premier ? Est-ce que l'on recommence le tour de table ? Est-ce que cela vous ennuie de commencer ?

RaT :

En fait moi maintenant, c'est plutôt au radiothérapeute, c'est plutôt au radiothérapeute de fermeture. Fermeture de traitements locaux régionaux et les patientes stressent tout le temps quand elles ont entendu parler de l'anti-aromatase, c'est le mot méchant quoi. Donc on a besoin d'expliquer. Comme on les voit entre 5 et 6 semaines, on a le temps d'approcher et de banaliser. Donc elles n'attendent que ça, elles attendent la prescription de médicaments.

Donc je demande une ostéodensitométrie, cela fait partie du truc qu'on essaie dès qu'on les voit en consultation, on dit on fera un examen. Parfois elles mélangent ostéo et scinti osseux. Et ensuite moi je prescris l'ostéodensitométrie qui pour mémoire est adressée à la patiente et à celui qui la demande. Donc moi quand je vois qu'elle est mauvaise, je dis qu'il faut l'envoyer et la patiente, elle, organise ses trucs.

Pour ma part, j'essaie d'envoyer les examens réalisés à l'hôpital, dans la lettre de suivi de traitement. Parfois je mets vitamine D et la dose, donc je dis ce que je fais et j'assume parce que je fais un bilan exhaustif en oncothérapie avec cholestérol, triglycéride et tout ça à l'atterrissage suite à la radiothérapie.

Même quand je n'ai pas l'ostéo, je donne un complément d'ampoules surtout si c'est un cancer d'ovaire et après si je vois des chiffres qui ne sont pas bons, je mets « alerte rouge ».

Effectivement, ce n'est pas évident, même si je travaille avec des hospitaliers etc... et puis il y en a qui vont dire, il s'avère qu'il n'y a rien, c'est très flou. Moi je me dis ce n'est pas plus mal, je mets une ampoule de vitamine D 1 fois /mois pendant 3 mois et il y a bien quelqu'un qui va prendre le bébé car quand je vois Z-score à -3, -3,9, je n'ai pas la compétence et j'estime que ce n'est pas de ma compétence.

Après, nous, on essaie de clôturer en disant on va vous surveiller, je dis toujours tous les 6 mois, tous les 4 mois en fonction de la gravité. Je dis toujours vous avez le médecin traitant et puis au niveau local, on va faire à 2 ou 3 maintenant, ce n'est pas facile.

Effectivement, la sensibilité n'est pas identique partout. Et si la patiente n'a pas pris son dossier « à bras le corps », parfois elle ne le dit pas qu'elle a fait une ostéodensitométrie.

Et je me rends compte que les courriers même si on les fait, je pense, de plus en plus régulièrement, pratiquement à toutes les consultations, c'est énorme. Je pense que souvent ils ne sont pas lus. Donc, la communication pour nous, oui, elle passe par un courrier de fin de traitement qui est une obligation sur lequel on dit qu'on a demandé les examens, on les joint et on dit les traitements que l'on a mis.

En fait je lance le sujet mais je ne me considère pas capable de gérer la prise en charge ostéoporose, alors qu'on n'a vu la patiente depuis plus de 6 semaines pour peu que l'on a eu un peu d'empathie et qu'on fouille le dossier, parce que pour moi quand elle a fini les rayons, elle est cadrée.

Je n'ai pas dit qu'elle était cadrée médicalement mais elle est cadrée sur les trucs, pour dire voilà, on scanne s'il le faut. En fait, je n'en sais rien.

En fait, c'est vrai que cette enveloppe fermée, parfois elle la ferme aussi. Parce que moi souvent je dis : « votre médecin, vous l'avez vu ? ». Trente ans à Nîmes, nous connaissons les médecins, je sais quels sont les médecins qui vont rebondir sans me prévenir et je sais ceux qui...Voilà, c'est compliqué. C'est compliqué parce que j'estime que ce n'est pas de ma partie.

En plus si je la revoie un an après parce qu'elle a vu le chirurgien entre temps : « et... bien... non... mais j'ai dit... vous m'avez dit... à mais non je n'ai pas machin... ». C'est compliqué.

Et c'est là que vous vous trouvez avec 2 à 3 personnes où vous vous dites : cela fait 3 ans que je leur ai dit qu'il faut qu'elles aillent se faire traiter...Il y a quelques cas comme cela.

ET après j'estime que mes prescriptions elles sont... je ne me suis pas avancée beaucoup, je vous le dis carrément car j'estime que ce n'est pas mon métier ! Vu les chiffres, je me dis : il ne faut pas, mais sans plus !!!

MG 1

La question qu'il faut se poser c'est du coup, pour toutes les patientes qui vont être traitées par hormonothérapie, ostéodensitométrie mais problème de la prise en charge ? Parce que techniquement, elles n'entrent pas dans les critères de remboursement, dans les critères de prise en charge de l'ostéodensitométrie, il me semble.

G

Là, attend on parle des gens qui ont une radiothérapie puis derrière une hormonothérapie, c'est de cela qu'elle voulait parler.

MG 1

D'accord.

G :

Il ne s'agit pas uniquement de radiothérapie.

MG 1 :

Je parlais de l'hormonothérapie parce que je ne suis pas sûre. A priori, il faut 3 mois de traitement pour détecter une ostéoporose. Je ne suis pas sûre que si on fait une ostéodensitométrie dès le départ que ce soit pris en charge par la Sécurité Sociale (SS).

MG 4 :

Pour moi, ce n'est pas prise en charge par la SS.

L :

C'est pour faire un bilan initial, je pense.

MG 1 :

Oui mais pour moi, cela ne rentre pas dans les critères de prise en charge de la SS. Donc, cela je pense que c'est un obstacle.

Rh H :

Par rapport à la prescription 3 mois après ?

Rh L :

Non la prescription au début.



### MG 1

Si on prend la patiente, elle a un cancer du sein, dès le départ c'est très simple. Je vois par exemple : toutes les patientes que j'envoie chez Mme FERRER gynécologue, elle fait un truc super, elle prend un papier avec un plan de soin et dessus elle marque (c'est super bien fait et je pense que l'ostéodensitométrie il faudrait la rajouter dessus), donc un plan de soin avec la chirurgie, l'hormonothérapie, la radiothérapie etc.

Elle donne ce papier à la patiente et souvent je les revoie après avec le plan de soin, du coup on sait qu'elles vont être sous hormonothérapie. Néanmoins je ne suis pas sûre que si l'on prescrit l'ostéodensitométrie à ce moment-là soit dès le départ, que ce soit pris en charge par la SS.

En tout cas, à ce jour, il me semble que cela ne rentre pas dans les critères

### MG 4 :

Sûr que ce n'est pas dans les critères de remboursement de l'ostéodensitométrie.

### MG 1

Donc cela peut être un obstacle.

### RaT :

Pourquoi, lorsque je prescris en médecine nucléaire, ils me disent bien de bien le marquer ? J'explique que c'est un cancer du sein pour la prise en charge, ils me disent de bien le marquer.

### MG 3 :

Parce que tu es à l'hôpital, au CHU.

### MG 1 :

Pas en ville, moi je parle en ville.

### MG 4 :

En ville, le remboursement c'est pour :

- Ménopause précoce,
- Traitement corticothérapie au long cours ou traitement pourvoyeur osteoporose,
- Traitement pourvoyeur ostéoporose,
- Fracture.
- ATCD familiaux

### MG 1 :

C'est compliqué.

### RaT :

C'est pour cela que vous parliez de couverture ?

### MG 2 :

Je pense qu'à l'hôpital, ils ne cherchent pas trop, cela passe plus facilement. Il y a un possible contrôle de la SS mais je crois qu'ils sont plus susceptibles de se justifier qu'en ville.

RaT :

C'est fou parce qu'il y a des gens qui le font.

MG 1 :

Ils la paient et après ils se rendent compte qu'ils ne sont pas remboursés. Après ce n'est pas grave, c'est pour leur bien.

Rh H :

Mais il faut le faire dans les 3 mois ?

Rh L :

On n'est pas à 3 mois près. Mais il faut y penser. Néanmoins ce qui serait pas mal c'est de l'intégrer au Plan personnalisé de soin

RaT :

Nous on le met à la fin du carnet de rayons.

MG 1 :

Donc ce serait bien de l'intégrer.

MG 4 :

Et après dans les recommandations. Du coup, sur la prescription des traitements anti aromatasés (parce que moi je n'en prescris pas, ce n'est pas moi qui vais introduire le traitement), ce sont en général les oncologues qui vont introduire le traitement.

Donc, nous, souvent on est effectivement au courant avec les courriers, moi je les lis tous mais bien souvent on les attend pendant 3 mois. Souvent, je suis informée de ce qui se passe au travers de ce que les patientes sont capables de me raconter avant de savoir ce qui s'est passé ou ce qui ne s'est pas passé. Donc, c'est un premier obstacle effectivement. Donc une recherche des brides d'informations mais souvent il existe un décalage entre l'information médicale des confrères et puis les consultations où nous voyons les patientes avant d'avoir le compte-rendu du consultant.

Personnellement sachant que je n'introduis pas ces traitements, les recommandations sur les complications éventuelles, les complications potentielles, le suivi, je ne me sens pas compétente non plus et comme je suis en décalage, je pense qu'on passe à côté.

De plus, je ne connais pas les recommandations sur comment on prescrit ? Si l'ostéodensitométrie doit-être systématique et à quel moment ?

Rh L :

Ce sont les indications anti aromatasés ou de traitement anti ostéoporotique.

MG 4 :

Je ne prescris pas l'anti aromatasé mais comme ce n'est pas un traitement que j'introduis, je suis en difficulté pour faire le suivi ou la prise en charge des complications, en tous cas, les

recommandations de dépistage des complications... sachant que ce n'est pas moi qui l'introduis et en général on ne le prescrit pas, ce sont les spécialistes qui eux-mêmes le renouvellent.

Clairement, Je ne connais pas les recommandations, s'il faut prescrire une anti-ostéodensitométrie et quand sur une prescription anti-aromatase ?

Rh H :

Après c'est un traitement prolongé parce que les 3 mois c'est surtout la corticothérapie.

Rh L :

Par rapport à ce que vous disiez : le traitement du cancer du sein, la préoccupation ; on peut attendre la fin du traitement, ce n'est pas une urgence. Le problème c'est d'y penser ! On n'est pas à 6 mois ! Néanmoins, toutes les femmes ménopausées doivent avoir une ostéodensitométrie au moins une fois, je crois que c'est clair.

MG 3 :

Ce n'est pas une question de remboursement, c'est les recommandations qui ne sont pas claires.

Rh L :

Au moins, les questionner mais celles qui sont aussi sous aromatase, c'est systématique.

G :

Qu'est-ce qui coûte 40€ ?

Rh L :

C'est une ostéodensitométrie.

MG 3 :

On est dans une période où on nous incite à respecter les recommandations avec des délais même si on n'est pas d'accord sur les délais. Si on reste que sur ce qui est publié, ce qui est recommandé, Laure, toi qui as fait un peu de bibliographie sur le sujet : est-ce qu'il existe des recommandations qui sont claires ?

L :

Claires ? Mais il faut les connaître, on ne peut pas les retenir dans tous les cas !

MG 3 :

Est-ce qu'elles existent, est-ce qu'elles sont claires :

- Sur la prévention et le traitement de l'ostéoporose,
- Sur l'ostéoporose ?

L :

Sur l'hormonothérapie oui il y a une indication car c'est un facteur de risque, il y a une indication à faire.

MG 3 :

A faire quoi ?

L :

Une ostéodensitométrie.

MG 3 :

Et après ?

L :

Après, dans le suivi, il y a une nouvelle recommandation qui a été faite l'année dernière qui a un peu fusionné les 2 recommandations qui existaient auparavant pour la mise en place d'un traitement anti-aromatase. Elle est un peu plus claire cependant elle reste complexe à comprendre dans le sens où il y a des tableaux. Il faut connaître tous les facteurs de risque et les tableaux en fonction des résultats de l'ostéodensitométrie et les facteurs de risque.

Donc tout cela, c'est compliqué pour un MG qui doit gérer un peu tout.

G :

Cela évolue vite en fait parce qu'il y a des recommandations de 2016 de la Société d'oncogériatrie. L'année d'après, une « position paper », la Société Internationale d'oncogériatrie, de rhumatologie, de cancérologie, de gynécologie ont fait un truc commun en disant il faut faire mais il faut faire beaucoup plus tôt. C'est ce que vous disiez tout à l'heure.

En gros, ils ont fait :

- Si T-score < 2 => il faut traiter, ostéodensitométrie à tout le monde,
- Si T-score < 1,5 + 2 facteurs de risque => à traiter.

Il s'agit d'un arbre de diagnostic qu'il faut maîtriser mais qui n'est pas diffusé.

MG 3 :

Mais nous sommes sur une recommandation qui est faite par qui et qui a quel grade ?

G :

C'est une Société Internationale qui a le grade A mais il n'existe pas d'écrit en Français.

MG 3 :

Cela on s'en moque mais c'est un grade A, après il faut qu'on le connaisse.

RaT :

Oui ce n'est pas diffusé. L'augmentation durée des hormonothérapies par anti-aromatases pour les statuts N+ fait que l'on fait toujours une ostéodensitométrie avant de renouveler parce que s'il existe un truc qui s'est aggravé on dit que peut-être que cela ne vaut pas le coup de mettre deux ans de plus en anti-aromatase.

MG 4 :

Ce sont des recommandations pour renouveler le traitement ?

RaT :

Et bien oui car à 5 ans, on se pose la question, où est le bénéfice par rapport aux comorbidités (fracture tassement,..) et donc la question de 2 à 5 ans de plus.

MG 3 :

Cela nous indique qu'un des obstacles c'est déjà la diffusion de ce qui est publié. Cela peut faciliter la compréhension de ce qui est noté dans les lettres. Mais je crois que les lettres sont lues par la plupart des généralistes.

RaT :

Ce sont les patientes qui nous le disent. Ce que je veux dire c'est que ce n'est pas facile et il est vrai que pour moi ce n'est pas une priorité ! Dans la réalité, je suis considérée comme radiothérapeute, ce n'est pas forcément mon vœu, mais c'est comme ça. En fait, je ne vois plus de laboratoire ou autre et moi je ne suis pas là pour dire ce que doit faire le MG. Je ne m'estime pas compétente pour adapter.

Je me suis dit que j'allais apprendre de nombreuses choses aujourd'hui. Je vous le dis sérieusement.

MG 3 :

On en est tous là !

RaT :

On est figé. La chimio c'est compliqué, il y a de nombreuses personnes. Parfois, je me dis je n'aurai pas dû regarder, je ne vais pas changer ! Après, si avec tout ce travail, on travaille mieux, on retiendra. C'est une démarche tout à fait louable parce que je ne suis pas la seule dans ce cas.

**Tous**

Nous sommes tous dans ce cas.

RaT :

Il y a plein de trucs comme supplémentation vitamino calcique pour lesquels je n'ai pas le temps et les patientes ne sont pas éduquées sur ce sujet. Donc elles me posent des questions et elles me regardent avec des yeux ronds.

« Mais en fait vous verrez avec Monsieur....., il va vous faire l'enquête... »

Je suis peut-être gonflée d'agir comme cela mais c'est comme cela que je le pense et je tilte quand c'est vraiment mauvais, là je fais envoyer un petit mot au MG, c'est le principe de base mais c'est compliqué.

C'est vrai qu'il n'y a pas de priorité pour la patiente sur l'ostéoporose au départ à moins qu'elle ait eu sa mère ou quelqu'un d'autre touché.

Rh L :

Et bien nous on est là pour cela ! Pour le coup on fait un bilan, on ne demande que cela.

MG 3 :

Dans le parcours cela devrait être inscrit, c'est cela le message ?

Rh L :

Ah oui !

MG 1 :

Dans les recommandations, il faut faire une ostéodensitométrie, on est d'accord ? Si j'ai bien compris : traitement anti aromatase => ostéodensitométrie au départ.

Disent-ils à quel moment ?

G :

Ils disent qu'il y a une perte osseuse rapide. Est-ce qu'il ne faudrait pas en faire une avant la mise sous hormonothérapie pour avoir un truc de base parce qu'après, sous traitement, comment pouvons-nous évaluer ?

Rh L :

Ce n'est pas avec l'ostéodensitométrie que tu pourras évaluer de toute façon.

RaT :

Tout dépend de l'âge de la patiente. Est-ce que l'on va mettre la même chose avec des personnes qui ont 75 ans, d'autres qui ont 81 ans, d'autres qui ont 55 ans et qui sont ménopausées depuis x années ? Moi je ne sais pas. Tout ce que vous direz pourra nous aiguiller et puis on peut créer une fiche A4 et décider de ce que l'on fait.

Je pense que même Catherine FERRER dans son PPS...il faut juste ne pas oublier qu'il n'y a pas que la chirurgie... mais ce n'est pas un PPS documenté. C'est pourquoi moi j'en établis un sur la radiothérapie parce que ce n'est pas l'infirmière, après l'intervention qui explique l'histoire du PPS.

Le PPS, c'est la gestion médicale de l'oncologie. Même les oncologues médicaux ne sont pas bons sur ce sujet. Ce n'est pas méchant ce que je dis, ne le prenez pas mal.

MG 3 :

Mais c'est la réalité des faits. Peut-être faut-il faire un PPS global ?

RaT :

Savoir que la maman a une ostéoporose ? Dans la famille personne ne le sait. C'est compliqué.

Rh L :

Une fois de plus, chacun son métier, c'est le nôtre (nous rhumatologue).

Rh H :

En effet l'enquête vitamino-calcique c'est nous les rhumatologues qui le faisons, ainsi que le bilan biologique.

RaT :

Très bien mais qui peut recevoir vite les patientes car pour ce qui concerne l'accès aux consultations rhumatologiques, on sent que ce n'est pas possible à l'hôpital et c'est renvoyé en ville.

Rh L :

Rhumatologue libéraux c'est 2 mois de délai, il n'y a pas d'urgence aux rdv pour ostéoporose.

Rh H :

Oui il est vrai qu'à l'hôpital on ne peut pas recevoir les patientes, pas avant délai de 6 mois, c'est compliqué, ceci dit on n'est pas à 6 mois prêt dans l'ostéoporose.

RaT :

Intérêt du service hospitalier de rhumatologie dans ces pathologies-là, je ne l'ai pas vu.

Rh H :

Il y a un staff ostéoporose qui se tient tous les mois, avec les rhumato et endocrino, mais le problème est qu'on est en sous-effectif et qu'on ne peut pas tout gérer.

Rh L :

Pas besoin de les staffer ces patientes, pathologies très particulières au Staff ostéoporose, plus d'intérêt à adresser patiente en libéral pour les cas simples.

MG 3 :

Je pense qu'il faut qu'on intègre tout le monde dans le parcours, qu'il serve de représentation et que chacun d'entre nous, toutes spécialités confondues, puisse regarder à quel stade nous sommes du parcours et intervenir si les choses ne sont pas faites. Aves des Délais de rdv variables.

RaT :

Moi j'aime bien que le médecin traitant se positionne, et quand je vois ça je me dis ce n'est pas mon boulot et je ne veux pas vexer le médecin qui s'en occupe. Il y en a qui disent... je n'en ai rien à faire.

Rh L :

La difficulté c'est d'y penser, car en effet il y a plein d'autres choses à penser, et que les patientes adhèrent à cela, car souvent les patientes ce n'est pas leur priorité et se disent de l'ostéoporose, on verra plus tard.

MG 4 :

Je pense qu'en effet c'est notre rôle de médecin généraliste d'intervenir pour relancer le sujet et réexpliquer l'importance de prendre en charge la pathologie. En effet il n'y a pas d'urgence à prendre en charge l'ostéoporose et donc c'est à nous de proposer au moment où elles ont un peu moins la tête dans le guidon et où ça va mieux. Si c'est clair dans notre tête le parcours qu'il faut avoir, quand est-ce que nous devons faire l'ostéodensitométrie et quelle est la prise en charge ? Là on a toute notre place. Gérer le TTT par AA je ne me sens pas compétente pour le faire par contre si le parcours de soin est clair et si je sais quand est ce qu'il faut faire tel ou tel examen, et la recherche des complications, la réadresser aux rhumatologues.

RaT :

Il y a des reconductions d'ordonnance, les patientes sont dépendantes de nous pour la prescription des AA, les patientes me disent, ce traitement c'est vous qui le prescrivez, donc souvent les ordonnances ne sont pas montrées aux médecins généralistes. C'est ça le problème.

MG 4 :

Ce n'est pas notre domaine, car ce ne sont pas nous qui posons l'indication du TTT par AA, ni de la durée. Les MG sont « hors-jeu » dans l'introduction et le renouvellement du TTT. Donc du coup la gestion des complications du TTT, on ne sait pas si c'est reconduit, on est en dehors des infos, donc on est moins alerte sur la gestion des complications du TTT.

#### RaT :

Les prescriptions sont très différentes, je conçois.

#### MG 1 :

Moi je renouvelle tout ce qui est prescrit, mais je sais que je ne fais probablement pas comme tout le monde, mais j'ai besoin d'avoir le contrôle sur tout ce qui se passe chez mes patientes. Mes patientes ont leur consultation chez l'oncologue, le gynécologue... je leur demande si elles y sont allées, si elles ont eu des TTT, je veux voir toutes les ordonnances. Après ça, il arrive que les patientes n'aient pas leur ordonnance et c'est la galère. On perd énormément d'infos mais souvent elles ont leur ordonnance. Savoir quand prescrire l'ostéodensitométrie ? Est-ce que ça n'a pas été fait ? Car On se bat pour avoir l'information des comptes rendu d'examen quand le MG n'est pas le prescripteur car ils ne nous sont pas adressés. On se bat pour entre tout le temps destinataire même si nous ne l'avons pas prescrit. Mais ça ils ne veulent toujours pas le faire, les radiologues ne veulent pas, je n'ai pas arrêté de les appeler pour leur dire que c'était important qu'on soit au courant ils ne veulent toujours pas. Donc les examens sont faits mais on n'a pas l'information, c'est perdu.

Savoir quand on les prescrit, si c'est à nous de les prescrire ou si on les envoie directement au rhumatologue ? En effet il faut améliorer le rôle de chacun lors du parcours de soin patient.

#### MG 4 :

Moi je vais même rebondir sur le Compte rendu d'examen radio. Moi j'ai déjà demandé à obtenir les résultats d'IRM au radiologue pour une de mes patientes (en dehors du cadre cancer du sein) on me répond que la patiente n'a qu'à demander son dossier médical, donc il faut faire une demande administrative.

#### MG 3 :

Ce fonctionnement est difficile, c'est pour cela qu'il faut peut-être agir sur ce problème. Un des obstacles et la difficulté de communication entre les différents protagonistes de la prise en charge et la lourdeur administrative pour savoir, même pas pour prendre une décision, c'est pour avoir une information. Vous (les hospitaliers) vous avez le sentiment que vous donnez l'information et qu'elle n'est pas reçue, c'est ce que vous avez dit au début, et c'est ce qui est une réalité car c'est ce que vous ressentez donc ça correspond à votre réalité. Et nous (MG) on a le sentiment qu'on n'a pas les infos même quand on les demande. Donc cela veut dire qu'il y a un problème entre les deux. C'est à dire que nous et vous sommes de bonne foi, donc il y a un prob, c'est là-dessus qu'il faut agir pour construire quelque chose qui rende service au patient. La différence majeure c'est qu'Antoine et moi on est plus âgé en terme de médecin généraliste, il y a une attitude, on est à un moment de transition dans la manière de travailler d'un médecin généraliste. L'ancienne génération, on a pris des habitudes qui ne sont pas forcément bonnes, qui étaient bonnes il y a 30 ans. Et ce changement avec le fait de respecter des recommandations, le fait d'avoir des scores pour beaucoup de chose, le fait d'avoir des plans de prise en charge patient, Il y a quelque chose à faire pour que les anciens médecins se sentent concernés. Il y a un écart dans la prise en charge, les plus jeunes redémarrent sur une prise en charge de qualité, sur une vraie réflexion. Comment développer un outil et pour



qui ? Bien sûr c'est pour les patientes mais vis-à-vis de quel médecin ? Ce ne sera pas la même façon de faire.

Ph :

Il y a le Dossier communiquant de cancérologie qui devrait bientôt permettre de répondre aux problèmes de communication, ainsi que le DMP (dossier médical partagé). L'Outil informatique permettrait un partage de données.

RaT :

Tout le monde en rêve depuis longtemps.

MG 3 :

Pour le DMP il y a des milliards à dépenser et il n'y a rien pour le moment.

RaT :

C'est compliqué. Je ne suis pas envieuse de l'informatique.

MG 2 :

Redéfinition des rôles dans le cadre du cancer notamment du cancer du sein, un fois que le diagnostic est fait, après le patient on le perd, on ne le voit plus sauf quand ça ne va pas (effets secondaires, médicaments, douleurs, constipation, ...), et quand ça va bien, on ne le voit pas, et après moi je ne sais plus si je vais être le pompier qui va vite éteindre le feu, traiter la constipation, gérer les problèmes sociaux,... et de nouveau quand ça va mieux il disparaît et donc pour mettre en place des soins ou un suivi plus organisé telle prescription d'ostéodensitométrie, et bien moi je ne sais pas si c'est mon rôle. Et quand c'est le feu, je n'y pense pas, quand c'est passé j'arrive à y penser. Pour nous c'est un peu bizarre, d'où l'internet de mieux redéfinir les rôles. Car si c'est notre responsabilité, on le fait, prendre des rdv, appeler à droite et à gauche on sait faire. Si c'est notre nouveau métier, autant qu'on me le dise !

Ph :

Dans le Plan Personnalisé de soin, ceci n'est pas défini ?

MG 3 :

Non c'est pour cela qu'on est ici.

RaT :

Le rôle du Médecin traitant. Je pense que le patient ne le connaît pas. J'ai toujours été en demande du rôle du médecin généraliste. Réexpliquer le rôle du médecin traitant, mauvaise compréhension de la population du rôle d'un médecin traitant,... On a zappé des trucs dans la société. Nous (oncologue) quand on leur dit qu'on se voit tous les 6 mois car suivi obligatoire, le reste du temps tout le monde a sa place, la place est libre. Après je crois qu'il y a une difficulté, beaucoup de médecins sont débordés, on le voit et on le sait.

MG 3 :

L'histoire du temps, c'est la façon dont on construit ses priorités, les MG travaillent beaucoup, tout le monde travaille beaucoup. Evolution et façon de penser, on a construit un système de santé en France sur une hyperspécialisation et aujourd'hui on se rend compte que ce n'est pas suffisant et

qu'il faut qu'il y ait les deux. Il faut un rapport aux gens, qu'ils soient traités comme une personne dans sa généralité, ça c'est notre boulot de prendre la personne dans sa généralité sauf que pour faire notre travail, il nous faut définir un rôle qui n'a jamais été défini sauf avec depuis peu la loi HPST qui commence à donner quelques trucs. Et aujourd'hui on parle de virage ambulatoire de parcours de soin et de territoire. Et en même temps on a une démographie médicale qui fait que l'on est dans la merde et qui fait que le patient n'arrive pas à trouver le bon médecin au bon moment et les délais de rdv, on passe des heures à chercher des rdv et des fois sur certaines spécialisations notamment en pédiatrie on peut mettre 2 ans pour avoir des rdv pour des domaines autres que le cancer. Le sujet consistait à vouloir essayer de mettre en place quelque chose pilote avec l'oncogériatrie de l'hôpital et avec la ville pour construire quelque chose qui soit pilote. Et là sur ce pilote, vous (rhumatologue) nous avez dit c'est notre boulot. C'est clair.

Rh L :

Oui en effet, c'est notre rôle

MG 3 :

Ce que vous avez dit également c'est que les patients n'arrivent pas jusqu'à vous (rhumatologue) mais qu'une fois qu'ils sont pris en charge par vous, pas de problème. Vous définissez votre rôle. Et donc comment fait-on pour que les patients qui soient vu par Oncologue/ Radiothérapeutes, qu'on a nous (médecin généraliste) de façon épisodique lors de cette période-là.

Dans ce cycle ou en général, nous médecins généralistes, faisons le diagnostic, après on passe la main et une fois que l'on passe la main, une histoire de coup par coup et de pompier. Si à ce moment-là on établit un parcours pilote, qui fait que vous seriez dans cette filière-là, et vous accepteriez vous (rhumatologue) de les prendre en charge ? Etablir un projet de soin, dans ce cas un projet de soin on est capable de le lire et de le suivre.

MG 4 :

Dans ce cas, il y a 2 cas, un cancer avec un suivi et plan de soin, et nous médecin généraliste on intervient juste quand il y a eu pépin (problème aigu), on n'est pas au courant de ce qui s'est passé dans le suivi. Moi la plupart du temps je demande ce qui s'est passé, je demande les ordonnances, je demande les courriers aux patientes, j'appelle. Or quand ils sont sous chimio et qu'il y a un problème on leur dit de voir avec le médecin traitant mais on ne sait pas ce qu'ils ont comme chimio, on leur donne un numéro pour joindre une infirmière si il y a un problème et on leur dit de demander au médecin généraliste. On n'a pas de place dans la mise en place de la prise en charge du cancer quand il n'y a pas de problème aigu. On n'est pas présent dans la décision du plan de soin cancer et dans les décisions prises du suivi et la prise en charge. On a des comptes rendus de RCP (réunion de concertations pluri professionnelles) incompréhensibles avec uniquement des abréviations. On a l'information avec retard et souvent on ne la comprend pas.

MG 3 :

C'est pour cela que dans le PPS (plan personnalisé de soin) on intègre une consultation du médecin généraliste. Ce serait la logique.

RaT :

Intégrer la consultation du médecin généraliste dans les 15 jours après toute décision du spécialiste ou après toute consultation chez le spécialiste hospitalier pour refaire le point. Moi cela me paraît

une évidence mais il y a toujours une organisation temporelle. Parfois il faut insister pour qu'ils aillent consulter leur médecin traitant.

MG 4 :

On est face à des patients qui sont suivis dans le cadre d'un cancer par des chirurgiens, oncologues, radiothérapeutes, ils sont saturés. En plus ils estiment que quelque part nous ne sommes pas compétents vu qu'ils sont suivis par les grands spécialistes de la maladie, et ce qui les intéresse c'est l'avis du spécialiste. Donc l'intérêt ce serait de donner un intérêt précis d'aller consulter son médecin généraliste. Pas juste nous voir pour nous faire plaisir. Mais encore faut-il que l'on ait les infos.

MG 1 :

Il faudrait qu'après la première décision de prise en charge cancer le patient parte avec le courrier lui-même afin que les médecins généralistes aient l'info rapidement, et que les patients aillent voir le médecin généraliste avec le courrier pour refaire le point avec le patient.

Ph :

Concernant la prise en charge global, il y a toujours les consultations d'oncogériatrie, courrier fait par les gériatres avec les comorbidités et justement recommandation sur les risques et le suivi des traitements précisés dans le courrier.

MG 3 :

Ce que je vois c'est qu'on est à peu près d'accord, et on est en train de se dire, qu'il y a qq chose par rapport au patient à instituer, en terme d'autorité, car la consultation du médecin généraliste dans les moments de prise en charge par les spécialistes est vide de sens sauf quand ils pensent ne pas avoir compris, on est des traducteurs de ce qu'ils n'ont pas entendu quand on a une relation construite avec le patient. Mais on n'est pas dans cette situation avec tout le monde. D'où la nécessité d'avoir une place acceptée et définie en donnant du sens, de la légitimité qui peut redonner du sens et une clarté pour les patients dans ce parcours. Les patients ont l'impression que le cancer est une parenthèse dans leur vie, nous en tant que médecin généraliste, on est en proximité, cette proximité, à l'hôpital ils ne l'ont pas. Les patients sont perdus à l'hôpital. Chez nous en libéral on est dans une proximité qui leur fait moins peur. Ils ont choisi leur médecin, environnement plus calme. La légitimité ne peut pas venir de nous.

MG 2 :

Redéfinir les choses après la phase initiale d'un cancer où c'est technique, lourd, compliqué, et puis après cette phase-là, redéfinir le terme de cancer comme maladie chronique et à ce moment là c'est à nous médecin généraliste d'intervenir. Prise en charge de maladie chronique avec protocole, qu'on utilise comme garde-fou.

Rh L :

A ce moment-là il y a plus d'intérêt de réaliser l'examen ostéodensitométrie en libéral.

RaT :

Il n'y a pas de service rendu pas l'ostéodensitométrie à l'hôpital.

MG 1 :

De plus le fait de ne pas le faire à l'hôpital, cela vous décharge aussi. Vous ne serez pas la seule détentrice de cet examen-là vous les oncologues. Je pense que c'est au médecin généraliste de la prescrire.

Rh L :

Oui que les patients viennent chez le rhumatologue avec l'ostéodensitométrie et les résultats de la biologie.

MG 2 :

Après est-ce qu'il faut protocoliser ?

RaT :

Nous radiothérapeute on nous demande de faire la consultation de fin de TTT, c'est-à-dire, qu'après les rayons, on doit expliquer la surveillance. Ils partent avec une valise. Mais on est d'accord qu'ils ne retiennent pas tout. Je vais mettre dans le suivi consultation du médecin généraliste pour rendre consultation légitime.

MG 2 :

Je pense que les patients qui viennent à cette consultation de fin de TTT sont dans une optique de fin, c'est fini et donc vous leur dites on fait ça et autre alors qu'eux espèrent que ce soit fini. C'est peut-être à nous médecin généraliste de leur dire il faut encore faire ça et ça. C'est une maladie chronique, il n'y a pas d'urgence, c'est pour le confort de plus tard. Donc c'est dans nos responsabilités à nous MG, à condition qu'on le définisse à quel moment on le fait et comment.

G :

Avant qu'on passe à l'étape trouver des solutions, j'aimerais qu'on discute d'un point parmi les obstacles, l'âge du patient. Le patient qui est en sous traitement à l'âge de 70 ans ou celui 90 ans, est-ce que pour vous, vous dites ce n'est pas la priorité ? On va faire un tour de table.

Rh H :

Moi j'ai tendance à les traiter sur l'aspect physiologique, mais surtout les traiter quel que soit l'âge, donc pour moi l'âge n'est pas un obstacle. Après, tout dépend des comorbidités actuelles.

Rh L :

Pas de limite. Après en ce qui concerne l'ostéodensitométrie, j'ai des patients de plus de 80 ans qui ont été refusés par les radiologues pour réaliser l'ostéodensitométrie.

MG 3 :

Nous ça dépend de l'état de santé du patient, en fonction du patient et de son état. Globalement en médecine générale on n'a pas de vision de la personne âgée, car l'âge recule. Les personnes âgées qui sont bien, on ne va pas les lâcher. Par contre celles qui ne sont pas bien, on va avoir tendance à être moins systématique, surtout les personnes polymédicamentées.

MG 4 :

C'est une évidence, encore une fois l'ostéoporose ça n'est pas une maladie qui va poser problème dans les 6 mois. On ne va pas faire de la prévention de l'ostéoporose chez des patientes qui ont une espérance de vie catastrophique. On est sur la prévention de complication d'un traitement, et donc

c'est pareil pour les suivis pas frottis cervico utérin ou normalement c'est de tel âge à tel. Mais si la personne est en pleine forme à 78 ans, on va continuer à faire des frottis. On n'a pas d'âge limite.

Rh L :

Si la personne a 5 ans d'espérance de vie, il y a intérêt à mettre en place un TTT anti ostéoporotique. Pas de limite par rapport à l'âge. La seule limite ce sont les patients qui risquent de se faire refouler.

G :

Autre point, est-ce que les effets secondaires des TTT anti-ostéoporotique pour vous sont un obstacle ? Est-ce que vos patients craignent les effets secondaires ?

MG 1 :

Cela retarde en effet, notamment le problème d'ostéonécrose de la mâchoire.

Rh L :

Les fausses croyances sont un vrai problème, notamment les reportages. Il y a un documentaire qui est passé il y a 1 ou 2 mois, documentaire sur une patiente qui a eu une ostéonécrose de la mâchoire, et donc des patients à peu près un sur deux refusent le traitement anti-ostéoporotique. C'est ce qui arrive chez nous : 1 sur 3 refusent. C'est un des obstacles des rhumatologues et des médecins généralistes. Mais après « c'est plus notre problème », car nous on a informé le patient, on lui a dit la gestion bénéfice/risque, mais leurs idées peuvent être parfois tellement ancrées et irrationnelles que je leur dis vous décidez. Sachant que la fracture du col du fémur peut être mortelle, ne vous trompez pas. De peur, on fait ce qu'on a à faire en termes d'explication et d'information bénéfices/risques et après c'est eux les maîtres de leur santé.

Ph :

Sur le plan des médicaments, donc il y a le problème d'effets secondaires mais aussi du choix du médicament et de l'observance de celui-ci. La prise une fois par semaine, une fois par jour, ce qui peut être compliqué chez la personne âgée. Et le mode de prise où il faut rester à jeun 3 min après, ne pas s'allonger...

Rh L :

Je ne sais pas si vous le pratiquer mais pour moi la perfusion une fois par an est une des solutions. Aclasta c'est le plus simple.

MG 1 :

En effet mais il ne faut pas oublier de la faire chaque année.

G :

Où faites-vous les perfusions ?

Rh L :

A domicile, 15 min, avec une infirmière au domicile.

G :

Donc pour vous ce n'est pas un problème ?

Rh H :

Non du tout, en effet le problème est de penser à le prescrire.

Rh L :

Moi le problème c'est surtout l'acceptation car celles qui l'ont acceptée, elles reviennent chaque année en consultation afin de la refaire. Elles y pensent.

Il y a aussi des fausses croyances, les comprimées c'est plus doux, c'est mieux. J'ai parfois des patientes qui reviennent me voir car leur médecin généraliste leur a dit que les perfusions sont risquées. Il y a des problèmes de formation. Si on pouvait faire passer la forme IV de façon beaucoup plus fréquente pour tous.

G :

Est-ce que les patients vous questionnent sur le prix des TTT ?

Rh L :

Non pas du tout, ou alors ils nous demandent si c'est remboursé.

Rh H :

Il n'y a pas de grande différence de prix entre Bisphosphates Per os et IV au final.

MG 3 :

Quelles sont les recommandations sur la question des TTT anti ostéoporotique ? Recommandations qui changent beaucoup ? La dernière est-elle claire ? En pratique quotidienne, supposant que je n'ai pas eu la recommandation, ou vais-je chercher les dernières recommandations.

Rh L :

Celles du GRIO

G :

Et utilisez-vous le Denosumab ?

Rh L et Rh H :

Oui en deuxième intention avec les Bisphosphates.

MG 3 :

Donc ce qui veut dire que si on veut enlever des obstacles, faire un rappel de la prise en charge et le rhumatologue a le rôle dans l'initiation du TTT anti ostéoporotique. Délai rhumatologue 2 mois en ville et 6 mois à l'hôpital n'est-ce pas ?

Rh H :

Oui c'est à peu près cela.

Rh L :

Encore une fois je ne pense pas que ce soit le rôle de l'hôpital de voir ces patientes-là.

L :

L'accès aux examens complémentaires tel que l'Ostéodensitométrie sont-ils des freins à la prise en charge ?

MG 1 :

Non

RaT :

Le chef de l'imagerie de l'hôpital va être fou si je ne lui envoie plus les patientes.

MG 3 :

Dans la mesure où la prise en charge derrière ce n'est pas l'hôpital qui s'en occupe, à quoi sert l'examen ? A quoi sert le compte rendu de l'examen ?

L :

Ou bien se mettre d'accord avec les radiologues pour qu'ils adressent les résultats aux médecins généralistes.

MG 2 :

Ils ne le feront pas.

MG 1 et 4 :

Je pense que c'est un examen à demander par le médecin généraliste, c'est le garde-fou.

MG 3 :

Par rapport à l'oncogériatrie ou est ce qu'on se situe ?

G :

On est un peu dans le cœur, femmes âgées ménopausée, après nous à Nîmes on prend les patients qu'à partir de 75 ans car on ne peut pas voir tout le monde. En moyenne on voit 400 patients par an et la moyenne d'âge 86 ans donc largement au-dessus de 75 ans. Je vois exceptionnellement des gens de moins de 82 ans et donc je me demande par qui sont-ils suivis ? On voit les plus âgés. En tout cas on est dans la cible.

MG 3 :

Et si on veut situer les oncogéiatres dans le parcours ?

G :

J'ai les problématiques, on en a marre de circuler à droite à gauche (imagerie, spécialiste,...) et en général c'est jamais les rdv aux mêmes dates, donc c'est difficile pour les personnes âgées de 85 ans de suivre le programme.

MG 3 :

Ne serait-il pas possible d'établir des rdv synchronisés le même jour à l'hôpital pour les patients ?

G :

On peut le faire en HDJ (hôpital de jour)

2ème chose qu'on entend beaucoup, en plus de laisser un peu de répit, ou non effet secondaire TTT, c'est je préfère avoir l'avis de mon médecin traitant.

Puis quand il m'arrive de prescrire la densitométrie, c'est savoir qui fait quoi ?

Et le volet recommandation calcium vit D et le fameux exercice physique contre résistance. Qui est (à mon avis) est hyper important au-delà de l'ostéoporose. Axe de la prise en charge compliqué à organiser. Comment essayer de mettre en place ce volet-là d'activité physique adapté, on ne peut pas prescrire de la kiné à tout le monde.

Rh H :

En pratique vous voyez tous les patients de plus de 75ans ? Qui vous les adresse ?

G :

Les oncologues de tout l'hôpital qui nous les adressent. Au niveau national nous avons un outil de screening qui s'appelle oncodage ou outil G8 questionnaire sur la nutrition, risque de dépression, tb cognitif, la polymédication et en fonction de cela.

MG 3 :

En soit si c'est les spécialistes du cancer qui vous les envoie. Cela ne fait pas beaucoup 400 personnes sur l'année !

RaT :

On fait une sélection, je les sélectionne lors de la RCP.

MG 3 :

De mon point de vu 400 patients sur l'année ce n'est pas beaucoup. Pourquoi vous les sélectionnez ?

RaT :

Car ils ont peu de disponibilité.

G :

Après on a un numéro d'appel, on n'est pas assez pour prendre plus de personne. De plus vu qu'on en voit de plus en plus pour une première fois, on ne peut pas faire de suivi. On fait du suivi pour un patient sur 50. Le plus souvent on les revoit post fracture. Question qui fait quoi c'est très important ?

MG 4 :

Voyez-vous des patients qui sont adressés par la ville ?

G :

Parfois oui, de plus en plus par la ville. Souvent des très très vieux avant de l'adresser dans un circuit cancer est ce que ça vaut le coup vu son état global de santé, de le faire voir pour une prise en charge oncologique ? Souvent patients très vieux ou très fragiles.

Rh L :

Il faut penser aux femmes de 50 à 70 ans, Il faut y penser.



RaT :

Il y a des gynécologues médicaux qui s'en occupent mais elles n'ont pas toutes des gynécologues médicales. Il y a des soucis sur la filière gynécologique.

MG 3 :

Faire des protocoles en fonction des âges des patients.

G :

Il y a aussi des soucis pour nous portant sur les problèmes cognitifs, moyenne d'âge 86 ans et la prévalence de la maladie d'Alzheimer chez les patients de 85 ans est quasiment de 50%. Donc plus 1 patient sur deux est dément. Du coup faire rentrer en filière de soin un patient dément c'est compliqué, cela signifie faire rentrer un aidant qui va être le décideur, donc problématique de la disponibilité de l'aidant également. Sans oublier les problèmes de compliance au TTT chez les personnes démentes.

Rh L :

L'intérêt serait de faire de l'Aclasta, mais il est vrai que plus ils sont vieux plus on est devant une insuffisance rénale entraînant une contre-indication au TTT.

G :

Prévalence de l'Insuffisance rénale, plus 1/3 clairance inférieure à 30. Donc ce n'est pas facile

RaT :

Des fois je vois des situations non cadrées, et on n'a pas de courrier des médecins généraliste pour connaître un peu plus le patient, ça nous rend les consultations bien plus compliquées, surtout que le plus souvent on ne connaît pas les TTT qu'ils ont ni les autres comorbidités ... Cette rencontre est intéressante.

MG 3 :

Les obstacles, ce n'est pas coordonné avec les infirmières, sur les informations, les traitements.

Ainsi que les informations données par les pharmaciens.

Ph :

Oui rôle des pharmaciens, si on voit ATCD ostéoporose et qu'on ne voit pas de TTT en rapport on fait un rappel au médecin et au patient. D'où le bilan de médication, le pharmacien hospitalier va prévenir le pharmacien d'officine du changement de TTT et le pharmacien demande avec le médecin de bilan de médication, mais cela commence tout juste. Le pharmacien d'officine envoie un courrier au médecin généraliste pour avoir l'accord.

MG 4 :

La différence entre ce qui se passe entre les pharmaciens et les médecins c'est que là il y a quelqu'un qui est payé uniquement pour aller chercher les infos et faire la synthèse et les transmettre. Ce qu'on est nous incapable de faire car personne n'est payé en France pour faire la coordination. Donc on est chacun dans notre coin, tous débordés.

MG 3 :

Dans l'articulation qu'on a, le problème qu'on a est la faisabilité aussi, maintenant la pharmacienne, elle voit un patient ça lui prend 1h. Il y a un manque de disponibilité du pharmacien. Nous on a aucun moyen pour le moment d'évaluer l'impact car on ne sait pas ce qui en est fait après de ce qu'on dit.

L:

Avez-vous des idées sur d'autres obstacles ?

Les participants :

Non

L:

Si d'autres obstacles vous reviennent à l'esprit, n'hésitez pas à me les transmettre par mail.

Merci à tous.

## **ANNEXES 7 : Retranscription de la seconde Réunion Mai 2018**

MN : médecin nucléaire, responsable ostéodensitométrie au CHU Nîmes

Gé : oncogériatre

MG 1 : médecin généraliste

MG 2 : médecin généraliste

Gy : Gynécologue obstétricien

Rh H : rhumatologue hospitalier

MG 3 : médecin généraliste

Ph : pharmacienne

L : Laure, interne en médecines générale réalisant la thèse

L : Présentation des recommandations schéma Tscore < -2 ostéodensitométrie, indication mise sous Bisphosphonate

Tscore < -1,5 et deux facteurs de risques => Bisphosphonate

Gé :

Questions suite à la réunion de la dernière fois, qui fait quoi ? A quelle étape ?

Peut-on définir le rôle de chacun à chaque moment de la prise en charge : prescription AA, de l'ODM, du TTT anti ostéoporotique... ?

Gy (gynécologue obstétricienne) :

En pratique c'est nous radiothérapeute ou oncologue qui prescrivons l'ostéodensitométrie lorsque que l'on met la patiente sous AA. Faussé quand les gens sont métastatiques, on prescrit AA sans ostéodensitométrie. Le problème c'est qu'on ne réceptionne pas forcément les résultats, du coup les résultats sont perdus, sauf si le MG voit la patiente et intercepte le compte rendu.

C'est l'oncologue prescripteur de l'AA qui est souvent le radiothérapeute qui prescrit l'ODM.

Gé :

Ensuite l'ODM est faite en ville ou à l'hôpital ?

Est-ce qu'il y a des disponibilités importantes à l'hôpital ?

MN :

Pas de délai, le patient est libre de choisir.

Gé :

Qui fait l'ODM ?

MN :

Il y a des rhumatologues et des radiologues qui réalisent l'ODM en ville.

Ce qui est important c'est le suivi, c'est de faire l'ODM toujours au même endroit pour que ce soit réalisé sur la même machine pour comparer.

Gé :

Délais de réalisation de l'ODM après mise sous AA ?

Dans les 3 mois ?

Gy :

Dans les 6 mois car le but est d'évaluer d'où on part.

Gé :

Car apparemment il y a une perte assez rapide après mise sous AA ?

Rh H (rhumatologue hospitalière) :

Les Bisphosphonates, mettent longtemps à agir donc on peut dire dans les 3 à 6 mois la réalisation de l'ODM après mise sous AA.

L :

Le problème dont on avait parlé à la précédente réunion était que les résultats de l'ODM étaient souvent perdus car ils n'étaient pas envoyés au MG (car le prescripteur est en général hospitalier dans le cadre du cancer).

MN :

Un double est toujours donné au patient.

L :

Ce qui avait été signalé à la précédente réunion c'est qu'en effet le patient ne pense pas toujours à la montrer à son MG (voir même la perd), d'où l'importance d'envoyer le résultat au MG du patient plutôt qu'au médecin spécialiste hospitalier prescripteur qui lui, peut l'avoir sur la base de données de l'hôpital.

MN :

C'est possible.

Gé :

Donc une fois que le compte rendu de l'ODM est fait, l'envoyer au MG, patient et prescripteur de l'ODM si possible.

Gy :

Le problème est que le médecin traitant n'est pas toujours à jour sur les données. Quand on regarde s'il y a un MG qui est entré, il n'est pas toujours à jour.

Gé :

Après, chez nous, les patients passent tous devant la secrétaire pour donner les informations, donc ça peut être mis à jour facilement.

MG 2 :

En général c'est le compte rendu de l'ODM qui se perd. En général, l'OSM est faite mais après cela se perd dans la mise en route du TTT.

Gé :

Donc prescription de l'ODM par l'oncologue ou radiothérapeute, puis réalisation ODM avec une secrétaire qui récupère avant l'examen, le nom du MG du patient afin d'adresser le courrier au MG et au médecin prescripteur en plus du patient.

Et on arrive à l'étape où une fois que le CR est aux mains de tous, l'autre question qui peut se poser est : est ce que le CR (compte rendu) de l'ODM est assez clair pour tous ? Est ce que le CR dit indication à traiter ?

MN :

Chez nous au CHU de Nîmes non, le CR dit ostéoporose, ostéopénie, en fonction score. On met le FRAX. Il y a écrit si oui ou non il y a un risque fracturaire.

Gy :

Il y a une conclusion compréhensible après on ne connaît pas les facteurs de risque pour savoir si indication de TTT donc difficile à mettre dans la conclusion.

MN :

A partir du moment où la recommandation est validée par tous, après nous, on peut mettre une phrase de plus en mettant cela en exergue.

Gy :

Dans la pratique que nous avons, l'ODM initial est faite dans le but de savoir si on doit la refaire dans 2 ans ou 5 ans et pas forcément dans l'idée de traiter.

Je pense qu'il faut qu'on travaille sur l'évolution de la prise en charge, c'est à dire, s'il y a un risque je surveille plus tôt.

Après moi je ne me sens pas de gérer TTT par Bisphosphonate dans le cadre de l'ostéoporose. Je sais le gérer dans le cadre d'un cancer métastatique mais pas dans le cadre de l'ostéoporose. C'est à dire qu'il va falloir avoir un relais avec le MG ou le rhumatologue.

Gé :

Pour revenir à ce que vous avez dit, on pourrait éventuellement rajouter une phrase sur le compte-rendu de l'ODM : si le T-score est inférieur à 1,5, le CR est envoyé non seulement au patient mais aussi au MG et au médecin prescripteur. L'obstacle authentifié la dernière fois à cette phase précise, c'est : est ce qu'il faut un TTT et est-ce que le patient va vouloir du TTT ? Certains patients n'en veulent pas, ils ont trop peur des effets secondaire du TTT. Qui a décidé que l'ostéoporose n'était pas l'urgence et qu'il ne souhaitait pas s'en occuper ? Quelqu'un doit se charger de l'information du patient, sur les bénéfiques risques des TTT anti ostéoporotiques.

L'ensemble des participants :

Tous les médecins en possession des résultats.

MG 1 :

On peut déjà en parler au moment des résultats de l'ODM, de toute façon le TTT anti ostéoporotique n'est pas l'urgence non plus.

Au moment de la prescription de l'ODM aussi, même au risque de ne pas être entendu.

Gé :

Cela vous paraît-il envisageable d'introduire le sujet du TTT anti-ostéoporotique au moment de la prescription de l'ODM, vous oncologue gynécologue et radiothérapeute ?

Gy :

Oui cela me paraît possible.

MG 3 :

Même au risque que le patient ne l'entende pas, il est important de le dire à chaque étape.

Gy :

J'ai une question : y a-t-il un vrai bénéfice à traiter ces patients ?

Gé :

Il y a peu d'étude sur les plus de 75 ans ou plus âgés.

Rh H :

La plupart des études sont sur l'ODM car c'est plus facile à suivre que les éléments fracturaires qui sont moins fréquents. Sur 5 ans, même s'ils récupèrent après, ils seraient traités sur les 5 années.

Gé :

Vous faites le TTT hormonothérapie sur 10 ans ?

Gy :

En théorie c'est 10 ans, mais on ne sait pas où on en est, car toutes les études ont été faites avec le Tamoxifene. Aujourd'hui il est démontré que le Tamoxifene, c'est mieux sur 10 ans que 5 ans, en sachant que ce n'est pas la même chose lorsqu'une patiente a une tumeur de 5mm grade 1 alors qu'une autre va en avoir une de grade 3 N+.

Celles qui ont plus de bénéfices sont celles qui sont au stade avancé et donc en parallèle (car il y a trop peu d'évènement chez les patiente qui sont sous AA), on est en train de faire la même chose, mais on n'a pas la preuve scientifique. Donc ce n'est pas complètement tranché, on va le proposer à celles qui ont des facteurs de risque ou les N+ surtout si c'est bien supporté. On n'est pas tous égaux sur cette prise en charge.

Gé :

Sur cette population âgée (comprenant souvent de personnes fragiles), beaucoup d'entre elles, ont d'autres facteurs de risques avec des événements fracturaires (patients chuteurs), indication de TTT par Bisphosphonate.

Rh H :

Je pense qu'il y en a beaucoup après je ne pourrai pas dire le pourcentage.

Gé :

Toujours pareil en gériatrie, peu d'études présentes sur la dizaine des vrais vieux,.

Gy :

Chez les personnes très âgées, on prescrit peu les ostéodensitométries.

L :

En effet à la précédente réunion du groupe de travail, il a été souligné que des personnes ont été refusées pour la réalisation de l'ODM par les radiologues du fait de leur âge (plus de 90 ans).

MN :

Au-delà de 70 ans, on n'a plus de courbe de normalité par rapport à l'âge, on peut toujours répondre T-score ostéogénique ou ostéoporose, mais pas de moyen de comparaison du risque fracturaire par rapport à l'âge. Par contre on peut toujours faire le suivi surtout si la patiente a déjà réalisé une ODM sur le même appareil, moyen de comparaison avec son précédent score.

Gé :

En ayant relu la littérature, les rhumatologues disent qu'il y a un intérêt à traiter par TTT anti-ostéoporose les patients qui ont plus de 3 à 4 ans d'espérance de vie. Si le critère décisionnel c'est 4 ans d'espérance de vie, nous en gériatrie, on a des outils d'évaluation « pronostic de survie » validé pour une population ambulatoire ou hospitalière. Si il existe un doute sur un patient très âgé ou présentant de nombreuses comorbidités, une information au cours de la consultation d'oncogériatrie est donnée en fonction des échelles d'évaluation de l'espérance de vie pour voir si il y a un intérêt ou non de mettre en route le TTT anti-ostéoporotique ou qui justifie une exploration par ODM. Cela peut être une information que l'on peut transmettre.

Gy :

Personnellement, je pense à nos patientes très âgées, très fragiles, à qui l'on va mettre l'hormonothérapie par AA mais sans autre proposition de TTT (tel que chimio ou chirurgie). L'objectif est de diminuer ou de stabiliser la maladie sans trop l'embêter, et c'est vrai que celles-là je ne suis pas sûre qu'on leur propose TTT anti-ostéoporose. Et je pense que ce sont elles qui vont échapper à la prise en charge par TTT anti-ostéoporotique car elles ne sont pas vues par les oncogéiatres.

Je pense à celle que j'ai vu ce matin (qui est en EHPAD) avec un MG qui s'en occupe. Elle vient car elle a un T4 du sein, a priori on ne va pas l'opérer et elle n'est pas symptomatique, cela fait 6 mois qu'elle est sous AA et je n'ai rien prescrit d'autre.

Gé :

Chez ce type de personne on est dans un projet palliatif d'emblée.

Gy :

Oui mais un projet palliatif comme celui-ci, cela peut durer 2 ou 4 ans.

Gé :

Après si elle est en EHPAD, elle doit être démente ?

Gy :

Non ce n'est pas son cas, elle ne peut plus vivre toute seule chez elle car elle a 86 ans et quelques comorbidités à côté mais pas catastrophiques.

Gé :

Je dirais qu'il est justifié d'évaluer sur des paramètres un peu plus objectifs (au-delà de l'extension du cancer du sein), pour pouvoir dire oui ou non.

Gy :

Il y a pas mal de médecins généralistes qui font de la gériatrie et je ne veux pas froisser les médecins en les court-circuitant pour avoir un vrai avis gériatrique.

Gé :

On peut fixer un outil car à ma connaissance je connais 7 échelles de pronostic d'estimation d'espérance de vie qui sont validés. On peut donc orienter le médecin généraliste en lui disant que si selon le score de vie de telle échelle, l'espérance de vie de la patiente est supérieure à 4 ans il est conseillé de la mettre sous Bisphosphonate. Si on veut se baser sur un outil objectif validé, score de LEE, vu le score de Lee on peut traiter.

Gy :

On ne dit que ce sur quoi on travaille. Ce sont les gens qui ont un cancer, sans espoir de guérison, qu'on prend en charge pour la qualité de vie.

La dame que tu as opérée (qui présente une ostéoporose), quand elle est opérée tu peux arrêter le TTT par AA. Celle que tu n'opères pas et à qui tu donnes le TTT, tu n'as pas le choix, tu ne peux pas le lui arrêter car il existe un risque de prolifération du cancer.

Faut-il considérer ces 2 personnes de la même manière ?

Gé :

Bonne question, car en effet le pronostic du cancer va jouer. Vous vous avez des moyens de définir l'espérance de vie sur des paramètres oncologiques ?

Gy :

Si tu n'as pas opéré, le pronostic n'est pas le même, c'est forcément palliatif.

Gé :

Du coup, comme c'est vous le premier échelon de la prescription ODM, c'est à dire que vous avez un critère décisionnel en disant à tel type de patient c'est oui, à tel type de patient c'est non et à tel type de patient je ne sais pas et je l'adresse en oncogériatrie pour voir si oui ou non.

Gy :



En effet dans certaines circonstances, je vais traiter à tout prix et dans d'autres cas, je ne suis pas sûre.

Gé :

Donc on peut donner un groupe 1 non métastatique avec un projet curatif donc eux il faut les prendre en charge par ODM +/- TTT anti ostéoporotique : on met le patient dans la filière.

Ensuite Métastatique, projet non curatif, ils ont un TTT au long court jusqu'à qu'il y ait un nouvel événement, le patient métastatique tu n'arrêteras jamais le TTT par AA.

MN :

Ceux-là ont d'autant plus besoin de bisphosphonate que les autres, si leur espérance de vie est supérieure à 4 ans (sur paramètres gériatriques et oncologique).

MG 3 :

Est-ce que cela veut-il dire qu'au niveau du parcours, il faut positionner les patientes ?

Gé :

Est-ce que sur des critères onco, avons-nous les moyens de dire (en fonction de tel stade du cancer), il y a tant d'espérance de vie ?

Gy :

De toute façon le pronostic dépend du pourcentage de récepteur. Le pourcentage provient le plus souvent des métastases osseuses pour le cancer du sein. Dans ce cas, les gens vont évoluer tout doucement, ils vont être très hormonodépendants et ceux-là, je suis sûre qu'on ne leur prescrit pas d'ODM. Cela dit, celles-là ont le Bisphosphonate, mais c'est sûre elles n'ont pas d'ODM. Après, est-ce que ce qu'on leur donne de Bisphosphonate les traite aussi bien ?

Rh H :

Oui c'est exactement le même TTT. Donc elles sont traitées il n'y a pas besoin forcément de réaliser une ODM.

Gé :

Cela a-t-il un intérêt de donner un pronostic chez les femmes métastatiques ?

Gy:

Oui car il y en a qui vivent 15 ans avec des métastases.

Gé :

Oui c'est vrai, j'en vois.

Gy :

Après il y a différentes étapes :

- celles qui font des récurrences fréquentes ; elles, elles ne bénéficient pas longtemps des AA car on change souvent de TTT,

- celles qui sont en rémission avec leur TTT et pour lesquelles on ne va pas arrêter.

La tendance actuelle c'est plus de mettre des AA que des chimio chez les métastases. De plus apparaissent les nouveaux TTT, et donc on va associer l'hormonothérapie avec ces nouveaux TTT (anti parc,...) et on va garder les chimio pour des stades plus évolués, donc on prescrit plus d'hormonothérapie.

Gé :

1ère étape si projet curatif : prescription ODM systématique.

2ème étape si projet non curatif et métastases non osseuses : concertation avec oncologue et gériatre pour évaluer le pronostic et si le pronostic équivaut à une espérance de vie supérieure à 4 ans, l'indication est de réaliser l'ODM prescrit par l'oncologue +/- TTT anti ostéoporotique.

3ème étape si Métastase osseuse : Bisphosphonates en systématique donc pas besoin d'ODM.

MN :

La gériatrie va-t-elle pouvoir absorber toutes ces patientes qui ont un cancer du sein sans projet curatif et ne présentant pas de métastase osseuse ?

Gé :

Bonne question Dr FERRER, en moyenne cela représente combien de patientes ? On voit chaque année, tous cancers confondus, 400 patients (moyenne âge 86 ans) à notre consultation.

Gy :

Les gériatres ne voient que celles de plus de 75 ans. En général on les envoie plutôt aux gériatres quand on veut mettre sous chimiothérapie plutôt que sous hormonothérapie.

Gé :

Il faut voir comment le mettre en pratique, comment l'organiser, en tout cas sur l'itinéraire cela paraît sensé.

Gy :

Avec les prises de rdv connectées, ce sera plus simple.

Gé :

Qui prescrit l'ODM après consultation du gériatre oncologue après une évaluation d'espérance de vie supérieure à 4 ans ? Est-ce vous les oncologues comme pour les filières ODM normales ?

Gy :

Oui.

MG 1 :

Donc vous les revoyez, vous les oncologues, après la consultation d'oncogériatrie ?

Gy :

En général oui, on demande la consultation oncogériatrique avant de commencer le TTT, mais jusqu'à présent l'oncogéiatre était plutôt sollicité si on envisageait pour la patiente une chirurgie ou une chimiothérapie. C'est rarement pour AA.

Nos patientes ont un circuit, elles voient le chirurgien, l'oncologue et le radiothérapeute.

Parfois elles ne sont pas opérées donc elles ne voient pas le chirurgien, donc elles voient un coup l'oncologue, un coup le radiothérapeute. D'autres sont suivies uniquement par le chirurgien et le radiothérapeute car elles n'ont pas d'oncologue,... Mais il y a toujours une surveillance par alternance. Quand on prescrit les AA on les revoit au bout d'1 mois pour voir la tolérance et après elles ont des suivis tous les 4 ou 6 mois pour voir l'efficacité et la tolérance.

MG 3 :

Donc le circuit interne de l'hôpital est organisé ?

Gy :

Même avec l'extérieur, c'est à dire qu'il y a la même organisation dans le libéral. Le circuit est comme cela pour tout le monde.

MG 1 :

Donc ce serait au prochain médecin spécialiste du cancer qui voit la patiente après l'avis oncogériatrique, qui prescrirait l'ODM ?

Gé :

Oui tout à fait

Gy :

La problématique réside quand je vois la patiente après le radiothérapeute, il faut que je reprenne tout son dossier pour aller rechercher si la patiente a bien fait l'ODM et voir les CR de l'ODM. Nous on y a accès si tous les examens sont réalisés à l'hôpital. Quand je suis à 2 ans je regarde si elle en a eu une au départ et après je revérifie.

MG 1 :

Donc vous n'avez pas de dossier communiquant en cancérologie ?

Gé :

Le fameux DCC

Gy :

Dans l'absolu, on a tout ce qu'il y a dans l'ordinateur, mais le problème c'est qu'il faut chercher un peu. Encore qu'ODM c'est écrit. Mais médecine nucléaire ou Anapath, il faut en faire défiler X pour trouver la bonne.

Gé :

Pour en revenir au parcours patient : une fois que le patient a été informé, qu'il y a indication de TTT, qui l'adresse chez le dentiste ?

Gy :

La question est : qui est-ce qui va traiter ? Car nous spécialistes du cancer nous n'avons pas le temps, nous n'allons pas traiter.

Gé :

Donc en effet, c'est la personne responsable de la mise en route du TTT anti-ostéoporotique qui s'occupe de l'adresser chez le dentiste ?

Gy :

Après nous spécialiste du cancer, nous pouvons l'adresser au dentiste, mais après, derrière je ne m'occuperai pas de la mise route et suivi du TTT anti ostéoporotique.

Gé :

Donc qui va traiter et qui va suivre l'observance ? Qui va initier le TTT ?

Gy :

Vous en rhumatologie hospitalière, c'est difficile d'accès ?

Rh H :

Pour l'instant, c'est difficile d'accès et à partir de novembre 2018 il y aura un HDJ dédié filière ostéoporose, mais pour le moment la filière est réservée aux patients fracturaires. On ne va s'occuper en hospitalier que des ostéoporoses sévères fracturaires, donc plutôt une filière fracturaire, donc on ne sera pas trop dans la prise en charge des patientes de cette étude. Mais après on peut discuter d'une filière ostéoporose en consultation.

Gé :

Combien de patientes âgées de plus de 75 ans ont un cancer du sein ?

Gy :

Je ne sais pas, il faut regarder par rapport aux RCP, combien de RCP en 2017 concernaient des femmes de plus de 75 ans ? Il faut demander aux secrétaires car chaque patiente bénéficie d'une RCP.

Gé :

Là on a ciblé les patientes de plus de 75 ans, mais pour les patientes de moins de 75 ans qui s'en occupe ?

L :

Au final, l'âge ne change pas grand-chose dans la prise en charge du parcours de soin, comme on l'a précisé à la réunion précédente.

Gé :

Ce qui change juste c'est l'indication de la mise du TTT anti ostéoporotique en fonction du T-score selon recommandation. Car chez les patientes de plus de 65 ans indication de TTT si T-score inférieur à 1,5 différent chez les femmes plus jeunes ce sera pour T-score inférieurs à -2.

Il n'y a aucune raison de limiter le travail de la thèse sur une population de plus de 75 ans, elle concerne toutes les patientes traitées par AA pour cancer du sein.

L :

A qui on adresse la patiente une fois l'ODM réalisée ? Certes l'hôpital ne peut pas prendre en charge ce type de patiente au stade non fracturaire (car pas assez de place) mais par contre ce que disait la rhumatologue libérale, c'est que c'étaient totalement leur rôle de rhumatologue de ville de prendre en charge les patientes ciblées dans l'étude. Le seul problème pour elle c'est qu'on ne lui adressait pas les patientes.

Je voulais revenir aux différentes questions qui étaient sorties lors de la dernière réunion : Quel est le rôle du MG ? Quand intervient-il dans la prise en charge de l'ostéoporose ? Les problèmes qui étaient ressortis à la précédente réunion étaient que les MG sortaient du circuit cancer dès que les patients étaient pris en charge par les spécialistes et qu'ils ne revoient leur patient qu'en cas de complication aigüe soit des TTT soit du cancer et donc n'arrivaient pas à trouver du temps pour prendre en charge le suivi de la pathologie.

MG 3 :

Moi ce que j'avais compris du travail de la thèse c'était que finalement, on a une population qui est mise sous AA et qu'elle n'est pas bien prise en charge par rapport à ce TTT là, par rapport aux effets secondaire du TTT. L'hypothèse était que finalement il n'y avait pas de communication ou pas de parcours de soin patient ou pas de suivi en cours pour que ce soit correctement pris en charge. En tout cas, que les recommandations n'étaient pas appliquées en ce qui concerne ce TTT.

La première difficulté était de redéfinir les recommandations car finalement ni les uns, ni les autres n'avaient comme référence une recommandation spécifique. Donc là c'est ce que vous avez redéfini au début de cette réunion. Et maintenant c'est prescrire un parcours, me semble-t-il, le plus efficace en rapport aux besoins des patients. Après je ne dis pas qu'il y a une place pour les MG mais effectivement c'est les patients qui font des allers-retours.

Gé :

A la précédente réunion, nous avons dit que les MG avaient un rôle à chacune des étapes. Vous étiez, vous, MG, les clés au niveau de l'information du patient, comme ce que je vois souvent quand je parle de TTT aux patients, ils me disent tous qu'ils vont en parler à leur MG avant.

Gy :

Cela c'est en ce qui concerne la population âgée, car pour les plus jeunes ce n'est pas forcément le cas.

MG 3 :

En effet, il y a une population qui n'a pas de MG attiré, qui consulte aux urgences ou chez SOS médecins au coup par coup avec ce que cela peut entraîner comme problème. Mais si on essaye de construire un parcours idéal, il faut trouver l'intérêt d'une communication, que le patient rentre dans quelque chose qui expérimentalement soit bien mis en place avec tous les intervenants.

Gé :

Il y a un rôle important des MG dans le suivi, l'observance du TTT, la tolérance,...

MG 3 :

Nous, c'est quasi impossible de venir pendant les RCP, donc il faut trouver une autre façon d'intégrer ce qu'on sait sur les patients pour les prendre en charge dans les circuits qui existent en dehors de nous.

MG 1 :

Est-ce que notre place ne serait pas justement au moment de la réception des résultats de l'ODM ? S'il y a besoin d'un TTT, on l'envoie chez le rhumatologue et pas besoin de TTT anti ostéoporotique, on ne l'envoie pas chez le rhumatologue.

Gé :

En effet qu'il y ait une étape chez le MG après ODM pour donner les informations au patient sur les résultats, pour donner de l'info sur les bénéfices/risques du TTT et répondre aux questions du patient (qui peut s'y perdre dans toute la prise en charge globale de sa pathologie). Le MG a une place importante à cette étape là avant le rhumatologue et le dentiste.

MG 2 :

Souvent en effet le moment ODM et après résultats est un moment de risque. Risque de perdre les patientes sur la prise en charge si personne ne fait attention à la réalisation et aux résultats de l'examen.

Gé :

En effet dans les études de l'ostéoporose en général il y a 2 points clés où l'on faillit :

- c'est la crainte du TTT (qui fait que du coup il y a plein de gens qui ne le prennent pas), qui savent qu'ils doivent être traités mais comme il n'y a personne pour leur expliquer donc, rien ne se fait,
- c'est l'échappement de l'observance, les patientes se traitent six mois et ensuite elles arrêtent.

MN :

Admettons que vous aillez reçu le CR examen ODM, est-ce qu'il vous arrive de vous dire, je n'ai pas vu le patient donc je l'appelle pour faire le point ?

MG 1 :

Si le patient ne veut pas nous voir, nous on ne pourra rien faire.

MG 2 :

D'où le rôle de la filière entre professionnels, en disant on va chez le radiologue faire l'examen. Au radiologue, à l'oncologue d'appliquer la consigne soit : « aller consulter votre médecin traitant ». Et dans notre travail d'équipe on va être en lien avec votre médecin traitant et on va lui envoyer le CR et c'est lui qui va faire le reste de la prise en charge.

MN :

A ce moment-là, ce qui peut être intéressant c'est de ne plus envoyer le résultat au patient mais de l'envoyer au médecin prescripteur et au médecin traitant. Comme ça, ça oblige le patient à venir consulter son MG.

MG 1 :

Je pense qu'il faut l'envoyer au patient et au MG.

MN :

Mais il peut ne pas aller voir son MG ?

MG 1:

Si bien sûr, la difficulté, ce sont les patients qui n'en n'ont pas envie.

MG 3 :

C'est plus que l'envie ou la volonté, ils sont dans une période difficile. On les voit au début de la maladie du cancer, puis on les perd pendant un certain temps sauf, au coup par coup, en cas d'évènements aigus car ils sont pris en charge par un circuit hospitalier et on les revoit quand ils sortent de cette période là.

Donc l'objectif durant cette période c'est finalement de permettre que ces patients soient pris en charge correctement. Et de réfléchir à comment on peut faire pour que tous autour de la table on mette en place quelque chose qui va donner plus de chance à la prise en charge.

Gé :

On avait aussi souligné lors de la précédente réunion, qu'il était important que le patient puisse identifier la place du médecin traitant et son rôle dans la prise en charge globale du cancer et qu'au terme de cette étape, on insiste nous, spécialiste, sur le fait qu'il est important qu'il revoie son MG. Identifier ce dernier (MG) comme le pilier de la prise en charge, le coordinateur et qu'il assure le suivi.

MG 3 :

Il faut faire attention, sur quelque chose qui est « pilote » parce que tous les médecins traitants ne vont pas forcément jouer le jeu, s'il n'y a pas d'information au MG avant de mettre en place ce parcours de soin.

MN :

Cela voudrait dire qu'après sa thèse il faudra qu'elle fasse des EPU à « tire larigot » pour que cela marche !

Gé :

Il y a peut-être des solutions à mettre en place avec le Département de MG.

MG 3 :

Ou avec le CHU, il y a des choses tout à fait faisables.

MG 1 :

Ce que l'on peut faire aussi, c'est rajouter au moment de l'ODM : « vous analyserez les résultats avec votre MG ».

MG 3 :

On peut même imaginer que le CHU décide que pour les patients dans telle ou telle catégorie, on rajoute une ligne qui parle de « l'étude pilote » développant un parcours qui inclue le MG et on demande tel ou tel travail afin que cela se diffuse.

MG 2 :

Oui et puis que les MG sachent aussi qu'ils peuvent être aidés par les rhumatologues si jamais ils ne savent pas faire.

Ph :

Il faut faire un énorme travail de communication, c'est hyper important de faire ce travail de communication avant.

MG 3 :

En effet. Par exemple sur les courriers, notamment en consultation d'oncogériatrie, j'imagine qu'à la fin des courriers on peut mettre une fin de courrier type en disant qu'il y a un essai et que tout le monde est chargé de s'occuper de la prise en charge : rhumatologue, MG.

MG 2 :

Je pense que c'est hyper important de le dire aux gens, car oui ? Ils viennent nous voir nous MG car ils ont envie d'avoir notre avis mais ils nous disent aussi, le médecin spécialiste il nous a dit ça et là on ne peut plus se cacher. Tu es obligé de répondre. D'où l'intérêt de cibler le circuit. Car le risque c'est quoi ? Par exemple moi j'ai des problèmes énormes avec les diabétiques, certains diabétiques sont suivis par des endocrinologues, ce qui fait que je ne sais pas qui fait quoi ? Au bout d'un moment, je dis aux gens si vous êtes suivis par ce spécialiste pour cette pathologie, je ne m'occupe plus de cette pathologie. Donc je ne fais pas le suivi de la pathologie. Et donc à la fin, je ne sais pas où nous en sommes et à la fin c'est la catastrophe : nous sommes en retard de partout car nous ne nous sommes pas coordonnés. On ne sait pas qui fait quoi ? C'est simple, moi si je ne fais pas tout, je ne fais rien.

Gé :

Dès le début il pourrait être annoncé au patient qu'il rentre dans une filière de prise en charge globale, qui associe la ville et l'hôpital. On peut même lui faire sur une feuille un petit schéma avec le parcours, leur remettre un petit support.

Gy :

Après les gens se triment avec leur feuille, je prends exemple, car moi je fais des PPS (plan personnalisé de soin) et où justement je leur écris, et quand on les revoit et qu'on les modifie, ils ne se souviennent pas. Donc tu leur fais ressortir la feuille qui est au fond du dossier et en effet c'est oublié. Après tu en as quelques uns qui lisent la feuille, d'autres pas. Après quand moi je fais un courrier et ça n'engage que moi, j'essaie de dire : « l'ODM n'est pas bonne », je renvoie la patiente à son MG mais je ne sais pas si tout le monde le fait. Nous médecins spécialistes du cancer, on gère la douleur, les effets secondaires du TTT, est ce qu'il va falloir le modifier ? ... Moi j'estime que ce n'est pas mon travail de gérer le reste.

Gé :

On ne pourrait pas être systématique ? On ne pourrait pas imaginer qu'à chaque personne qui intervienne, il y ait systématiquement des choses qui doivent être prévues et vérifiées. Il faut que tout soit fait et vérifié par une équipe.

MG 2 :



Je sais que si je dois prescrire le TTT anti-ostéoporotique, je m'occuperai d'adresser la patiente chez le dentiste, m'occuper du suivi, ... Par contre si ce n'est pas moi qui prescrit, je vais avoir tendance à oublier.

MG 3 :

C'est pareil pour l'hôpital, prescription de l'ODM et après je ne sais plus ce qu'il devient.

MN :

Pour ce qui est question des Bisphosphonates, est-ce que c'est quelque chose qui vous revient à faire, à prescrire ?

MG 2 :

Je pense que la décision de prendre en charge la mise en route du TTT anti-ostéoporotique nous revient à nous MG. Si on ne se sent pas capable ou que le MG ne veut pas s'en occuper, on réoriente vers les rhumatologues libéraux. Nous on doit gérer le stade après l'ODM.

Je pense en plus que les rhumatologues ne sont pas si disponibles que ce que disait la rhumatologue libérale lors de la précédente réunion. Ils ont 2 à 3 mois de délai et en effet il n'y a pas d'urgence à être vu mais personnellement je pense qu'on n'a pas que ça à leur envoyer.

MG 1 :

Je pense que c'est au bon vouloir du médecin généraliste

Gy :

C'est pas mal comme ça, : dire que le spécialiste prescrit l'ODM (puisque c'est lui qui met en route le TTT par AA), dire ensuite que les MG doivent avoir un retour de l'ODM puis c'est au MG de gérer le reste de la prise en charge de l'ostéoporose, sauf s'il ne s'en sent pas capable et là il oriente vers le rhumatologue.

MG 1 :

Oui car chaque MG est plus ou moins à l'aise selon les PEC et donc là on laisse le choix au MG de s'en occuper ou de réorienter.

MG 2 :

Il faut que les MG sachent que c'est leur responsabilité de prendre en charge l'ostéoporose mais ils peuvent avoir une porte de sortie avec l'aide du rhumatologue. Car pareil si le médecin spécialiste oncologue adresse la patiente directement chez le rhumatologue post ODM, on va encore les perdre ces patientes !

MG 1 :

De toute façon, en ville, normalement les patients sont obligés de passer chez leur MG avant de consulter le rhumatologue.

Gy :

Moi je soulève le problème mais derrière je ne vais pas vérifier si elle est traitée par TTT anti ostéoporotique ou s'il y a une prise en charge. De plus je les revois 1 an après. De plus le MG ne m'envoie jamais de courrier me disant si la patiente est traitée ou non contre ostéoporose.

Ph :

Dans le PPS cela ne peut pas être inscrit d'avoir une visite chez le MG ?

MG 3 et Gy :

C'est déjà inscrit

Gy :

De toute façon se sont les MG qui font les prises en charge. Moi je ne renouvelle jamais d'ordonnance de traitement ou ponctuellement s'il y a un souci aigu. Donc les patients sont obligés de revoir leur MG.

MG 3 :

En fait il manque une profession, qui serait de gérer ce genre de situation : « une aide de coordination ».

Gé :

Donc je résume : après le compte rendu ODM qui est envoyé à tous les correspondants (MG médecin prescripteur et patient), le patient, après l'ODM, est adressé à son MG qui s'informe d'où en est la prise en charge sur le plan oncologique, le MG décide de traiter ou de se faire aider du rhumatologue. Le MG est l'acteur soit de l'orientation vers le rhumatologue soit de la prise en charge de l'ostéoporose par mise en route des TTT.

MG 3 :

Il faut donc envisager quelque chose pour prévenir.

Gé :

C'est-à-dire qu'à cette étape-là, le MG une fois qu'il a pris sa décision de traiter ou pas, envoie un courrier au spécialiste oncologue pour le tenir au courant ?

MG 3 :

Oui je pense que ce serait intéressant.

Gy :

Alors après peut être que l'on simplifiera cela quand on aura tous travailler avec le dossier partagé ?  
Ou MS santé ?

Gé :

En effet le MG à cette étape de décision du TTT, il peut réinformer le patient, adresser le patient chez le dentiste.

Ph :

Et après vous l'adressez en bilan médication auprès des pharmaciens d'officine.

Gy :

C'est quoi ce dont vous parlez, bilan de médication ?

Ph :

C'est depuis peu, les pharmaciens d'officine, peuvent proposer des bilans de médication, à leurs patients âgés de plus de 75 ans, qui ont plus de 5 médicaments en chronique. Pour voir tous les TTT et évaluer l'observance en lien avec les MG.

MG 3 :

C'est controversé car ils ne nous préviennent pas.

Gé :

On l'a mis en place aux consultations oncogériatriques et c'est deux fois plus efficace car elles mettent en évidence beaucoup plus de problèmes que moi. Et puis je suis assez effaré quand je vois tous les effets secondaires des TTT usuels que l'on prescrit et qu'on voit l'impact que cela a pour n'importe quel syndrome gériatrique. Et donc pour n'importe quel médicament commun, on progresse beaucoup. En plus c'est long, ils y passent (les pharmaciens) 45mn à 1h à faire l'entretien avec le patient mais derrière il y a vraiment un impact. Bien entendu quand c'est fait en bonne entente.

MG 3 :

En ville c'est fait au comptoir sans prévenir qu'ils enlèvent des médicaments...

MG 2 :

Moi cela ne m'est pas encore arrivé, mais ça se saurait car je l'aurais explosé !

Gé :

Pour reprendre, le MG assure l'information du patient, l'orientation vers le dentiste, la prescription du TTT, et ensuite le suivi. Est-ce qu'on va jusqu'à TTT oral ou IV, ou chacun fait ce qu'il veut ?

MG 3 : Les recommandations précisent quand IV ou quand per os ?

Gé :

Non les recommandations ne le précisent pas. En première intention c'est per os, mais si le traitement est mal toléré en per os ou mauvaise observance on peut mettre IV. En pratique l'observance du per os est compliquée, et donc faire une perfusion IV annuelle qu'elles peuvent faire à la maison ça améliore l'observance.

Rh H :

Maintenant si T-score < -3 au col fémoral, on peut faire l'ACLASTA d'emblée, IV d'emblée. Ça reste du cas particulier mais ça peut être intéressant.

L :

Dans tous les cas en libéral, c'est possible de mettre de IV d'emblée, avec IDE sur 15 min au domicile.

MG 2 :

Oui c'est possible

Gé :

C'est possible et c'est bien toléré. Ou ça peut être TTT per os et au cours du suivi le MG s'il pense qu'il y a un défaut d'observance il peut décider de passer à IV.

MG 2 :

Après je pense que c'est à discuter avec les patients, car ils ont des idées sur les TTT et les modes d'administration sont surprenants donc c'est en fonction de leurs volontés. Donc je pense que le mode d'administration du TTT ne peut pas se systématiser.

L :

Le problème qui était ressorti à la précédente réunion, c'est comment avoir une alerte pour y repenser chaque année à la prescription annuelle IV.

MG 1 :

Cela il faut se le noter dans les ATCD.

MG 3 :

On peut mettre des alertes sur notre ordinateur, dans notre dossier

MG 2 :

Et c'est plus facile dans ma pratique d'y penser si c'est moi qui le fais.

Gé :

A ce moment-là dans le suivi, à un an ou à 2 ans, il faut renvoyer l'information au spécialiste du cancer : « j'ai bien vu Mme..., un tel, je l'ai ou non traité pour son ostéoporose ».

MG 3 :

De quoi avez-vous besoin comme information, vous, spécialiste du cancer ?

Gy :

Il faut juste nous dire : « on a mis en route un TTT pour l'ostéoporose ».

MG 1 :

Il faudrait un courrier qui vous soit directement adressé car si on le fait passer par le patient on a une chance sur deux de l'oublier.

Gé :

Donc finalement on a fait tout le parcours pour les patients donc l'ODM donne un résultat justifiant un TTT. En revanche si le T-score est < -1,5, il n'y a pas indication de traiter, on refait l'ODM quand ?

Gy :

Nous on considère qu'à ce moment-là on leur refaisait l'ODM à la fin du TTT à 5 ans.

L :

Sur les indications d'ODM, officiellement remboursé, il n'y a pas de précision sur le nombre d'année pour pouvoir en refaire.

MN :

Il n'y a que 2 ODM qui peuvent être remboursées. Donc si on en fait une tous les 2 ans après c'est réalisable mais c'est le patient qui paiera entièrement l'ODM.

Gé :

Quel est le prix ?

MN :

39euros, remboursé à 70% par la sécurité sociale. Et faire l'ODM à 1an ça ne sert à rien, les variations son tellement faibles qu'on a une trop grosse marge d'erreur à un an. Pour les AA j'aurais dit qu'il y a un intérêt de les refaire au bout de 2 à 3 ans. Mais que 2 sont remboursées au total pour toute une vie de chaque personne. Après selon les mutuelles cela peut se discuter.

Gy :

Je n'ai jamais eu de retour comme quoi la patiente disait que ce n'était pas normal de payer son examen d'ODM.

MG 1 :

Moi si, j'ai eu des retours mais parce que je leur avais dit que c'était remboursé.

L :

Après selon Amélie, je n'ai pas vu à quel moment l'ODM devait être prescrite pour être remboursée.

MN :

Il n'y a pas une question de période ou de délai, c'est dès que la patiente est sous AA, l'ODM est remboursée. Car la patiente est sous TTT ostéopéniant.

Nous les patientes remplissent un questionnaire avant de réaliser l'examen par oui non, correspondant aux critères de remboursement de l'ODM (ménopause précoce,...)

L :

Mais cette fiche ce n'est qu'au CHU que les patients la remplissent ?

MG 1 :

Je ne pense pas car dans les compte-rendus d'ODM de ville, il y a écrit : ménopause à quel âge, pas ATCD familiaux fracture ostéoporotique,... On voit qu'ils ont posé les questions.

Gé :

Donc si l'ODM indique qu'il n'y a pas d'indication de traitement, on recontrôle à 2 ou 3 ans.

Rh H :

A 3 ans je pense que c'est bien.

Gy :

Donc pour toutes les patientes. Nous, aujourd'hui, on fait l'ODM au démarrage du TTT, si elle est normale on la refait à 5 ans, d'autant plus si on veut prolonger le TTT et si l'ODM n'est pas normale que la patiente soit traitée ou non par TTT anti ostéoporose, on contrôle à nouveau l'ODM à deux ans. Et les nôtres de recommandation elles sont comme cela. Donc la question est : est-ce qu'il faut toutes les recontrôler à 3 ans ? Quel que soit le CR de l'ODM initial en sachant que du coup quand tu traiteras une patiente avec 10 ans AA, celle que tu vas prescrire à 5-6 ans, la patiente va devoir la payer si tu dis qu'il n'y en a que 2 qui sont remboursées.

MN :

Après les mutuelles, en rembourse en plus.

MG 3 :

Les indications de remboursements peuvent changer.

Gé :

Vu le nombre de patient concerné, ce n'est pas évident qu'il y ai un changement de remboursement.

MN :

Et le score ODM à  $>$  ou  $<$  -2, il sort d'où ce chiffre ? Pourquoi la frontière est moins 2, car je sais ce que signifie -1,5 (ostéopénie) et -2,5 (ostéoporose) mais je ne sais pas ce que représente -2 ?

Gé :

C'est une recommandation d'expert qui se sont mis autour d'une table et qui l'ont déterminé

-2 cela nous paraît pas mal. En effet en gériatrie il y a plein de décision comme cela. C'est un Joint position treatment de la société internationale (de toutes les sociétés savantes concernant, l'os, le sein, l'ostéoporose, la gériatrie).

MN :

Et pour le score  $<$ -2 sur le rachis, le col ?

Gé :

Ils ne précisent pas cela non plus en effet.

Gy :

Et les soins de support, vous avez regardé ? Quelles étaient leurs recommandations ? L'ASSOS, car ils ont forcément fait des recommandations sur l'ostéoporose.

Gé :

Non je n'ai pas regardé. De qui tu parles ? C'est français ou international ?

Gy :

Les soins de support, ASSOS, voir eux ce qu'ils proposent comme recommandations. C'est français.

Gé :

Donc contrôle ODM à 3ans qu'il y ait TTT anti ostéoporotique ou non.

MN :

Je pense que l'on pourrait faire un score intermédiaire, car moins 2 c'est déjà pas mal avancé car -2,5 c'est l'ostéoporose.

L :

Après, dans le plus souvent des cas, si l'âge est plus de 65 ans, on va traiter si T-score  $<$ -1,5, donc le plus souvent on va traiter à T-score  $<$ -1,5.

Gé :

Donc cette étape-là de prescription de l'ODM à 3ans, est-elle prescrite par le MG ?

MG 1 :

Oui je pense

L :

Prescrite par celui qui est en charge du TTT, MG ou rhumatologue ?

MN :

Le Frax vous vous assieyez dessus ?

Gé :

Le FRAX est dit dans la revue de la littérature comme parfaitement insuffisant pour estimer le risque. L'impact du TTT par AA écrase les autres facteurs de risque.

Rh H :

De toute façon dans la recommandation que l'on a fixée en début de la réunion, ils reprennent les critères du Frax.

Gé :

Pour ce qui est de la supplémentation Calcium Vit D ainsi que l'activité physique, les MHD, qui s'en occupe, le MG ?

L :

Il y avait plusieurs questions par rapport à ce sujet-là : Quel est le bilan initial car le dosage de la Vit D est toujours sous les normes ?

Rh H :

Nous on la dose pour adapter nos schémas de supplémentation, on ne supplémente pas de la même façon selon la carence en Vit D.

Pour le moment on continue à la doser.

L :

Vous supplémenter tout le monde en Vit D ?

Rh H :

Oui 1 ampoule tous les 3 mois systématiquement et plus si carence.

MG 3 :

Et sur quoi sont basées ces recommandations ? C'est un consensus d'expert ?

Rh H :

C'est les recommandations pour l'ostéoporose mais je ne sais pas sur quelle étude cela repose.

Gé :

En gériatrie c'est dans l'étude sur les chutes qui prennent 800 à 1000 UI Vit D concluante mais l'étude sur l'ampoule à la semaine ou aux 3 mois non concluante donc en gros ils disent qu'il n'y a aucune raison pour que ça ne marche pas sur une ampoule tous les 3 mois mais il y a la controverse.

Il y a une position Paper qui est une Société française de gériatrie et rhumatologie le GRECO sur dosage de la Vit D car nous, en pratique on ne le dose jamais et on supplémente tout le monde. Ils ont défini 8 critères sur lesquels on peut dire chez ces gens là il faut quand même doser la Vit D et en gros c'est tous les patients âgés et fragiles afin de pouvoir adapter le niveau d'apport.

MG 3 :

C'est à dire qu'il faut des contrôles réguliers du dosage de la Vit D.

Gé :

Après je ne sais pas quand est-ce que c'est remboursé ?

Rh H et MG 1:

C'est remboursé que dans le bilan de l'ostéoporose.

Gé :

En pratique ça ne me choquerait pas que la Vit D soit dosée 1 fois sur le bilan initial pour savoir comment compenser le déficit. Et puis une fois que le stock est bon, on supplémente tous les 3 mois sans reconstrôler.

Rh H :

Bilan initial d'ostéoporose, on recherche des causes de cause secondaire ou des causes de diagnostic différentiel. NFS CRP fct rénale, PAL, bilan phosphore, calcium albumine, et EPS et dosage Vit D, TSH.

L :

Y aurait-il moyen de synchroniser le même jour les différents rdv et examens complémentaires pour éviter les multiples aller et venus des patients ?

Gé :

C'est une forte demande des personnes âgées que je vois en consultation, c'est qu'ils n'en peuvent plus des aller retours.

Gy :

Moi j'ai la chance d'avoir un HDJ, j'arrive à organiser par exemple pour une patiente aujourd'hui, une consultation oncogériatrique avec Pet scan et cslt anesthésique le même jour. Grâce à HDJ ce n'est pas trop compliqué.

Gé :

En oncogériatrie dermato et gynécologique ils peuvent bénéficier d'un HDJ.

Gy :



Je pense que c'est un peu casse-tête pour la secrétaire donc souvent elle essaye de gérer le Pet scan car c'est le plus difficile puis les autres rdv en même temps mais ce n'est pas simple pour la secrétaire. En plus tu ne peux pas faire beaucoup d'exams complémentaires en plus du Pet Scan a cause des doses d'injection de produit radioactif ou la dose radiation donc du coup cela nécessite d'hospitaliser la patiente mais c'est vrai que sans HDJ c'est impossible à tout coordonner.

MN :

Si on commence par l'ostéodensitométrie, c'est possible de réaliser l'ODM (qui est non irradiante d'abord) et Pet scan (en second temps) le même jour.

L :

Un autre point avait été discuté à la dernière réunion par les MG, c'est qu'ils ne comprenaient en général pas tout aux CR de RCP ? Et des pertes de courriers...

Gy :

Je pense que probablement ils ne reçoivent pas tous le CR de la RCP.

MG 1 :

De plus en plus, il y a un effort, certes avec du retard, mais il y en a de plus en plus.

Gy :

Le problème RCP sont informatisées donc ça ne dépend pas de nous, oncologues, en fait. C'est-à-dire que ça sort de manière automatique.

L :

Notamment pour les abréviations

Gy :

Alors cela c'est la nouvelle génération.

Gé :

On avait discuté de la difficulté d'utiliser un support commun, que ce soit DCC ou CR en fonction des gens, ça restait difficile à organiser. Après l'hôpital comptait se remobiliser pour améliorer et s'occuper du Dossier Communiquant de Cancérologie mais je ne sais pas si ça va prendre.

Cela permettrait de centraliser tous les CR d'examen et de consultation, qui serait accessible pour les Mg également.

Gy :

C'est accessible par les médecins libéraux mais pour cela il faut entrer un code d'accès

Gé :

Par contre c'est très curieux, car il faut jurer sur l'honneur qu'on n'ira pas regarder les dossiers « cancer » des patients qu'on ne suit pas en tant que praticien car on peut avoir accès à tous les patients de la région.

MG 3 :

A part si cela a changé récemment, moi je n'ai jamais eu accès à ce logiciel.

Gy :

L'informatisation des dossiers d'oncologie n'a que deux ans et donc normalement vous les MG vous devez y avoir accès.

Gé :

Moi je ne le trouve pas très pratique alors que nous on est sensibilisé. On passe un temps fou à rechercher les informations.

MG 3 :

Même si ce n'est pas très bien présenté, s'il y a les informations de tous auquel on peut avoir accès ça reste important. Je ressaierai.

Gé :

De toute façon nous, nous sommes obligés de l'alimenter.

Gy :

Après on avait voulu mettre nos CR de consultation sur le DCC car nos écrits ne sont pas bloqués, donc tout le monde peut les modifier n'importe quand ! Donc nous on s'en sert que pour la RCP. Ce n'est pas conçu pour mettre nos consultations.

MG 2 :

J'ai un peu honte de dire cela mais moi si parfois je ne comprends pas, ça ne me dérange pas. Si on veut être pragmatique, ce n'est pas moi qui vais discuter du plan cancer de prise en charge en fonction de telle gravité de cancer. Moi je dois gérer les effets secondaires du produit et surveiller le suivi du TTT.

MG 1 :

En plus la conclusion de RCP est en général, clair.

Gé :

Nous avons bien avancé.

MG 3

Maintenant il faut que l'on s'occupe de la communication de ce travail. Car il faut que cela fonctionne.

Gy :

Je pense qu'on peut discuter avant ou après un RCP pour tenir informé les différents spécialistes oncologues. Une information en interne.

MN :

Après ce sera plutôt la MG la complexité, pour communiquer l'info.

Gy :

Si déjà nous dans nos courriers de spécialiste d'oncologues, on note que l'on a prescrit l'ostéodensitométrie, le patient verra avec son MG s'il y a nécessité de traiter ou non. Il y a toujours des MG que ça n'interpellerà pas.

MN :

On peut imaginer que sur le CR on répète que l'indication de TTT est à voir avec le MG. Et qu'on mette l'organigramme de la recommandation qu'on a précisé en début de réunion pour aider le MG. Et même qu'on rajoute, selon l'organigramme ci-dessous qu'il y aurait ou non indication de traiter.

MG 2 :

Après peut être que les MG diront, j'en ai marre qu'on me donne des ordres alors je ne le fais pas. Il faut à ce moment-là aussi préciser que le rhumatologue peut aussi être un relais si le MG ne veut pas s'en occuper.

Gé :

Et les MG vont encore aux EPU ?

MG 3 :

Pas vraiment car déjà les EPU ça n'existe plus. Il n'y a plus vraiment d'enseignement post universitaire. Il y a quelques formations réalisées par l'industrie mais cela ne concerne pas tout le monde. Il y a de la formation médicale continue, appelé DPC maintenant mais ça ne concerne qu'environ 20% des MG concernés. Après s'il y a des gens qui se forment seuls, à leur cabinet ou chez eux, il y a aussi du E-learning, cela ne représente pas beaucoup de pourcentage.

Je pense Laure qu'il faut que tu finisses sur le point communication.

Gé :

Et par le biais du DMG (département de médecine générale) ?

MG 3 :

Nous avons un impact sur les internes par sur les médecins extérieurs, hormis les Maitres de stage du territoire du Languedoc Roussillon au nombre de 400.

Ph :

Et communiquer par les mails des médecins obtenus grâce à l'URPS ?

MG 3 :

Le problème de communiquer c'est qu'envoyer aux médecins ce n'est pas compliqué. Mais il faut que ce soit quelque chose qui serve, comparé aux 500 informations par mails que l'on reçoit.

MG 2 :

Le problème avec les FMC c'est qu'à chaque intervention des spécialistes, vous ne vous occupez pas assez de l'HTA pour le cardiologue ou de l'équilibre du diabète pour l'endocrinologue. Donc les MG saturent. D'où le fait qu'ils doivent se sentir aider et donc je pense qu'en leur mettant la recommandation sur papier et en indiquant que c'est au MG de s'en occuper (mais qu'il peut toujours s'adresser à un rhumatologue s'il ne se sent pas de s'en occuper).

MG 1 :

Je pense que le plus efficace c'est de se déplacer au cabinet des médecins, pour expliquer, répondre aux questions.

MG 3 :

Il n'y a personne qui fait cela.

MG 1 :

Après cela peut être dans le cadre d'une thèse.

MG 3 :

Sur les 150 internes par promo qui réalisent leur thèse, quand ils envoient des questionnaires on est à 10% de réponse, et ceux qui arrivent à 15% c'est qu'ils n'ont fait que relancer sans cesse. On n'est pas préparé à faire ce genre de chose, ça n'existe pas en France la recherche de médecine générale

MG 1 :

Parce que le papier je suis sûre qu'il y a un MG sur deux qui ne va pas le lire.

MN :

Après nous, hospitaliers, il faut savoir qu'avec un papier d'information, on peut vexer tel ou tel spécialiste. Il faut nous dire à nous quand est ce que nous devons ajouter ce papier d'information au compte rendu.

MG 3 :

Il faut savoir que quand Laure m'a parlé du sujet de sa thèse et du manque de prise en charge, j'ai pensé que l'on pouvait créer une filière d'interne en MG qui lors de leur SASPAS passent une journée à la maison médicale universitaire de Nîmes pour informer et prendre en charge l'ostéoporose. Mais j'ai laissé tomber l'idée car il y a trop de chose à mettre en place.

Gy :

On fait des RCP privées et publiques une fois par mois. En théorie les gens de l'hôpital doivent tous venir, même si en pratique il y a peu de monde. Ça pourrait être intéressant de faire venir Laure pour soumettre l'idée, leur transmettre l'information et voir ce qu'ils en pensent et savoir si le spécialiste est d'accord. S'il est ok à ce moment là c'est validé et les personnes qui ne sont pas là tant pis ! Toi tu donnes l'information et s'ils ne sont pas là ce n'est plus ton problème.

MN :

Après ils pourraient venir discuter et être contre, en disant moi ça fait des années que je travaille ainsi, ne vient pas me dire ce que je dois faire.

Gy :

Cela dit, hormis les vieilles générations de médecin, je ne suis pas sûre qu'il y en ait beaucoup qui traitent de A à Z.

De plus le CR tu ne l'envoies pas qu'au MG mais aussi au spécialiste de ce fait si il veut le traiter il le peut également.

MG 1 :

Est-ce possible d'adresser le CR aux médecins généralistes même si ce n'est pas lui le prescripteur ? Le gros problème qu'on a en MG c'est qu'on ne reçoit pas les CR d'examen de nos patients que nous n'avons pas prescrit, ce qui est une perte d'information.

MN :

Oui bien sûr, j'ai juste à rajouter un nom. Pour ma part nous pouvons le faire concernant l'ODM car ce sont les médecins nucléaires qui s'en occupent mais je ne sais pas ce qu'il en est pour les radiologue et pour les autres examens complémentaires.

L :

Et Bien, nous avons bien avancé, merci de votre participation et vos échanges constructifs. Nous pouvons finir la réunion.

## ANNEXE 8

### - Apports de ces résultats / état des connaissances sur le sujet. Comparaison à la littérature existante.

Pas d'étude sur la mise en pratique de la prévention de l'OP dans le contexte des anti-aromatase. Par contre de nombreuses études ont mis en évidence que l'ostéoporose est largement sous-dépistée en médecine générale. Or, le médecin généraliste se situe en première ligne des pratiques de prévention. La première difficulté évoquée est de penser à dépister et de faire accepter le dépistage de l'ostéoporose aux patients. Sensibiliser la population au dépistage de l'ostéoporose et inscrire cet outil dans les mœurs semblent importants.(12) (15) (18)

Le médecin généraliste a conscience de la relation de proximité avec ses patients qui le place au cœur de la prévention de santé. L'activité de dépistage, facilitée par les campagnes de dépistage de masse, n'est pas standardisée. La pratique du dépistage varie en fonction des zones d'activité. Intégrer et faire accepter le dépistage en consultation courante est un enjeu pour le médecin traitant. La principale difficulté en pratique quotidienne est de penser à dépister. (16)

Des études ont montré les obstacles au dépistage diagnostic et traitement de l'ostéoporose similaire à ceux précédemment cités dans les résultats de la thèse :

*Cf Annexe 3*

Les recommandations concernant l'ostéoporoses n'étaient pas appliquées secondaires à différents obstacles :

#### - Liés aux recommandations, peu connues et trop complexes

(50) En comparaison avec les études épidémiologiques disponibles (51), les MG de l'étude déclaraient traiter plus leurs patientes, mais ils ne le faisaient pas correctement dans les situations cliniques proposées. Cela semble témoigner d'une difficulté à apprécier le risque fracturaire, ce qui pourrait expliquer en partie la faible prescription effective.

Le problème de l'absence de participation des MG dans leur élaboration était mal vécu. (23)

Cette étude rapporte que les MG seraient prêts à accepter des normes scientifiques à condition qu'elles soient élaborées en concertation avec eux. Cela n'est pas le cas actuellement des recommandations GRIIO 2012 qui représentaient 8 sociétés savantes associant rhumatologues,

endocrinologues, gynécologues, gériatres et chirurgiens orthopédiques à l'exclusion des sociétés savantes de médecine générale. Ce qui a tout de même été corrigé lors des recommandations GRIIO 2018 avec la présence de 2 médecins généralistes. Une meilleure concertation entre les différents intervenants de l'ostéoporose et les MG abouti sans doute à une meilleure compréhension et prise en charge dans l'intérêt du patient, voir simplification de la prise en charge.

Les difficultés à intégrer et Utiliser les recommandations ne sont pas inhérentes aux MG français. Aux Pays-Bas, il existe aussi des difficultés à unifier les pratiques des MG malgré la disponibilité de recommandations uniques sur la prise en charge de l'ostéoporose post-ménopausique. Un travail datant de 2008 (52) concluait à une mauvaise diffusion des textes, à un manque d'habitude à les lire et à les utiliser, à un sentiment de ne pas être en accord avec leurs contenus («comme s'ils étaient écrits pour et par d'autres») Et à des difficultés à leur mise en application en pratique quotidienne. Aussi, L'enjeu n'est pas de savoir combien de Françaises sont atteintes d'ostéoporose, mais parmi celles-ci, lesquelles sont menacées de fractures et comment faire pour leur éviter cet accident toujours lourd de conséquences. L'évaluation du risque fracturaire en soins primaires est complexe.

A- MHD et Supplémentation Vitamino-calcique, Activité physique

1) Supplémentation Vitamine D

Il existait une remise en cause de la validité des normes liée au constat de dosages fréquemment bas y compris chez les jeunes. La question de supplémenter en vitamine D voir de doser la vitamine D est discutable.

En effet selon revue Cochrane, méta-analyse (27), La vitamine D seule n'aurait aucun effet sur la diminution des risques de fracture et sur la mortalité. Par contre la supplémentation calcium Vit D pourrait prévenir les fractures de la hanche et autres. Cependant, cela entrainerait une légère mais significative augmentation des symptômes gastro-intestinaux et maladies rénales, sans augmentation de risque mortel.

Selon la revue Prescrire (25), chez les adultes sans antécédent de fracture vivant à domicile, selon une méta-analyse portant sur environ 43 500 adultes, la supplémentation en vitamine D associée ou non au calcium ne prévient pas la survenue de fractures, alors qu'elle expose aux calculs rénaux. La prévention des fractures repose essentiellement sur des mesures non médicamenteuses : prévention des chutes, exercice physique régulier, alimentation équilibrée.

Une supplémentation quotidienne en vitamine D et en calcium permet d'éviter quelques fractures chez les personnes âgées de plus de 70 ans vivant en institution, au prix d'un risque accru de calculs rénaux (1à3). Chez les adultes en bonne santé vivant à domicile, pas d'effet préventif de l'association vitamine D + calcium. Une synthèse méthodique, réalisée à la demande de l'US Preventive Services Task Force (Uspstf), organisme public étatsunien d'évaluation des stratégies de prévention, a recensé les essais randomisés d'évaluation de la vitamine D en prévention des fractures chez les adultes en bonne santé sans antécédent de fracture et vivant à domicile (31) (32)

Six essais randomisés ont été retenus, chez environ 43 500 adultes. Tous ont évalué l'association vitamine D + Calcium versus placebo (19). Les essais ont inclus en majorité des femmes ménopausées. Aucun essai n'a inclus d'hommes de moins de 50 ans ou de femmes non ménopausées (19). Les essais, très hétérogènes, ont évalué des doses de vitamine D allant de 300UI à 800UI par jour. Les doses de calcium allaient de 500 mg à 1 200 mg par jour (19). Selon une méta-analyse de ces essais, la supplémentation quotidienne par vitamine D + calcium n'a pas eu d'effet préventif sur la survenue de fractures (risque relatif = 0,89 ; intervalle de confiance à 95 % : 0,76 à 1,04).

Selon le consensus GRIO en 2018, (29) la concentration recommandée actuellement de 25 OH vitamine D est d'au moins 30ng/ml (75 nmol/l). (Accord professionnel)

(28)Un dosage de vitamine D doit être réalisé afin d'éliminer une autre cause d'ostéopathie fragilisante (ostéomalacie) et chez les sujets chuteurs devant recevoir un traitement anti-ostéoporotique. (28) Ces deux situations rentrent dans le cadre du remboursement de ce dosage. L'existence d'un taux cible nécessite parfois de vérifier le dosage sérique de vitamine D au cours du suivi en particulier dans les populations à risque (morbidité, malabsorption, difficulté à atteindre l'objectif thérapeutique, insuffisance profonde <10ng/ml en vitamine D...). Cette recommandation s'applique aux patients nécessitant un traitement anti-ostéoporotique (Accord professionnel).

En cas d'insuffisance ou de carence vitaminique D, un traitement «d'attaque» peut permettre d'obtenir rapidement un taux de 25-(OH)-vitamine D au-dessus de la valeur cible de 30 ng/ml. (28) La posologie du traitement d'entretien est de 800 à 1200 UI/jour. Des doses équivalentes de 80 000 à 100 000 UI tous les 2 à 3 mois peuvent être proposées. Les posologies fortes (500 000 ou 600 000 UI, une à deux fois par an), ne sont pas recommandées dans l'état actuel des connaissances, car elles pourraient être délétères (87)



(*Accord professionnel*). (53). En octobre 2013 (54), la HAS a retenu qu'il n'y avait pas d'utilité au dosage de vitamine D en routine et a restreint son utilisation à des cas limités sans mentionner l'ostéoporose fracturaire. Il reste indiqué dans 4 situations : le diagnostic de rachitisme et d'ostéomalacie, les mentions d'AMM des traitements de l'ostéoporose, le suivi du transplanté rénal trois mois après transplantation et le traitement chirurgical de l'obésité de l'adulte. Il est regrettable que le rapport n'aborde pas clairement la question de l'intérêt du dosage après fracture ostéoporotique. Le groupe de travail de la HAS considère qu'il est utile de doser la vitamine D pour maintenir une concentration > 24 ng/ml en cas d'ostéoporose. Selon la revue Prescrire (26), le travail de la HAS est convaincant quant à l'absence de preuve de l'intérêt du dosage de la vitamine D dans 17 situations cliniques, notamment chez des patients atteints de cancers ou d'affections cardiovasculaires. Mais ce rapport propose, sans méthode ni arguments solides, de supplémenter en vitamine D, systématiquement, sans dosage préalable, l'ensemble de la "population gériatrique" quelle que soit la situation clinique des personnes. Même si certains chapitres de ce rapport contiennent des éléments intéressants, certaines propositions mal argumentées brouillent le message et montrent que sa méthode d'élaboration est fragile. Inutile de se plonger dans la lecture de ce rapport de qualité inégale.

Actuellement, il n'y a pas de consensus sur les seuils de normalité de la vitamine D.

Les rhumatologues ont exprimé leur désaccord avec la HAS sur la suppression de l'indication du dosage de vitamine D dans l'ostéoporose qui constitue pour eux une perte de chance pour les patientes. Ils affirment que le taux de 30 ng/ml est un objectif thérapeutique nécessaire qui tient compte non seulement de critères métaboliques mais aussi de la diminution du risque de fractures.

Par ailleurs, plusieurs travaux montrent qu'il faut corriger un déficit en vitamine D pour que les bisphosphonates soient efficaces (55) (56)

La vitamine D en ampoules trimestrielles ne posait pas de difficultés d'observance.

Les problèmes soulevés au sujet de l'observance des bisphosphonates sont récurrents dans la littérature.

## 2) Apports Calciques alimentaire et médicamenteux

Le GRIO 2018 (29) ne recommande pas de prescription systématique de calcium après une fracture ostéoporotique. Il conseille de privilégier les sources alimentaires de calcium provenant des produits laitiers et des eaux minérales riches en calcium. Les apports optimaux sont de 1200 mg/jour chez la femme ménopausée. Si les apports alimentaires sont insuffisants et non modifiables, il faudra compléter par du calcium médicamenteux. Pour évaluer les apports alimentaires de calcium, plusieurs questionnaires validés ont été mis en place cf *GRIO 2018 annexe du GRIO*

Une These (21) montre que le calcium était le traitement le moins bien pris en raison d'intolérances digestives, du goût ou de la galénique désagréable et de la prise quotidienne. Cela a conduit certains médecins à ne jamais prescrire de calcium et à privilégier les apports alimentaires. On trouve peu d'études dans la littérature sur l'observance du calcium contrairement à celle des bisphosphonates.

### 3) Activité physique

*Selon le GRIO 2018 (29):* L'inclusion dans les programmes d'activité physique comprenant un entraînement spécifique visant à améliorer l'équilibre, est un facteur clé de succès vis-à-vis du risque de chute. Il doit être bien entendu associé à d'autres types d'exercices (renforcement musculaire, travail de la coordination et de l'endurance, augmentation des amplitudes articulaires, en particulier de cheville) qui ont montré leur efficacité pour diminuer le risque de chute ou le risque de chute compliquée (Grade A). Chez les plus de 65 ans il est recommandé de pratiquer une activité physique d'intensité modérée à élevée, 2 jours par semaine ou plus, de préférence non consécutifs, à raison de 8 à 10 exercices répétés 8 à 12 fois chacun (57)

*Selon Cochrane (58)* Les résultats suggèrent qu'il existe un effet relativement faiblement significatif du point de vue statistique, mais possiblement important, sur la densité osseuse par rapport aux groupes témoins sans pratique d'activité physique. L'exercice est potentiellement un moyen sûr et efficace de prévenir la perte osseuse chez les femmes ménopausées.

*Selon une autre étude (59):* Aucune conclusion définitive ne peut être tirée en ce qui concerne les effets bénéfiques de la pratique d'exercices physiques pour les personnes présentant une fracture vertébrale. Bien que des essais individuels aient rapporté des effets bénéfiques pour certains critères relatifs à la douleur, la fonction physique et la qualité de vie, les résultats

doivent être interprétés avec prudence compte tenu de leur caractère contradictoire et de la faible qualité des éléments de preuve. Le faible nombre d'essais et la variabilité entre les essais ont limité notre capacité à regrouper les résultats ou à tirer des conclusions. Les preuves concernant les effets de la pratique d'exercices physiques après une fracture vertébrale, en particulier chez les hommes, sont rares. Un essai randomisé de qualité élevé est nécessaire afin d'éclairer la prescription d'exercices physiques pour les personnes présentant des fractures vertébrales.

## B- TTT Spécifique

Dénosumab traitement ostéoporose de deuxième intention après les bisphosphonates

Selon la revue Prescrire (60), le Dénosumab (Prolia<sup>o</sup>) présente une balance bénéfices-risques de plus en plus défavorable. Au fil du temps, les notifications d'effets indésirables parfois graves alourdissent la balance bénéfices-risques du dénosumab dans le traitement de l'ostéoporose. Le dénosumab est autorisé dans certaines ostéoporoses (Prolia<sup>o</sup>) et certaines métastases osseuses (Xgeva<sup>o</sup>). (61) (33)

Comme prévisible selon l'évaluation du Dénosumab avant commercialisation, des notifications d'effets indésirables liés à des perturbations immunitaires imputées au Dénosumab s'accumulent. Mi-2018, plusieurs milliers de cas ont été recensés dans le monde. Avant puis après sa commercialisation, une augmentation du risque d'infections profondes (cœur, cerveau, os, peau, sang, etc.) a été observée avec le Dénosumab ainsi qu'une augmentation de cancers. Des hypersensibilités graves, et des atteintes auto-immunes parfois graves voire mortelles, ont été observées.

Ces perturbations immunitaires s'ajoutent à divers effets indésirables connus du Dénosumab : douleurs dorsales, douleurs musculaires et osseuses ; hypercholestérolémies, hypocalcémies, ostéonécroses ; troubles osseux et fractures atypiques. Il existe aussi un risque de fractures vertébrales multiples à l'arrêt du médicament.

La balance bénéfices-risques du dénosumab est nettement défavorable dans l'ostéoporose. Mieux vaut ne pas débuter un tel traitement, ce qui évite aussi tout problème lié à son arrêt.

À l'arrêt du dénosumab, des recommandations françaises, peu étayées mi-2018, sont de proposer un diphosphonate pendant 6 mois à 12 mois. En pratique, le dénosumab a une balance bénéfices-risques défavorable dans l'ostéoporose : ses effets sont très modestes en

prévention des fractures, et il expose à des effets indésirables disproportionnés, dont des troubles osseux, des perturbations du système immunitaire, ainsi que des fractures vertébrales multiples à l'arrêt. Mieux vaut ne pas commencer de traitement par le Dénosumab. À l'arrêt du Dénosumab, des recommandations françaises, peu étayées mi-2018, sont de proposer un relais par diphosphonate pendant 6 mois à 12 mois.

- Liés aux modalités thérapeutiques

Selon une thèse sur les freins au dépistage de l'ostéoporose (11), une des grandes difficultés en médecine générale est la prise en charge thérapeutique de l'ostéoporose. Seule une minorité de patients ostéoporotiques ou à risque élevé sont traités correctement. La plupart des études retrouvent que moins de 40 % des femmes ménopausées fracturées sont correctement prises en charge. (62) (63)

Dans l'étude réalisée auprès de 60 médecins généralistes dans la région Languedoc-Roussillon, seuls 38,4% des traitements ont été débutés selon les indications de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps) de 2006 et après réalisation d'une densitométrie osseuse dans les conditions de remboursement. (19) (63)

Les médecins décrivent un flou thérapeutique dans le domaine de l'ostéoporose : leurs connaissances sur les indications, le type et la durée des traitements sont insuffisantes.

Il existe des doutes quant à la fiabilité des études scientifiques. Un tiers des médecins ont déclaré ne pas faire confiance aux résultats des études scientifiques soupçonnant des conflits d'intérêts. Ce sentiment avait déjà été évoqué lors d'un travail de thèse réalisé entre 2008 et 2009 en Lorraine. (64)

De plus, les médecins pensent que l'abandon progressif des THS, en raison de leurs effets secondaires, a laissé place aux autres traitements anti-ostéoporotiques qu'ils jugent inefficaces. L'arsenal thérapeutique proposé est ainsi assimilé à un business pharmaceutique. Ces faits ont également été décrits dans une autre étude, réalisée en 2001 auprès de médecins généralistes et de chirurgiens orthopédistes, dont le but était de mieux comprendre les obstacles au diagnostic et à la prise en charge thérapeutique de l'ostéoporose. En effet, 91% des médecins généralistes avouaient ne pas être convaincus par les études de l'efficacité des traitements anti-ostéoporotiques. (17)

Par ailleurs, les médecins, comme les patients, ont peur des effets secondaires de ces molécules décrites comme toxiques. Les médecins ont surtout évoqué les problèmes digestifs et le risque d'ostéonécrose de la mâchoire liés aux bisphosphonates. Dans l'étude de C.Simonelli et K. Killeen (36) sur les obstacles à la prise en charge de l'ostéoporose, 61 % des médecins généralistes interrogés déclaraient que les effets secondaires des médicaments étaient un des principaux facteurs limitant la prescription thérapeutique concernant les effets secondaires, en particulier digestifs, les essais randomisés contrôlés n'ont pas retrouvé de différence significative entre les deux groupes traitements versus placebo.(65) (66)

Dans l'ostéoporose, l'incidence des ostéonécroses de la mâchoire est très faible, comprise entre 0,001% à 0,01% patient-années selon le rapport de la Task force de l'ASBMR , (67) très proche de l'incidence observée dans la population. La prise de bisphosphonates et dénosumab est un des facteurs de risque de fracture atypique fémorale. Le risque absolu de fracture atypique chez des patients recevant des bisphosphonates est très bas, compris entre 3,2 à 50 cas pour 100,000 patient-année) selon le rapport de la Task force de l'ASBMR (68) Le risque diminue à l'arrêt du traitement.

Il existe des données qui suggèrent un bénéfice oncologique (effet antitumoral) des antirésorbeurs (bisphosphonates oraux et injectables et denosumab) chez les patients ayant un cancer du sein :

Cette étude (69) met en évidence que les bisphosphonates, s'ils sont utilisés en traitement adjuvant des cancers, aurait un bénéfice dans la réduction de l'incidence des métastases osseuses comparé au placebo. Que ce soit par bisphosphonate IV (Zoledronate 4mg tous les trois à six mois durant 5 ans) ou bisphosphonates oral (Clodronate 1600mg par jour pendant 2 à 3 ans). Cependant aucun effet des bisphosphonates sur les autres métastases tel que récidives loco régionales ou métastases digestives n'a été objectivé par rapport au placebo. De plus, les bisphosphonates ont montré un bénéfice sur la survie globale des femmes ayant un cancer du sein mais seulement chez les femmes ménopausées, pas de bénéfice chez les femmes non ménopausées dans l'étude.

L'autre point difficile concernant les bisphosphonate est la non-observance thérapeutique, souvent rencontrée au cours des maladies chroniques, est un problème récurrent. Une méta-analyse de la littérature retrouve que près d'une patiente sur deux arrête son traitement dans l'année qui suit, les autres suivent de manière imparfaite les prescriptions (34). Le rôle du médecin est d'informer et d'éduquer les patients. Cependant, une étude quantitative réalisée

en 2012 (43) sur l'observance du traitement dans l'ostéoporose en médecine générale concluait que celle-ci ne semblait pas être une priorité pour les médecins face à l'insuffisance cardiaque, au diabète, à l'hypertension artérielle, à la BPCO. Les conditions de prise des bisphosphonates sont contraignantes pour les patients mais doivent être respectées de manière rigoureuse afin de limiter les effets indésirables digestifs. La commercialisation de traitements à prise hebdomadaire voire annuel, devrait améliorer l'observance au traitement. La supplémentation vitamino-calcique et l'exercice physique semblent être, pour les médecins interrogés, les seules mesures efficaces pour prévenir et traiter l'ostéoporose.

Selon la Thèse (10) Trois critères principaux avancés comme responsable de la mauvaise observance, dans l'ordre:

- 1er : Les contraintes de prise pour les bisphosphonates (traitement le plus prescrit en France). Les médecins rapportent la difficulté de la prise à jeun à 30minutes d'un repas avec une prise hebdomadaire ou mensuelle entraînant un risque d'oubli.

2ème : manque de motivation du patient à se soigner devant une maladie silencieuse et banalisée.

3ème : les effets indésirables du traitement et leur crainte.

Autres critères non négligeables : - peu ou non efficacité visible du traitement, même sur le long terme, avec un patient qui peut ainsi douter de l'utilité du traitement. - problème de la polymédication qui entraîne un choix par le patient ou le médecin de diminution des prises du traitement. - la lassitude des patients au traitement calcique à cause de leur goût et consistance.

Bien que reconnaissant l'ostéoporose comme une maladie potentiellement grave, une majorité de médecins rencontre des difficultés dans le choix et la durée du traitement anti-ostéoporotique.

- Liés aux Médecins généralistes

Dans notre étude, les médecins généralistes veulent avoir un rôle prépondérant dans la prise en charge de l'ostéoporose et ne sont pas favorable à une filière ostéoporose car ceci entrainerait un désintérêt de la prise en charge par la médecine générale. Pourtant, la plupart des médecins connaissent les facteurs de risque d'ostéoporose mais ne les recherchent pas (11). L'ostéoporose n'est pas une priorité en médecine générale par rapport à la prise en charge d'autres pathologies en particulier cardio-vasculaires. Comme le souligne une enquête

sur la prise en charge de l'ostéoporose, réalisée auprès de médecins généralistes en France dans le cadre du Congrès de Rhumatologie en 2005, 93% des généralistes estimaient jouer un rôle central dans la prise en charge de l'ostéoporose. Cependant, en pratique quotidienne, ils la situaient loin derrière l'hypertension, le diabète, l'arthrose et la dépression (12). Une des principales difficultés est d'y penser. Les motifs de consultation sont variés mais pourtant rarement portés sur la prévention. Les médecins généralistes ont un rôle prépondérant dans le dépistage mais celui-ci est souvent associé au dépistage de masse. Il faut rester vigilant devant ce type de pathologie silencieuse et essayer de standardiser les pratiques. Un auto-questionnaire spécifique sur l'ostéoporose pourrait être proposé à toutes les femmes ménopausées mais aussi aux hommes à partir de 65 ans. Une consultation annuelle dédiée exclusivement au dépistage pourrait être envisagée. Développer les logiciels médicaux en faveur du dépistage de l'ostéoporose aiderait les médecins généralistes à y penser : intégrer des notes de rappel et un questionnaire des facteurs de risque. La question libre, posée aux médecins dans cette étude, valide ces constatations. Elle complète l'analyse par deux nouveaux points : le manque de motivation du patient face à une maladie asymptomatique et le problème de la polymédication. Le médecin généraliste reconnaît sa place dans l'observance de son patient. Deux tiers d'entre eux désirent travailler en collaboration avec d'autres acteurs de santé. La plupart des études, dans la littérature, retrouvent la même constatation après un an de traitement, 50% des patients sont inobservants dans l'ostéoporose. Le malaise des médecins généralistes dans la prise en charge de l'ostéoporose, s'explique facilement au regard de l'ensemble des traitements avec des indications proches mais différentes, les dernières polémiques qui ont pu exister, les recommandations qui évoluent ou encore les nouveaux traitements dont on parle mais qui n'arrivent pas encore sur le marché. Devant la complexité reconnue sur le traitement, le médecin n'est pas serein dans la prise en charge, cela se répercute sur l'observance du traitement via la relation interpersonnelle

- Liés à la pathologie longtemps silencieuse

L'ostéoporose est une pathologie asymptomatique d'évolution insidieuse jusqu'à la complication représentée par la fracture. Elle est reconnue comme un problème de santé publique par l'HAS depuis 2006 (70). Cette pathologie est souvent sous-estimée en médecine générale. Pourtant, l'ostéoporose est classée par l'OMS parmi les dix premières maladies prioritaires. Il s'agit d'une pathologie très fréquente aux conséquences lourdes. Selon l'International Osteoporosis Foundation, le risque de fracture ostéoporotique chez les femmes est plus élevé que les risques combinés de cancer du sein, de l'ovaire et de l'utérus. Pour les

hommes, ce risque est supérieur à celui du cancer de la prostate. Par ailleurs, le risque de décès lié à une fracture de hanche chez une femme de 50 ans est similaire au risque de décès par cancer du sein (7). Les complications liées à l'ostéoporose posent un vrai problème de santé publique avec un taux de morbi-mortalité sévère. Près du quart des patients décèdent dans l'année qui suit, toutes causes confondues, 23,5 % des patients de 55 ans ou plus meurent dans l'année qui suit une fracture de l'extrémité supérieure du Fémur. Ce taux de décès est cohérent avec ceux rapportés dans les études internationales, qui varient de 20 % à 30 % (71). Une étude observationnelle en 2010 rapportait que les femmes se disaient plus compliantes lorsqu'elles prenaient conscience des risques et conséquences de l'ostéoporose sur leur santé mais la plupart d'entre elles ne voient pas la gravité de l'ostéoporose (38). D'où l'importance pour les médecins de leur faire prendre conscience de cette gravité après l'avoir eux-mêmes reconsidérée. Ainsi nous proposons que le sujet de l'ostéoporose soit abordé précocement chez les patients. La plupart des femmes ostéoporotiques ne se considèrent pas malades. L'intérêt de la prise en charge de l'ostéoporose semble secondaire aux autres pathologies chroniques pour 75% des médecins généralistes.(11)

Malgré ces constatations, l'ostéoporose est largement sous-dépistée en médecine générale comme l'ont montré plusieurs études(72) (73)

#### - Liés au patient

La pratique de dépistage est parfois mal acceptée par les patients devant la peur de la découverte d'une maladie grave (16) ou en raison des conditions de réalisation du dépistage comme par exemple l'hémocult. Dans le baromètre santé médecins pharmaciens de l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES) 2003, le premier frein à la prévention et à l'éducation cité par les médecins était la résistance des patients (pour 51,2 % des médecins interrogés) (74).

#### 1- **Lié à l'état général du patient**

Une these (21) a révélé que l'état de santé général de la patiente, les comorbidités, l'espérance de vie limitée et la perte d'autonomie étaient une des principales causes de non prescription des bisphosphonates ou de non prise en charge de l'ostéoporose. L'âge élevé, la polymédication, l'institutionnalisation et la présence de troubles cognitifs étaient aussi d'autres déterminants majeurs.



Le travail de K. Johnell (22) a montré que la prévalence des bisphosphonates diminuait avec l'âge. Parallèlement le risque fracturaire augmente avec l'âge. A l'inverse, la supplémentation vitamino-calcique restait stable avec l'âge avant de décliner vers 90 ans. Il semble que le traitement de la personne âgée se limite pour les médecins au maximum à la supplémentation vitamino-calcique comme dans notre étude préliminaire.

L'âge chronologique n'est pas en soi un facteur indépendant. Il faut tenir compte de l'âge physiologique pour la prescription des bisphosphonates qui ont montré leur efficacité chez les personnes très âgées aussi.

Le point de vue de certains gériatres pour le traitement de l'ostéoporose du sujet âgé pourrait se résumer à 4 situations (13) : - Pour les patientes âgées autonomes, en bon état général après fractures dites « robustes » ou « vigoureuses », la démarche diagnostique et thérapeutique reste la même que celles des patientes plus jeunes en bonne santé. - Pour les personnes âgées fragiles sans comorbidités majeures, les bisphosphonates sont à proposer. - Pour les personnes âgées fragiles dites à « santé dépassée » qui présentent des comorbidités importantes ou une perte d'indépendance, la prescription d'un bisphosphonate peut être remise en cause.

Certains gériatres considèrent que plus le sujet âgé est fragile, plus la prise en charge anti-fracturaire passe davantage par la prévention des chutes et la supplémentation vitaminique que par le traitement médicamenteux spécifique. - Pour les patientes devenues grabataires suite à la fracture, la question du traitement médicamenteux et de la prévention des chutes ne se pose plus. Ces situations sont sous tendues par l'espérance de vie des patientes qui limitent l'utilisation des bisphosphonates. Les sujets âgés présentent souvent plusieurs pathologies responsables d'une ordonnance chargée. Les médecins de l'échantillon souhaitaient réduire la polymédication (plus de 5 médicaments). La polymédication fait partie des facteurs de risque de chute. Certaines pathologies vitales comme les maladies cardio-vasculaires étaient jugées prioritaires par rapport à l'ostéoporose car la suppression de leur traitement entraînerait une dégradation rapide alors que les conséquences de l'ostéoporose s'échelonnent à plus long terme.

Certains MG de l'échantillon pensaient qu'il était trop tard de prendre en charge l'ostéoporose au stade fracturaire notamment pour les fractures de l'extrémité supérieure du fémur à cause du mauvais état général et de la perte d'autonomie liée à la fracture. La littérature confirme que la fracture de l'extrémité supérieure du fémur (ESF) survient sur un terrain fragilisé par

des pathologies chroniques préexistantes. 20% des patientes vivaient en institution avant la fracture (75). La plupart des décès ne sont pas uniquement liés à la fracture de l'ESF en elle-même mais surtout aux maladies chroniques préexistantes responsables de la fracture et du décès. Après la fracture de l'ESF, une majorité de patientes ne retrouvent pas leur autonomie (76). Cette vision ne peut pas faire généraliser l'idée que la prise en charge de l'ostéoporose serait « impossible » après fracture. Parmi les 80% de survivants après fractures de l'ESF, 1 patient sur trois retrouve entièrement son autonomie, restant potentiellement éligible au traitement spécifique. Les fractures du poignet ne sont pas associées à un excès de mortalité ni à un surcroît de dépendance et justifient une procédure diagnostique pour éviter le risque de récurrence. Le dépistage des fractures vertébrales sentinelles éviterait les conséquences graves de la fracture de l'ESF.

A l'inverse, des experts québécois insistent sur l'intérêt de la prescription de bisphosphonates même chez les sujets dépendants en institution (77)

## 2- REPRESENTATIONS DES PATIENTES SUR L'OSTEOPOROSE : MANQUE DE PERCEPTION DE LA GRAVITE DE L'OSTEOPOROSE

La thèse (21) faisait ressortir que les patientes ne percevaient pas l'ostéoporose comme pathologique. Une étude mondiale (39) ayant porté sur 60 000 femmes confirmait qu'un grand nombre de femmes ne considéraient pas l'ostéoporose comme une maladie grave et n'ont pas conscience du risque fracturaire. Dans cette même étude, 64% des femmes ayant eu un ATCD de fracture pensaient avoir un risque de refracture plus faible ou équivalent à celui des femmes du même âge. Par ailleurs, une étude qualitative menée auprès de 14 patientes (37) rapportait des similitudes avec ces résultats puisque les patientes ne faisaient pas le lien entre la fracture et l'ostéoporose mais l'attribuaient à la chute. Elles ne croyaient pas non plus en l'efficacité des traitements.

## 3- MANQUE D'ADHESION DES PATIENTES ET DIFFICULTE A MODIFIER LES HABITUDES

Comme dans toutes les maladies chroniques asymptomatiques, la prise en charge au long cours nécessite un changement de comportement. La thèse (21) a montré qu'il était difficile d'amener les patientes à modifier leur comportement pour suivre les règles hygiéno-diététiques et les conseils de prévention des chutes. Les raisons tenaient à l'absence de motivation des patientes principalement ainsi qu'au goût et au confort. De même Crombie et al retrouvaient

que le manque d'intérêt pour l'activité physique était la principale raison expliquant la faible adhésion des personnes âgées vivant à domicile même si elles étaient aptes à l'effort et conscientes des bénéfices (42). Pour susciter le déclic de changement, certains médecins de l'échantillon suggéraient l'aide de campagnes de médiatisation sur l'ostéoporose ou l'activité physique.

L'adhésion des patientes relève de l'éducation thérapeutique qui a été très peu abordée. Cela laisse supposer que les MG se trouvaient démunis ou exprimaient une lassitude face à la mauvaise adhésion des patientes à tous les niveaux. Il a été proposé dans cette étude de partir du vécu de la fracture pour essayer de faire prendre conscience aux patientes qu'il faut éviter que ça recommence. Cette façon de procéder s'inspire de la théorie cognitivo-comportementale du health belief model (45) qui suppose que le sujet doit être convaincu qu'il est exposé à des risques futurs sur sa santé pour adopter des mesures de prévention. Dans ce modèle, le sujet doit aussi croire que le comportement proposé est susceptible de réduire le risque. La littérature confirme que la croyance de la patiente en son propre risque fracturaire et en l'efficacité des traitements sans effets secondaires majeurs à long terme font partie des principaux motifs d'adhésion et de persistance au traitement anti-ostéoporotique (46).

#### - Liés au diagnostic : l'ostéodensitométrie

Il existe un gradient entre la diminution de la DMO et l'augmentation du risque de fracture (78) (79). L'HAS a défini en 2006 des critères de remboursement de l'ostéodensitométrie par la Sécurité sociale. Parmi les médecins interrogés, 44,4 % ont déclaré ne pas les connaître.(16) (19) (20)Cependant, la méconnaissance des critères ne semble pas être un frein à la prescription. De plus, 11 % des médecins proposent une densitométrie de manière systématique à toutes les femmes ménopausées. Aux Etats Unis, l'United States Preventive Services Task Force, la National Osteoporosis Foundation et l'American Association of Clinical Endocrinologists recommandent un dépistage systématique de la femme à partir de 65 ans.

Certains médecins considèrent que la densitométrie n'est pas un examen fiable. La densitométrie osseuse est peu sensible : certaines fractures surviennent chez des patients ayant une densité osseuse normale. La majorité des fractures de fragilité surviennent chez des patientes ostéopéniques (24). Ce manque de sensibilité de l'ostéodensitométrie associé au manque de confiance dans la thérapeutique sont des freins au dépistage de l'ostéoporose pour

beaucoup de médecins. D'autre part, la densitométrie osseuse chez l'homme n'est prescrite que de manière exceptionnelle. Les recommandations de l'HAS pour la prescription d'une ostéodensitométrie chez l'homme ne sont pas intégrées par les médecins.

Certains médecins (21) reprochaient de ne pas avoir d'examen diagnostique « pathognomonique » pour confirmer le diagnostic d'ostéoporose ce qui pouvait induire un doute sur la réalité de l'ostéoporose.

La pertinence de la densitométrie osseuse était remise en cause par quelques participants car les seuils d'intervention thérapeutique ne correspondaient pas à la définition densitométrique de l'ostéoporose selon ESCEO (european society for clinical and economic aspects of osteoporosis and osteoporosis) (T-score  $\leq -2.5$ ). La définition de « l'ostéoporose maladie » ne correspondait pas non plus à la définition densitométrique (T-score  $\leq -2.5$ ). Ainsi une fracture à basse énergie de l'ESF avec un T-score à - 2 est d'origine « ostéoporotique » et nécessite un traitement selon les recommandations GRIIO 2018 et ANSM alors qu'elle sera qualifiée « d'ostéopénique » par la densitométrie osseuse.

Les MG dans la thèse (21) étaient déçus devant les échecs d'amélioration de la densité osseuse à l'ostéodensitométrie après prise de traitement anti ostéoporotique. Cette constatation entraînait une remise en question de l'efficacité des traitements. Il faut noter que certains MG réalisaient une densitométrie osseuse trop précoce à 1 – 2 ans après l'initiation du traitement. De plus, beaucoup de MG utilisaient la densitométrie osseuse de manière inadaptée car ils s'attendaient à une amélioration de la densité osseuse alors que le but de l'ostéodensitométrie de suivi est d'objectiver une absence d'aggravation de la perte osseuse (80). En cas d'aggravation de la densité osseuse, il faut aussi s'interroger sur l'observance avant de conclure à l'inefficacité du traitement. Sous acide zolédronique, la diminution de la densité osseuse est moins fréquente que les bisphosphonates per os car l'observance est certaine.

#### AVIS SUR LA FILIERE OSTÉOPOROSE (21)

Suite au constat du manque de dépistage de l'ostéoporose, des filières pluridisciplinaires ont été mises en place pour améliorer la prise en charge de ces patientes.

Les patientes ayant eu une fracture à basse énergie sont repérées aux urgences ou en orthopédie puis adressées en consultation rhumatologique pour dépister l'ostéoporose. Il existe des variations régionales de l'organisation de ces filières selon les différents centres hospitaliers. A l'hôpital du Mans, les chirurgiens orthopédiques confrontés à une fracture à

basse énergie du poignet ou de l'ESF informent les patientes que la fracture peut être la conséquence d'une fragilité osseuse et nécessite une évaluation rhumatologique. Si la patiente accepte, le chirurgien orthopédique informe par courrier le rhumatologue qui va convoquer la patiente soit en consultation soit en hôpital de jour. Un bilan biologique et des radiographies du rachis sont effectués en ambulatoire. Lors de la convocation en rhumatologie une ostéodensitométrie, un entretien diététique et gériatrique sont réalisés. Des conseils d'éducation thérapeutique et d'activité physique sont donnés par une infirmière. Un courrier est ensuite adressé au médecin traitant pour l'informer. Les MG de l'étude étaient amenés à se positionner sur l'intérêt d'une filière ostéoporose. Leur avis a beaucoup plus porté sur l'intérêt théorique d'une filière que sur la filière existante.

Il ressortait que beaucoup de MG dans l'étude (21), étaient défavorables à une filière ostéoporose. Ce résultat peut paraître surprenant si on considère les problèmes d'oubli de dépistage de la fracture ou la faible fréquence de consultation des patientes après fracture qui revenaient souvent dans les discours. De plus la littérature(49) (48), prouve que les filières ostéoporose améliorent considérablement le dépistage et la prise en charge de l'ostéoporose post-fracturaire. Ainsi de 2006 à 2008, grâce à la mise en place de la filière du groupe hospitalier saint Joseph à Paris (67), le pourcentage d'ostéodensitométrie est passé de 54% à 87% après fracture du poignet et l'initiation d'un traitement de fond est passée de 40% à 77% après une fracture vertébrale.

Cependant, la filière ostéoporose n'était pas perçue comme une priorité en raison d'un manque drastique de rhumatologues. La démographie actuelle des professionnels de santé doit amener à optimiser les parcours de soins. Par ailleurs, le principe de la filière n'était pas apprécié car elle entraînait une perte d'implication des médecins dans un domaine relevant de leur compétence et risquait de les désensibiliser encore plus à l'ostéoporose. Ainsi certains MG ne remettaient pas en cause l'absence de prescription de traitement anti-ostéoporotique à la suite d'une hospitalisation car ils pensaient que cette décision relevait du service hospitalier ou de la filière. Cela signifie que l'organisation d'un parcours de soins nécessite d'être prévu en concertation entre les rhumatologues et les MG, et d'impliquer chacun des intervenants.

## ANNEXES 9 : Etude Préliminaire

### Questions ouvertes pour les médecins généralistes :

1) Dans le traitement du cancer du sein / Prostate, savez-vous quels sont les classes médicamenteuses d'hormonothérapie qui majorent le risque de complications osseuses ?

- Tamoxifène ?
- Anti-aromatase ?
- Agoniste GnRH ?

2) Chez vos patients âgés de  $\geq 70$  ans, recherchez-vous en cas d'hormonothérapie dans le cas du cancer du sein et prostate le dépistage et la prévention des complications osseuses ?

- Si oui, comment ?
- Si non, pourquoi ?
- Quelles difficultés rencontrez-vous ?

MEDECINS	DEMOGRAPHIE	REPONSES
Dr D (1 <sup>nd</sup> coup)	Femme 35ans Ville Nîmes En cabinet de groupe Installé en 2014 FMC oui ostéoporose	Question 1 : Non connait pas  Question 2 : prévention chez les femmes oui avec supplémentation Vit D calcium + ostéodensitométrie en fct Bisphosphonate (Actonel) chez les hommes peu
Dr P (1 <sup>er</sup> coup)	Femme 49ans Exerce seule à Nîmes	Question 1 : oui anti-aromatase, pas de notion complication osseuse pour le cancer de la Prostate

	Installation en 99 FMC non	Question 2 : Oui => ostéodensitométrie si Tscore inf 2 => bisphosphonate  Supplémentation vitamino calcique  Difficultés : - patient ont déjà bcp de TTT en général donc sont souvent retissant à de nouveaux TTT.  <ul style="list-style-type: none"> <li>- prise quotidienne du médicament</li> <li>- effets secondaires</li> <li>- souvent pas d'efficacité =&gt; pas d'amélioration de l'ostéodensitométrie après TTT</li> </ul>
Dr M	Nimes Homme 52 ans Installé en 2000 Pas de FMC	Q1 : anti-aromatase pour le sein et agoniste GnRH prostate Q2 : oui Ostéodensitométrie Supplémentation vitamino calcique +/- Bisphosphonate (Actonel)  Difficultés :  <ul style="list-style-type: none"> <li>- recommandations complexes,</li> <li>- pas de recommandation claire chez les hommes âgés, l'efficacité des Bisphosphonate chez les personnes âgées peu évaluée</li> <li>- CI bisphosphonates : remettre la dentition aux normes est une prise en charge lourdes que les patents ne veulent pas forcement.</li> <li>- Indications remboursement ostéodensitométrie peu claire ou méconnue.</li> </ul>
Dr P	Nimes Homme 58ans Groupe Pas de FMC	Q1 : NON Q2 : Oui surtout recherche de métastase  Sinon ce sont les oncologues  Pas de difficultés rencontrées
Dr B 3 échecs	Nimes homme	
Dr B 1 appel + 1 mail 1 relance mail	Nimes	

Dr M 4 appels	NIMES femme	
Dr C 3 appels	Nimes Homme Cabinet de groupe Age 39ans Installation en 2010 Pas de FMC	Q1 : FEMARA mais n'est pas sûr que cela entraîne des complications osseuses Q2 : Non par manque de connaissance Difficultés : accessibilité ODM, effets secondaires des TTT, évaluer l'intérêt prévention ostéoporose en fct de l'Espérance de vie de l'état général
Dr C Rappel 6	Nîmes Homme 50ans Installé en 96 Pas de FMC Seul en cabinet	Q1 : NON Q2 : NON car pris en charge par les oncologues Pas de difficulté
Dr S (4 échecs)	Ales	REFUSE DE REpondre
Dr A (2 <sup>nd</sup> coup )	Ales Femme 42ans Installation 2004 Cabinet de groupe Pas de FMC	Question 1 : connait qq noms (Aromasine, Enantone) Question 2 : oui mais surtout fait par les oncologues Cmt ? bilan sang + ostéodensitométrie TTT supplémentation vitamino calcique +/- bisphosphonate Actonel ou Aclasta (IV) Difficultés : refus du TTT par le patient car ont déjà bcp de médicaments,
Dr G (2 <sup>nd</sup> coup)	Ales Homme 62 ans Installation 84 Seul Pas de FMC	Question 1 : non Question 2 : Oui par Ostéodensitométrie en fct bisphosphonate (type Fosamax, Actonel) Difficultés : fiabilité de l'ostéodensitométrie Intérêt du TTT ? efficacité ? compliqué d'évaluer l'efficacité
Dr R 2ème rep	Alès Homme 56ans	Q1 : NON Q2 : oui ostéodensitométrie, TTT Adrovanse Surtout pris en charge par les oncologues, ne s'en



	Installé en 90 Pas de formation	préoccupe peu Pas de difficultés
Dr L 3 appels	Ales Cabinet de groupe	
Dr D 3 appels	Ales Cabinet de groupe	
Dr J	Aigues Morte Femme 40ans Installation en 2009 Seule FMC non	Question 1 : non Question 2 : non
Dr V 6 échecs	Aigues-Morte Homme	
Dr S 5 échecs	Uzès Homme Cabinet de groupe	
Dr B 1 appel	Uzès Allergologue donc inutile	N'y connaît rien, ne fait que de l'allergo
Dr Q (6 échecs)	Uzès Cabinet de groupe	
Dr I (4 appels)	Uzès Femme Deux dans le cabinet	Q1 : Non Ce sont les oncologues qui s'en occupent ? Difficultés : manque d'observance des patients, les intolérances aux TTT, l'âge
Dr L 2 appels	Pont St Esprit Femme 57ans Seule Pas de FMC	Q1 : Anti-aromatase Q2 : Chez les femmes OUI, pas chez les hommes. Ostéodensitométrie puis avis Rhumato Difficultés : manque observance et manque de volonté des patients
Dr 3 appels (doit rappeler)	Anduze Cabinet de groupe	

appelé mercredi		
maison de santé Dr B (6 échecs)	VIGAN Cabinet de groupe	
Dr R (4 échecs)+1 mail	VIGAN	
Dr D  (2eme coup )	St Jean du Gard Homme 61ans Installé en 97 Cabinet de groupe Pas de FMC	Q1 : Non Q2 : Oui par Ostéodensitométrie + vit D calcium Surtout réalisé par les Oncologues Pas de difficultés rencontrées
Dr B (rep 1 <sup>er</sup> coup)	VALLERAUGUE Homme 55 ans Installé en 89 Seul FMC en gériatrie	Q1 : connaît que le Tamoxifène comme classe mais ne sait pas s'il favorise les complications osseuses, pour chaque nouveau TTT chez ses patients il regarde les effets secondaires  Q2 : Non ne fait pas de prévention des complications osseuses chez ce type de population par rapport à leur espérance de vie.  Ne fait pas de dépistage car ostéodensitométrie est à minimum 50km  Prévention par supplémentation vitamino calcique  Difficultés : classe médicamenteuse décevante, indication réduite, résultats discutables tels que le Raloxifène qui a été retiré du marché.
Dr (3 non rep)	Collet de DEZE Cabinet de groupe	

- **Mots-Clés**

Ostéoporose

Cancer du sein

Anti-aromatase

Hormonothérapie

Bisphosphonates

Parcours de soin / Chemin clinique

- **ABREVIATION**

MG : Médecin généraliste

ODM : Ostéodensitométrie

AA : Anti-aromatase

OP ou OSP : Ostéoporose

TTT : Traitement

ESF : Extrémité supérieure du Fémur

RE : Récepteurs hormonaux

THS : Traitement hormonal substitutif

RDV : un rendez-vous

**Annexe 10. Propositions concernant le parcours de soin de patientes ménopausées âgées de 65 ans et plus traitées par anti-aromatase pour cancer du sein sans localisations secondaires osseuses :**

**Entourez votre spécialité :** médecin généraliste - spécialiste du cancer - rhumatologue - autre :

**Cochez, en regard de chaque proposition évoquée par le groupe de travail, la case correspondant à votre avis sur la proposition.**

Proposition évoquée par le groupe de travail	D'accord	Pas d'accord	Ne sait pas	Mérite une nouvelle discussion
1- L'indication systématique des biphosphonates en traitement adjuvant du cancer du sein chez des patientes considérées à risque de récurrence ( $\geq$ T2, N+, grade II ou III, RE-, HER 2+) n'est pas validée.				
- L'oncologue référent :				
2a. prescrit l'anti-aromatase (AA)				
2b. informe la patiente de l'intérêt d'un repérage et d'une prise en charge de la perte osseuse				
2c. informe la patiente sur le parcours de soins qui lui sera proposé incluant le médecin généraliste (MG)				
2d. informe le MG du traitement mis en place, des éléments de surveillance, du bilan biologique prescrit				
3- En plus de l'âge > 65 ans, la présence d'un seul facteur de risque (parmi : ATCD de tabagisme, corticothérapie > 6 mois, IMC < 20, atcd de fracture chez le patient, atcd de fracture de hanche chez un patient du premier degré) indique la prescription d'un traitement luttant contre la résorption osseuse sans ostéodensitométrie préalable				
4- Chez une patiente de plus de 65 ans sans facteur de risque supplémentaire (parmi : ATCD de tabagisme, corticothérapie > 6 mois, IMC < 20, atcd de fracture chez le patient, atcd de fracture de hanche chez un patient du premier degré), l'ostéodensitométrie est indiquée dès le début de la prescription du traitement AA				
- Quand elle est indiquée, l'ostéodensitométrie initiale est prescrite :				
5a. par l'oncologue qui a introduit l'AA				
5b. d'emblée, dès la mise sous traitement AA				

Proposition évoquée par le groupe de travail	D'accord	Pas d'accord	Ne sait pas	Mérite une nouvelle discussion
<p>- Quand l'ostéodensitométrie est réalisée :</p> <p><b>6a.</b> le compte-rendu indique clairement si un traitement luttant contre la résorption osseuse est indiqué</p> <p><b>6b.</b> le compte-rendu remis au patient est adressé à l'oncologue prescripteur de l'examen et au MG</p>				
<p>- Le médecin généraliste :</p> <p><b>7a.</b> prescrit le bilan biologique (incluant le repérage de causes d'ostéoporose secondaire : NFS-plaquettes, CRP, Ionogramme, urée, créatinine, Ca/Ab, Ph, vit D, PAL, GGT, TSH, EPP)</p> <p><b>7b.</b> organise la prise en charge des anomalies éventuelles détectées par le bilan biologique</p>				
<p>- Quand le traitement luttant contre la résorption osseuse est indiqué, la patiente est adressée à son MG qui :</p> <p><b>8a.</b> peut solliciter un avis oncogériatrique en cas de doute sur le bénéfice du traitement en regard de la dépendance, des comorbidités et de l'espérance de vie de la patiente</p> <p><b>8b.</b> réalise le bilan pré-thérapeutique incluant l'orientation de la patiente pour les soins dentaires</p> <p><b>8c.</b> peut prescrire le traitement luttant contre la résorption osseuse</p> <p><b>8d.</b> peut adresser la patiente à un rhumatologue pour la mise en route du traitement luttant contre la résorption osseuse</p>				
<p>- Le médecin (MG ou rhumatologue) qui a prescrit le traitement luttant contre la résorption osseuse :</p> <p><b>9a.</b> adresse un compte-rendu informant les différents acteurs de la prise en charge</p> <p><b>9b.</b> assure la surveillance du traitement et son renouvellement (quand il est indiqué) tout au long de la prise en charge</p> <p><b>9c.</b> prescrit quand elle est indiquée le renouvellement de l'ostéodensitométrie</p>				
<p>- L'ostéodensitométrie de contrôle est programmée :</p> <p><b>10a.</b> à 1 an si la patiente n'a pas bénéficié de traitement luttant contre la résorption osseuse</p> <p><b>10b.</b> à 3 ans si la patiente est traitée</p>				

## SERMENT

- *En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.*
- *Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.*
- *Admis (e) dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.*
- *Respectueux (se) et reconnaissant (e) envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*
- *Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert (e) d'opprobre et méprisé (e) de mes confrères si j'y manque.*

## RESUME

**Contexte.** Le nombre de patientes présentant un cancer du sein et traitées par anti-aromatase (AA) est croissant. Ces traitements exposent à une perte osseuse dont le repérage et la prise en charge sont inconstantes. La multiplicité des professionnels de santé impliqués pourrait compliquer l'organisation de cette prise en charge.

**Objectif.** Conduite d'une étude qualitative visant à comprendre les obstacles du diagnostic et de la prise en charge des effets secondaires des AA, en explorant l'expérience vécue de médecins généralistes et des autres spécialistes impliqués dans le parcours de soin des patientes.

**Méthode.** Des MG intéressés par la thématique et d'autres spécialistes impliqués dans la prise en charge (spécialistes du cancer, rhumatologue, spécialiste de l'ostéodensitométrie) ont été recrutés. Etape 1 : entretien de groupe pour recueil et analyse phénoménologique du verbatim. Etape 2 : une deuxième réunion de groupe a été organisée pour recueillir, en regard des obstacles identifiés, des solutions / actions / modes d'organisation pour améliorer le parcours des patientes.

**Résultats.** L'analyse catégorielle a permis d'identifier : 1) un vécu différent du positionnement des médecins dépendant de leur spécialité, pouvant induire des attentes différentes vis-à-vis des autres spécialistes impliqués dans le parcours de soin et pouvant impacter la prise en charge (attention portée aux comorbidités et au contexte socio-environnemental, sollicitation ou non d'un confrère d'une autre spécialité), accentué par un sentiment de complexité voire d'imprécision ou de remise en question des recommandations.

2) une perception de la difficulté de la coordination du parcours de soin, la nécessité d'une meilleure circulation de l'information et d'une organisation multi-disciplinaire, affirmant la position de pilier du MG (dévolue par le système de soins français et conforme à la perception qu'ont les MG de leur mission) pour mieux informer et prendre en charge leurs patientes. Tenant compte de ces obstacles, une proposition de parcours de soin identifiant le rôle des différents acteurs a été construite pour qu'elle puisse être soumise ultérieurement à une validation par consensus.

**Conclusion.** L'approche phénoménologique a permis de montrer que la meilleure information et coordination des différents acteurs de santé était un facteur prépondérant qui détermine la prise en charge des effets secondaires des AA.