



HAL
open science

L'ostéoporose, une maladie d'homme. Perception et freins de sa prise en charge par les médecins généralistes

Héloïse Botreau-Roussel Bonneterre

► To cite this version:

Héloïse Botreau-Roussel Bonneterre. L'ostéoporose, une maladie d'homme. Perception et freins de sa prise en charge par les médecins généralistes. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02735270

HAL Id: dumas-02735270

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02735270>

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
Héloïse BOTREAU-ROUSSEL BONNETERRE

le 18/04/2019

TITRE

« L'ostéoporose, une maladie d'homme. Perception et freins de sa prise en charge par les médecins généralistes »

Directeur de thèse: Docteur CLAPÉ Jean-François

JURY

Président:

Le Professeur AMOUYAL Michel

Professeur des universités de Médecine générale

Assesseurs:

Le Professeur GAUJOUX-VIALA Cécile

PU-PH de deuxième classe, chef de service de rhumatologie du CHU de Nîmes

Le Docteur GARCIA Marc

Maître de conférences associé de Médecine Générale

Le Docteur CLAPÉ Jean-François

Maître de stage universitaire, médecin généraliste

THESE

Pour obtenir le titre de
DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
Par
Héloïse BOTREAU-ROUSSEL BONNETERRE

le 18/04/2019

TITRE

« L'ostéoporose, une maladie d'homme. Perception et freins de sa prise en charge par les médecins généralistes »

Directeur de thèse: Docteur CLAPÉ Jean-François

JURY

Président:

Le Professeur AMOUYAL Michel

Professeur des universités de Médecine générale

Assesseurs:

Le Professeur GAUJOUX-VIALA Cécile

PU-PH de deuxième classe, chef de service de rhumatologie du CHU de Nîmes

Le Docteur GARCIA Marc

Maître de conférences associé de Médecine Générale

Le Docteur CLAPÉ Jean-François

Maître de stage universitaire, médecin généraliste



ANNEE UNIVERSITAIRE 2018 - 2019

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs Honoraires

ALLIEU Yves
 ALRIC Robert
 ARNAUD Bernard
 ASTRUC Jacques
 AUSSILLOUX Charles
 AVEROUS Michel
 AYRAL Guy
 BAILLAT Xavier
 BALDET Pierre
 BALDY-MOULINIER Michel
 BALMES Jean-Louis
 BALMES Pierre
 BANSARD Nicole
 BAYLET René
 BILLIARD Michel
 BLARD Jean-Marie
 BLAYAC Jean Pierre
 BLOTMAN Francis
 BONNEL François
 BOUDET Charles
 BOURGEOIS Jean-Marie
 BRUEL Jean Michel
 BUREAU Jean-Paul
 BRUNEL Michel
 CALLIS Albert
 CANAUD Bernard
 CASTELNAU Didier
 CHAPTAL Paul-André
 CIURANA Albert-Jean
 CLOT Jacques
 D'ATHIS Françoise
 DEMAILLE Jacques
 DESCOMPS Bernard
 DIMEGLIO Alain

DUBOIS Jean Bernard
 DUMAS Robert
 DUMAZER Romain
 ECHENNE Bernard
 FABRE Serge
 FREREBEAU Philippe
 GALIFER René Benoît
 GODLEWSKI Guilhem
 GRASSET Daniel
 GROLLEAU-RAOUX Robert
 GUILHOU Jean-Jacques
 HERTAULT Jean
 HUMEAU Claude
 JAFFIOL Claude
 JANBON Charles
 JANBON François
 JARRY Daniel
 JOYEUX Henri
 LAFFARGUE François
 LALLEMANT Jean Gabriel
 LAMARQUE Jean-Louis
 LAPEYRIE Henri
 LESBROS Daniel
 LOPEZ François Michel
 LORIOT Jean
 LOUBATIERES Marie Madeleine
 MAGNAN DE BORNIER Bernard
 MARY Henri
 MATHIEU-DAUDE Pierre
 MEYNADIER Jean
 MICHEL François-Bernard
 MICHEL Henri

MION Charles
 MION Henri
 MIRO Luis
 NAVARRO Maurice
 NAVRATIL Henri
 OTHONIEL Jacques
 PAGES Michel
 PEGURET Claude
 PELISSIER Jacques
 POUGET Régis
 PUECH Paul
 PUJOL Henri
 PUJOL Rémy
 RABISCHONG Pierre
 RAMUZ Michel
 RIEU Daniel
 RIOUX Jean-Antoine
 ROCHEFORT Henri
 ROSSI Michel
 ROUANET DE VIGNE LAVIT Jean Pierre
 SAINT AUBERT Bernard
 SANCHO-GARNIER Hélène
 SANY Jacques
 SEGARBIEUX François
 SENAC Jean-Paul
 SERRE Arlette
 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
 HERRISSON 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
 PELISSIER 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
 TAUREL 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^{re} 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 2^{ème} 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^{re} classe :

COLINGE Jacques - Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes

2^{ème} classe :

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila - Biochimie et biologie moléculaire

VISIÉ Laurent - Sociologie, démographie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale1^{re} classe :

LAMBERT Philippe

2^{ème} 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^{re} 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^{ème} 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^{ère} classe

COSTA David

Maîtres de conférence de 2^{ème} 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

À Monsieur le Professeur Michel AMOUYAL, c'est un honneur de vous avoir comme président de jury.

À Madame le Professeur GAUJOUX-VIALA Cécile, chef de service de rhumatologie du CHU de Nîmes, merci pour l'intérêt que vous portez à ma thèse et pour votre présence à ce jury.

Au Docteur Marc GARCIA, merci pour votre présence à ce jury.

À mon directeur de mémoire et de thèse, le Dr CLAPÉ Jean -François. Merci pour votre aide, votre patience car j'ai mis beaucoup de temps à démarrer ce travail. Merci pour vos conseils précieux et votre supervision éclairée tout au long de la rédaction.

Merci au maître de stage et mentor que vous avez été, car vous avez énormément contribué au médecin que je suis devenue. Merci de m'avoir fait confiance tout au long de ces années.

À tous les médecins ayant contribué à ce travail, un grand merci.

À Docteur JUGE David, merci pour ton amitié, tes conseils et ta bonne humeur.

Au Docteur BELLON-NARCISI Geneviève, au Docteur GABBAI Bernard, au Docteur AMPHOUX Isabelle. Vous m'avez fait confiance en tant qu'interne et remplaçante.

À mes amies fidèles Virginie, Nathalie, Danitza, Nadège, qui m'ont soutenue tout au long de mon internat. Merci pour votre joie de vivre.

À ma famille, particulièrement mes deux frères Adrien et Quentin, à mon oncle Henri et ma tante Elise, Merci d'être présents dans ma vie. Merci pour ces moments de joie et de rires même quand je n'avais pas le moral.

Une mention spéciale pour:

Ma mère, Lydie, tu es le pilier de ma vie. Je te dois ma réussite. Depuis ces 10 ans d'études tu me soutiens, tu me remontes le moral quand je doute.

Stacy, ma soeur de coeur, on a commencé la médecine ensemble et on a surmonté bien des épreuves. Merci pour ton amitié et ton soutien sans faille.

Cédric, merci pour tout

TABLE DES MATIERES

Professeurs Honoraires	3
PU-PH de classe exceptionnelle	4
PRATICIENS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES	8
LISTE DES ABREVIATIONS	14
INTRODUCTION	15
A) Généralités	15
1) Physiopathologie	15
2) Les fractures ostéoporotiques	16
B) Epidémiologie	18
1) Un problème de santé publique économique	18
2) Un problème mondial de santé publique et sur le plan humain	18
3) Épidémiologie de l'ostéoporose en France	19
C) Prise en charge diagnostique	20
1) L'interrogatoire et la clinique	20
a) les facteurs de risque	20
b) l'ostéoporose cortico-induite chez les hommes de plus de 50 ans	21
d) la mesure de la taille et évaluation de la douleur	23
2) Le FRAX: une évaluation du risque de fracture à 10 ans	23
3) L'ostéodensitométrie	24
a) Définition	24
b) L'évaluation morphologique du rachis : la Vertebral Fracture Assessment (VFA)	25
c) Ses indications de remboursement	26
d) Ses limites	27
3) La radiographie du rachis (17)	27
4) Les examens biologiques	27
a) Bilan de base :	27
b) En fonction des symptômes et antécédents pouvant causer de l'ostéoporose :	28
D) Prise en charge thérapeutique	28
1) Les recommandations HAS (27)	28
2) La prévention des fractures	30
a) Les mesures hygiéno-diététiques	30
b) Le traitement médicamenteux	30

3) Les différents traitements anti-ostéoporotiques ayant l'AMM chez l'homme	30
a) Les bisphosphonates	30
b) les traitements de deuxième intention	32
MATÉRIELS ET MÉTHODE	34
A) Type d'étude	34
B) Objectifs de l'étude	34
C) Population étudiée et méthode de recrutement	34
D) Recueil des données	35
E) Analyse statistique des données	35
RÉSULTATS	36
A) Caractéristiques de la population étudiée	36
B) État des connaissances sur l'ostéoporose masculine	37
1) Les facteurs de risque	37
2) Les outils de dépistage	37
3) La prise en charge thérapeutique	38
a) Les mesures hygiéno-diététiques de prévention:	38
b) Les traitements médicamenteux	38
4) Synthèse	39
C) L'ostéoporose masculine vue par les médecins généralistes	39
1) Les représentations de l'ostéoporose masculine	39
a) Une représentation mythique de l'ostéoporose masculine	39
b) Une maladie peu préoccupante, oubliée, qui passe au second plan	40
c) L'ostéoporose : une discrimination homme femme	40
• une maladie plutôt post ménopausique féminine qu'éventuellement masculine:	40
• Un business moins lucratif chez les hommes que chez les femmes	41
• Le dépistage et le traitement	41
Paradoxalement, deux médecins disent ne pas faire de discrimination mais leur réponse montre que celle-ci est présente :	42
2) Une maladie sous-dépistée et sous diagnostiquée	42
a) Reconnue comme rare et exceptionnelle	42
b) Un diagnostic tardif, se faisant surtout à l'hôpital ou par les rhumatologues	42
c) Un nombre de cas très limité dans la patientèle des médecins généralistes	43
d) Le manque de formation et de connaissance sur l'ostéoporose masculine	43
3) La prise en charge thérapeutique en pratique	44
a) Le spécialiste rhumatologue	44

b) La prévention par supplémentation vitamino-calcique	45
c) Les effets indésirables des bisphosphonates	45
d) Une expérience limitée	46
D) La mesure systématique de la taille à partir de 60 ans, dans le dépistage des fractures rachidiennes	46
1) Un outil de dépistage intéressant pour définir une perte de taille	46
2) La pratique médicale	46
3) les biais de cette mesure	47
E) Les freins à la prise en charge de l'ostéoporose masculine	47
1) L'expérience limitée des médecins et le manque de connaissance	47
2) Le temps de consultation trop court	48
3) La charge de travail trop importante et le manque de médecins	48
4) La réticence des patients	48
F) Les attentes des médecins interrogés	48
1) Un questionnaire des facteurs de risque	48
2) Les autres attentes	49
DISCUSSION	50
A) Les forces de l'étude	50
B) Les limites de l'étude	50
C) Analyse des résultats	51
1) les représentations de l'ostéoporose masculine	51
a) le dépistage	51
b) La thérapeutique	51
c) La taille	52
d) Le spécialiste et l'hôpital, au centre de la prise en charge de l'ostéoporose masculine	52
2) Comparaison à l'enquête du Pr Cortet (6)	53
3) Les freins à la prise en charge de l'ostéoporose masculine	53
CONCLUSION	54
BIBLIOGRAPHIE	55
ANNEXE 1: GUIDE D' ENTRETIEN	59
ANNEXE 2: Canevas d'entretien n°1	62
ANNEXE 3: Canevas d'entretien n°2	63
ANNEXE 4 : Tableau d'association des thèmes	64
ANNEXE 5: ENTRETIEN N°1	70
ANNEXE 6: ENTRETIEN N°2	77

ANNEXE 7: ENTRETIEN N°3	83
ANNEXE 8: ENTRETIEN N°4	89
ANNEXE 9: ENTRETIEN N°5	92
ANNEXE 10: ENTRETIEN N°6	97
ANNEXE 11: ENTRETIEN N°7	102
ANNEXE 12: ENTRETIEN N°8	105
ANNEXE 13: ENTRETIEN N°9	109
ANNEXE 14: ENTRETIEN N°10	113
ANNEXE 15: TEST RAPIDE DU RISQUE D'OSTEOPOROSE DE L'IOF	117
SERMENT	119
RÉSUMÉ	121

LISTE DES ABREVIATIONS

AMM: autorisation de mise sur le marché

BPCO: broncho-pneumopathie chronique obstructive

CHU: centre hospitalier universitaire

CNAM: caisse nationale d'assurance maladie

CPAM: caisse primaire d'assurance maladie

DMO: densité minérale osseuse (ostéodensitométrie)

DREES: direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

EHPAD: établissement hospitalier des personnes âgées dépendantes

ESF: extrémité supérieure du fémur (fracture de hanche)

FRAX: index de risque fracturaire

FSH: hormone folliculo-stimulante

GGT: gamma gt

GNRH: hormone de libération des gonadotrophines hypophysaires

GRIO: Groupe de Recherche et d'Information sur les Ostéoporoses

HAS: haute autorité de santé

IMC: indice de masse corporelle

INSERM: institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

IOF: fondation internationale de l'ostéoporose (International Osteoporosis Foundation)

IV: intraveineux

LH: hormone lutéinisante

Mg: milligramme

OMS: organisation mondiale de la santé

TSH: hormone stimulant la thyroïde

VFA: vertebral fracture assessment (évaluation de la fracture vertébrale)

VIH: virus de l'immunodéficience humaine

INTRODUCTION

A) Généralités

1) Physiopathologie

L'ostéoporose est une maladie systémique du squelette caractérisée par une diminution de la masse osseuse et une destruction de la micro-architecture de l'os. Il existe deux mécanismes en cause:

- l'augmentation de la résorption osseuse par les ostéoclastes, cellules détruisant l'os.
- la diminution de la formation osseuse par une diminution de l'activité des ostéoblastes, cellules fabriquant l'os.

L'os est composé de deux parties, la partie trabéculaire et la partie corticale. Dans l'ostéoporose, l'os trabéculaire est la principale partie de l'os à être touchée.

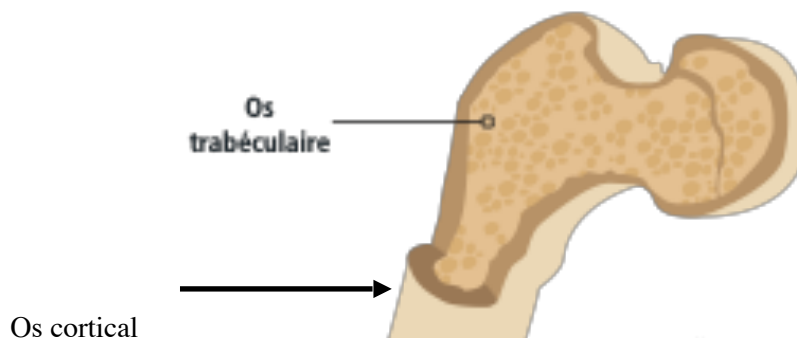


Figure 1: structure de l'os

Cette destruction osseuse entraîne une fragilisation de l'os et donc une augmentation du risque de fracture. L'ostéoporose est une maladie dite quasiment « silencieuse » car asymptomatique jusqu'au stade de la fracture.

A partir de 40 ans, notre capital osseux, acquis à l'adolescence, commence à diminuer très progressivement dans les deux sexes. La perte osseuse s'accélère après 75 ans.(1)

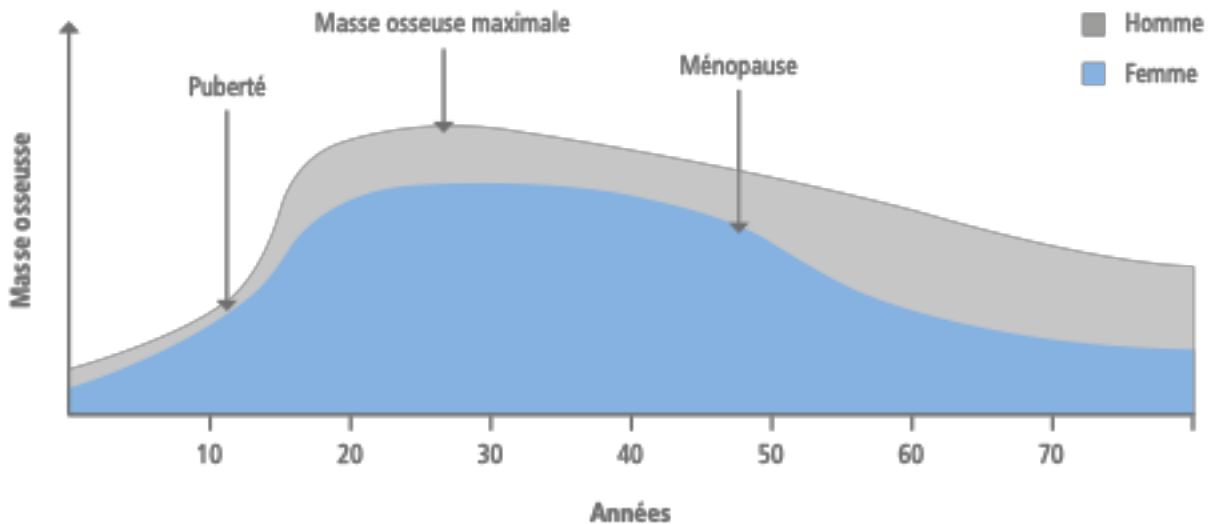


Figure 2: la masse osseuse tout au long de la vie

- *Chez la femme*

L'ostéoporose est surtout liée à la carence hormonale oestrogénique brutale lors de la ménopause. Cette carence entraîne une accélération de la résorption osseuse et donc une altération de la micro-architecture corticale et trabéculaire.

- *Chez l'homme*

L'ostéoporose est plus souvent secondaire, liée à un facteur de risque (corticoïdes, etc...) ou à un hypogonadisme brutal (déficit hormonal). Contrairement à la femme, la carence hormonale androgénique est très progressive dans le temps. L'altération de la micro-architecture est donc plus lente et commence plutôt vers 75 ans sans facteurs de risque.(2)

2) Les fractures ostéoporotiques

Les fractures ostéoporotiques sont des fractures survenues spontanément ou suite à un traumatisme de faible énergie. On les nomme aussi fractures de fragilité.

Les fractures ostéoporotiques les plus fréquentes sont:

- les fractures de l'extrémité supérieure du fémur ou de hanche (ESF)

- les fractures vertébrales, plus fréquentes après 80 ans, souvent après une chute minime.
- les fractures de l'avant-bras.

Les autres fractures retrouvées sont:

- les fractures du bassin
- les fractures de côtes
- les fractures de l'humérus, du tibia, du péroné, de la clavicule, de l'omoplate, du sternum.

B) Epidémiologie

L'ostéoporose touche une femme sur trois et un homme sur cinq, après l'âge de 60 ans. L'incidence des fractures ostéoporotiques augmente avec l'âge.

Le taux de mortalité masculine lié aux fractures ostéoporotiques est deux à trois fois plus élevé au cours de la première année que chez la femme.

1) Un problème de santé publique économique

- *en Europe*

L'IOF estime à 37 milliards d'euros les dépenses imputables à l'ostéoporose masculine et féminine. 54% de ces dépenses sont liés aux fractures ESF. Seulement 5% de ces dépenses sont imputables à la prévention.(3)

2) Un problème mondial de santé publique et sur le plan humain

- *dans le monde*

En 2000, on estimait à 9 millions le nombre de fractures ostéoporotiques.

Parmi ces fractures:

- 1,6 millions étaient localisés à la hanche soit 17% des fractures
- 1,7 millions étaient localisés à l'avant-bras soit 18% des fractures.
- 1,4 millions étaient localisés aux fractures vertébrales cliniques soit 15% des fractures. (4)

Le plus grand nombre de fractures ostéoporotiques est détenu par l'Europe (34,8%).

Chez les hommes, on estimait à 3,5 millions le nombre de fractures ostéoporotiques:

- 14% étaient des fractures de la hanche (soit 490 000)
- 16% étaient des fractures vertébrales (soit 554 000)
- 10% étaient des fractures de l'avant-bras (soit 350000)
- 5% étaient des fractures de l'humérus (soit 175000)
- 55% étaient des fractures sur d'autres sites périphériques (soit 1925000). (5)

- *En Europe*

En 2010, l'IOF estimait que 22 millions de femmes et 5,5 millions d'hommes souffraient d'ostéoporose de 50 à 84 ans.

On recensait dans la population 3,5 millions de fractures ostéoporotiques :

- 620 000 fractures ESF, soit 18%

- 520 000 fractures vertébrales, soit 15%.(4)

1,2 millions d'hommes souffraient de fractures de fragilité dont 14% étaient des fractures de la hanche.

Les patients de plus de 50 ans étaient le plus touchés par les fractures ostéoporotiques.

3) Épidémiologie de l'ostéoporose en France

- ***Incidence des fractures ostéoporotiques (nombre de nouveaux cas de fractures)***

L'INSERM recense en moyenne 400 000 fractures ostéoporotiques chaque année.

Depuis 2002, le nombre de patients opérés pour fracture de l'ESF augmente:

- de 5 % chez les femmes soit 49 285 en 2002 à 50 215 en 2013
- de 22 % chez les hommes soit 12 716 en 2002 à 15 482 en 2013.(7)

En 2013, la CNAM a analysé les hospitalisations pour fractures après 50 ans. 177 000 patients de plus de 50 ans ont été hospitalisés pour une fracture ostéoporotique. Les hommes étaient plus touchés par ces fractures. Les 2/3 des hospitalisés avaient plus de 70 ans.(8)

Dans l'année suivante de la fracture, pour les deux sexes, 12% des patients ont présenté une nouvelle fracture, 40% ont été hospitalisés une deuxième fois. Seulement 10 % des patients ont eu une ostéodensitométrie (DMO) et 15 % ont reçu un traitement de l'ostéoporose. (7)

- ***La mortalité de l'ostéoporose***

Dans la population, la CNAM a recensé 20% de décès un an après une fracture de l'ESF.(9)

Le rapport de la DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques) publié en janvier 2016 montre qu'en France, toutes causes confondues, 23,5 % des patients de 55 ans ou plus meurent dans l'année qui suit une fracture de l'ESF. (www.data.drees.sante.gouv.fr)

Mais c'est 1 homme sur 3 qui meurt de fracture ostéoporotique contre 1 femme sur 5.

- ***Sur le plan économique***

En 2000, le coût de la prise en charge de l'ostéoporose était de 200 millions d'euros. En 2013, le coût total de la prise en charge s'élève à 1,1 milliard d'euros selon la Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM) dont 70% était lié aux hospitalisations suite à des fractures.(8)

C) Prise en charge diagnostique

1) L'interrogatoire et la clinique

Ils ont pour but le dépistage plus ou moins précoce de l'ostéoporose masculine. Les médecins généralistes sont en première ligne du dépistage.

Une étude monocentrique sur le CHU de Rennes, réalisée en 2013, a montré que le recours systématique au médecin généraliste suite à une fracture, avait un impact significatif sur la prescription de l'ostéodensitométrie et la mise en route du traitement.(10)

On distingue:

- le dépistage de prévention primaire chez le patient indemne de fracture de fragilité.
- le dépistage de prévention secondaire lorsque le patient a un antécédent de fracture de fragilité.

a) les facteurs de risque

L'enquête par le médecin repose surtout sur l'identification minutieuse des facteurs de risque de fracture et de chute chez l'homme.

Chez l'homme, l'ostéoporose est généralement secondaire à un facteur de risque, modifiable ou non. (11)

Les trois causes les plus fréquentes sont:

- le tabagisme et l'alcoolisme chronique (15%-20%)
- la corticothérapie prolongée
- l'hormonothérapie dans le cancer de la prostate

Tableau récapitulatif des autres causes d'ostéoporose masculine.

Causes moins fréquentes

Un apport en calcium insuffisant (< 600 mg par jour)
 Une carence / une insuffisance en vitamine D
 Un indice de masse corporelle bas (IMC <20),
 Le manque d'exercice physique ou la pratique excessive d'exercices physiques conduisant à un IMC bas,
 La prise de médicaments antiépileptiques (phénytoïne, phénobarbitone, primidone, carbamazépine),
 Les dysthyroïdies
 L'hyperparathyroïdie primaire,
 Les diabètes de type 1 et de type 2,
 Les insuffisances rénales ou hépatiques chroniques
 La malabsorption, notamment la maladie cœliaque
 L'hyper calciurie
 L'arthrite rhumatoïde ou la spondylarthrite ankylosante,
 Les maladies intestinales inflammatoires,
 Une tumeur maligne, le cancer de la prostate par exemple, un traitement par chimiothérapie, un traitement anti androgénique

Causes rares

Le myélome multiple,
 Le VIH ou son traitement par inhibiteurs de la protéase (ténofovir)
 La mastocytose

 L'ostéogénèse imparfaite.

 Un traitement immunosuppresseur (cyclosporine, tacrolimus)

b) l'ostéoporose cortico-induite chez les hommes de plus de 50 ans

Les corticoïdes ont une action ostéopénisante lorsqu'ils sont prescrits de manière prolongée de plus de 3 mois à une dose de 7,5 mg/j d'équivalent prednisone.

La corticothérapie au long cours est retrouvée dans les cas suivants :

- les affections chroniques rhumatologiques (Polyarthrite rhumatoïde, pseudopolyarthrite rhizomélisque, connectivites)
- les affections chroniques pneumologiques (BPCO, asthme)
- les maladies chroniques inflammatoires de l'intestin (maladie de Crohn etc...)

Elle est la cause d'ostéoporose secondaire la plus fréquente et la première cause d'ostéoporose chez l'adulte jeune.

Les corticoïdes inhibent la formation osseuse en altérant l'absorption intestinale du calcium et en augmentant l'excrétion urinaire de celui-ci. De plus, la maladie chronique inflammatoire sous-jacente augmente la résorption osseuse. (12)(13)

Chez les hommes, elle représente entre 15 et 20% des causes d'ostéoporose secondaire.

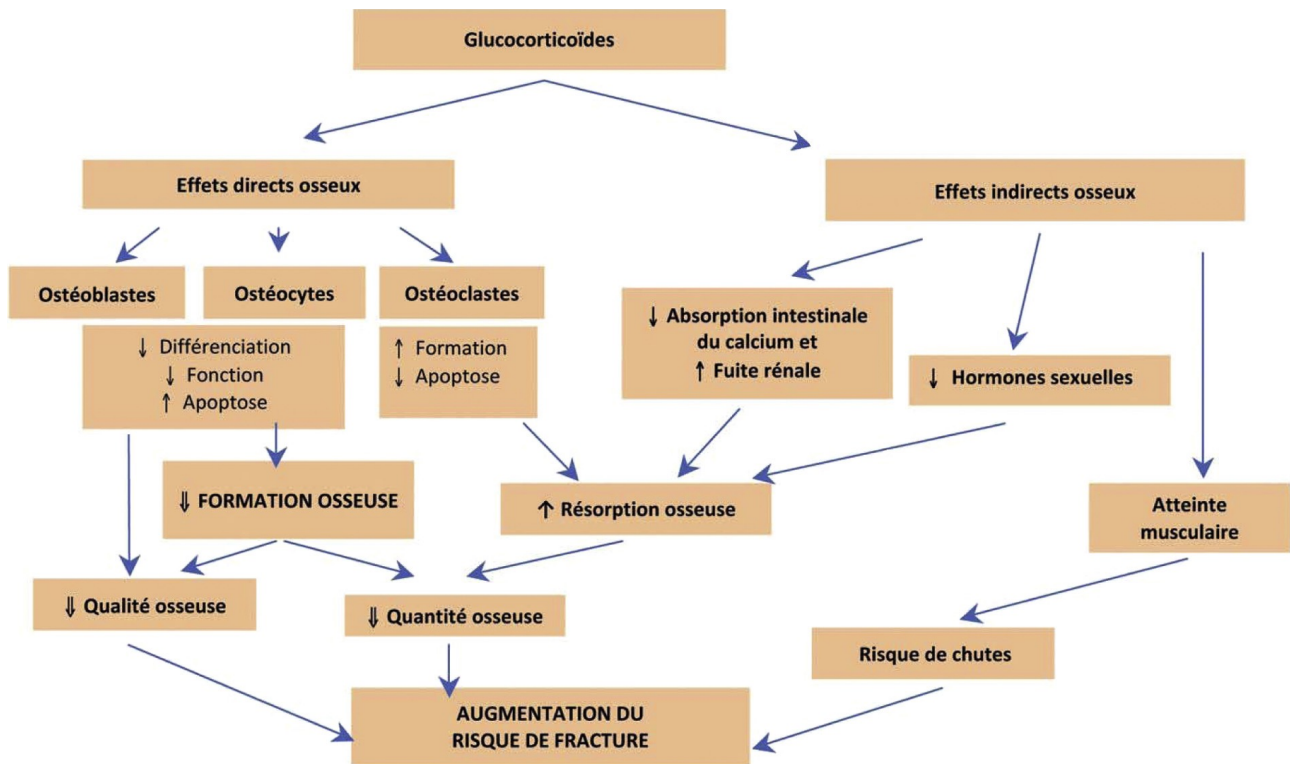


Figure 3: Physiopathologie des corticoïdes sur l'os

c) l'ostéoporose induite par le traitement anti-androgénique dans le cancer de la prostate

Elle représente entre 10 et 15% d'ostéoporose masculine.

Le traitement anti-androgénique par agoniste de la GNRH est utilisé comme traitement dans le cancer de la prostate. Ils provoquent un hypogonadisme, soit un déficit en testostérone, qui entraîne une augmentation de résorption osseuse et donc une perte de la masse osseuse. (14)

Plusieurs études ont montré une diminution de la DMO et une augmentation du nombre de fractures chez les patients ayant un traitement par agoniste de la GNRH. (15)(16)

d) la mesure de la taille et évaluation de la douleur

La mesure de la taille est importante dans le dépistage des fractures vertébrales ostéoporotiques en général.

On distingue deux types de perte de taille:

- la perte de taille historique, soit une perte de taille comparée à la taille rapportée à l'âge de 20 ans (pour les hommes, par exemple la taille prise au service national).
- la perte de taille prospective, soit une perte de taille comparée à une mesure antérieure effectuée lors du suivi.

Une diminution de la taille historique de 4 cm ou prospective de 2 cm, associée à des rachialgies, doit faire penser à réaliser des radiographies du rachis dorso-lombaire, voire une évaluation morphologique du rachis par VFA (vertébral fracture assessment).(17)

Cependant, les rachialgies sont peu présentes le plus souvent.(18)(19)

2) Le FRAX: une évaluation du risque de fracture à 10 ans

C'est un outil informatisé, publié en 2008 par l'OMS, qui a pour but de calculer le risque individuel de fracture ostéoporotique majeure et de fracture de hanche à 10 ans, quelque soit le sexe. Il inclut l'âge, le sexe et les principaux facteurs de risque d'ostéoporose. Cet outil se trouve sur le site internet de l'OMS.

Il permet d'aider le médecin à prendre une décision thérapeutique avec ou sans DMO.(20)

Pays: **France** Nom/Identité:

Questionnaire:

<p>1. Âge (entre 40 et 90 ans) ou Date de Naissance Âge: <input type="text"/> Date de Naissance: A: <input type="text"/> M: <input type="text"/> J: <input type="text"/></p> <p>2. Sexe <input type="radio"/> Masculin <input type="radio"/> Féminin</p> <p>3. Poids (kg) <input type="text"/></p> <p>4. Taille (cm) <input type="text"/></p>	<p>10. Ostéoporose secondaire <input checked="" type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui</p> <p>11. Acool trois unités par jour ou plus <input checked="" type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui</p> <p>12. DMO du Col Fémoral (g/cm²) <input type="text" value="Choisissez BMD"/></p> <p style="text-align: right;"><input type="button" value="Effacer"/> <input type="button" value="Calculer"/></p>
<p>5. Fracture antérieure <input checked="" type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui</p> <p>6. Parents ayant eu une fracture de la hanche. <input checked="" type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui</p> <p>7. Actuellement Fumeur <input checked="" type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui</p> <p>8. Glucocorticoïdes <input checked="" type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui</p> <p>9. Polyarthrite rhumatoïde <input checked="" type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui</p>	

Figure 4: questionnaire du FRAX

Si le score obtenu se situe au dessus de la courbe d'intervention thérapeutique, il est indiqué de débiter un traitement anti-ostéoporotique.

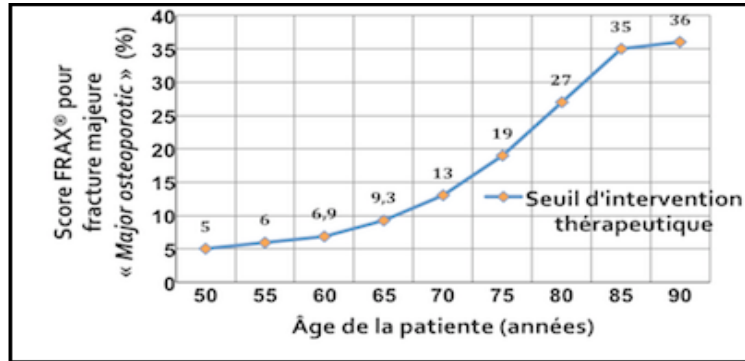


Figure 5: seuil d'intervention thérapeutique du FRAX

Il a ses limites et contre-indications:

- T SCORE < - 3
- les fractures ostéoporotiques sévères
- les patients de moins de 40 ans et plus de 90 ans
- les patients ayant déjà bénéficié d'un traitement anti-ostéoporotique

3) L'ostéodensitométrie

a) Définition

C'est l'examen diagnostique de référence de l'ostéoporose. Elle est nécessaire avant toute instauration d'un traitement anti-ostéoporotique.

Elle mesure la densité osseuse surfacique (g/cm²) de manière fiable à l'aide d'un appareil basé sur l'absorptiométrie biphotonique.

Les mesures sont réalisées sur deux sites:

- une sur le rachis lombaire (L1 à L4)
- une sur l'ESF

Le résultat s'exprime en T-SCORE, qui est la différence en écart type entre la DMO mesurée et la valeur moyenne de l'adulte jeune.

L'OMS a proposé une définition de l'ostéoporose féminine post-ménopausique en fonction de la DMO.

Normalité	T-score ≥ -1
Ostéopénie	$-1 > \text{T-score} > -2,5$
Ostéoporose	T-score $\leq -2,5$
Ostéoporose sévère ou confirmée	T-score $\leq -2,5$ et présence d'une ou plusieurs fractures

La définition de l'OMS peut être appliquée aux hommes si la population de référence est jeune, bien qu'il n'y ait pas de consensus.

La conférence de consensus de 2013 de la Société internationale de densitométrie clinique a approuvé une base de données de référence féminine de race blanche pour le calcul du T-SCORE chez les hommes, car il est prouvé que le risque de fracture pour une DMO et un âge donné du col du fémur est similaire chez les hommes à celui des femmes. (21)(22)

La DMO basse permet de prédire le risque de fracture de la hanche.(23)

b) L'évaluation morphologique du rachis : la Vertebral Fracture Assessment (VFA)

Le VFA, est un logiciel d'imagerie existant sur l'ostéodensitométrie afin de dépister les fractures vertébrales. Même si la radiographie standard du rachis reste l'examen de référence de dépistage des fractures vertébrales, la VFA a une meilleure spécificité grâce à sa valeur prédictive négative. Elle est moins irradiante que la radiographie, soit 10 micro sieverts contre 800 micro sieverts pour la radio. Elle permet d'éviter de faire des radiographies à un tiers des patients. (24)

Chez les hommes, il existe quatre indications à la réalisation d'une VFA:

1) l'ostéopénie + un critère parmi les suivants:

- âge supérieur à 80 ans
- perte de taille historique > 6 cm
- perte de taille prospective ≥ 3 cm
- antécédents de fracture(s) vertébrale(s) rapporté(s) par le patient

2) l'ostéopénie + 2 critères parmi les suivants:

- âge entre 70 et 79 ans
- antécédent(s) de fracture non vertébrale
- perte de taille historique entre 3 et 6 cm
- maladies chroniques avec risque de fracture vertébrale
- hypogonadisme (médicamenteux ou non)

3) la corticothérapie ≥ 5 mg/j pendant plus de 3 mois

4) l'ostéoporose (T-score $\leq -2,5$) si la découverte de la fracture vertébrale à la VFA peut permettre de modifier la prise en charge thérapeutique (17)

c) **Ses indications de remboursement**

Chez l'homme, elles sont limitées. La DMO n'est utile que s'il existe des facteurs de risque d'ostéoporose. Elle est réalisée sur prescription médicale et est prise en charge à 70% par la sécurité sociale.

Elle n'est remboursée, par les organismes de sécurité sociale, que dans les cas suivants:

- la corticothérapie au long cours
- l'hypercorticisme (excès de sécrétion de cortisol)
- l'hypogonadisme documenté prolongé ou médicamenteux (agoniste de la GnRH)
- l'hyperthyroïdie évolutive non traitée
- l'hyperparathyroïdie primitive
- l'ostéogenèse imparfaite
- les antécédents de fractures périphériques de fragilité, après avoir éliminé une cause tumorale ou traumatique majeure.
- découverte radiologique d'une fracture vertébrale, après avoir éliminé une cause tumorale ou traumatique majeure.

Une étude réalisée en France, en 2011, par Audran et Cortet, a permis de valider la pertinence des critères de la HAS pour le remboursement de la densitométrie osseuse chez les hommes.(25)

d) Ses limites

Pour les fractures vertébrales, les résultats sont moins significatifs. Les DMO du rachis vertébral étaient surestimées à cause des ostéophytes et calcifications artérielles plus fréquentes chez les hommes. En cas d'anciennes fractures sur le site exploré, la valeur de la DMO sera basse.

Une étude réalisée en 2014, par Binkley N et Alder R, montre que beaucoup d'hommes font des fractures à T-SCORE normal. La DMO ne peut être utilisée, comme outil diagnostique, seule.

Il est nécessaire d'identifier la présence de fractures de fragilité, et d'utiliser le FRAX pour dépister l'ostéoporose masculine.(26)

3) La radiographie du rachis (17)

C'est l'examen de référence de diagnostic des fractures vertébrales. Elle permet de visualiser une déminéralisation homogène sans signe d'ostéolyse.

Plusieurs arguments plaident en faveur de la nature ostéoporotique d'une fracture vertébrale :

- une fracture située sous la quatrième vertèbre dorsale
- une absence d'ostéolyse (la partie corticale de la vertèbre peut être suivie sur toute sa longueur)
- le respect du mur vertébral postérieur et de l'arc postérieur.

4) Les examens biologiques

Ils sont utiles chez l'homme afin de:

- confirmer ou infirmer une ostéoporose secondaire
- éliminer une ostéopathie maligne.

a) Bilan de base :

- le ionogramme sanguin, l'urée, la créatinine , le débit de filtration glomérulaire
- le bilan phosphocalcique soit la calcémie, la phosphorémie, le 25-OH-vitamine D, la parathormone
- la numération Formule Sanguine, la vitesse de sédimentation, l'électrophorèse des protéines, la protéinurie et la calciurie des 24h afin d'éliminer un myélome
- les phosphatases alcalines, les GGT, la ferritine, le coefficient de saturation de la transferrine
- la LH, la FSH, la testostérone.

b) En fonction des symptômes et antécédents pouvant causer de l'ostéoporose :

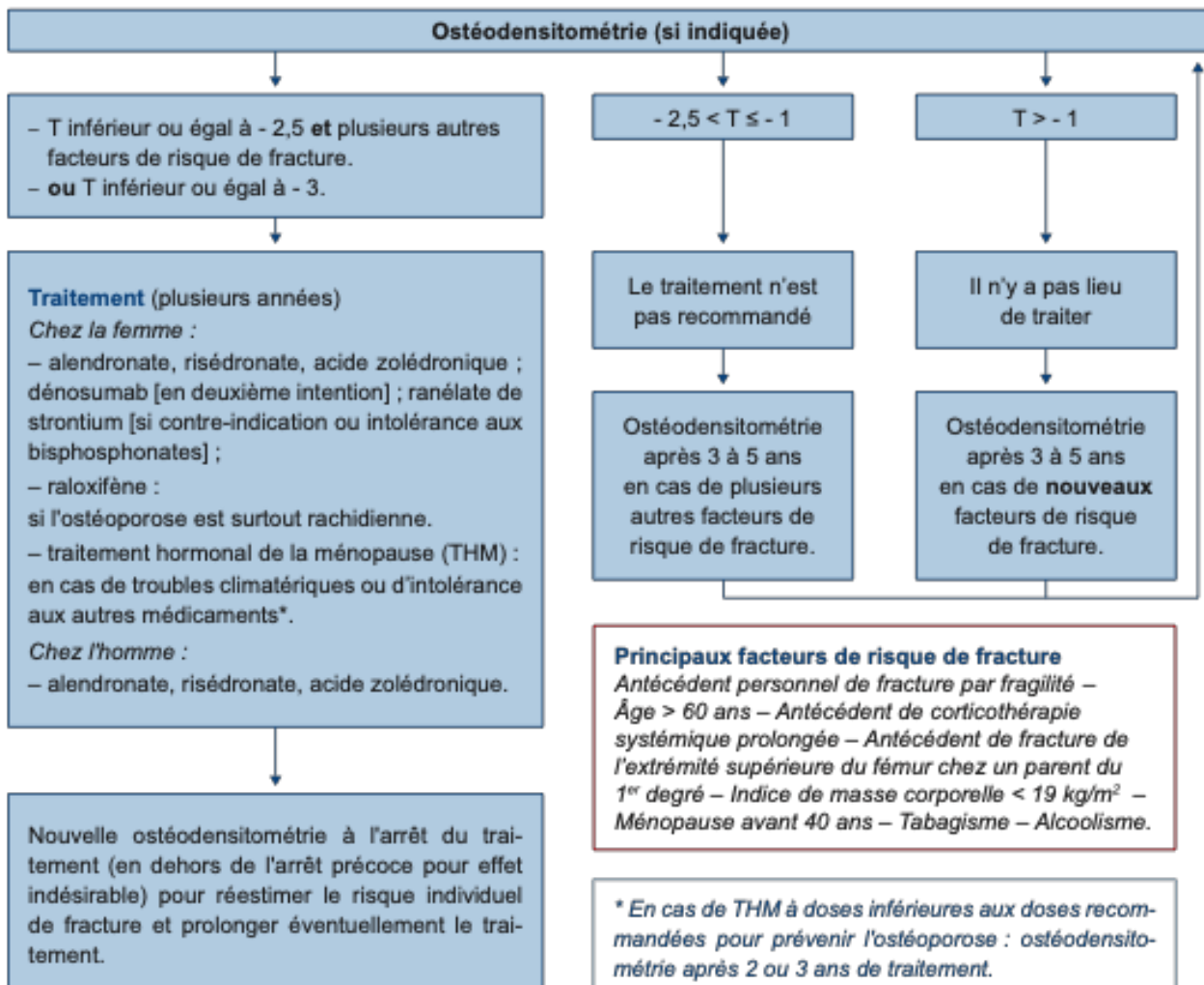
- la TSH (les dysthyroidies)
- les anticorps anti-transglutaminases (la maladie coeliaque)
- la glycémie à jeun, l'hémoglobine glyquée (le diabète)
- la sérologie VIH
- la cortisolémie, la cortisolurie des 24H (l' hypercorticisme, maladie ou iatrogénique).

D) Prise en charge thérapeutique

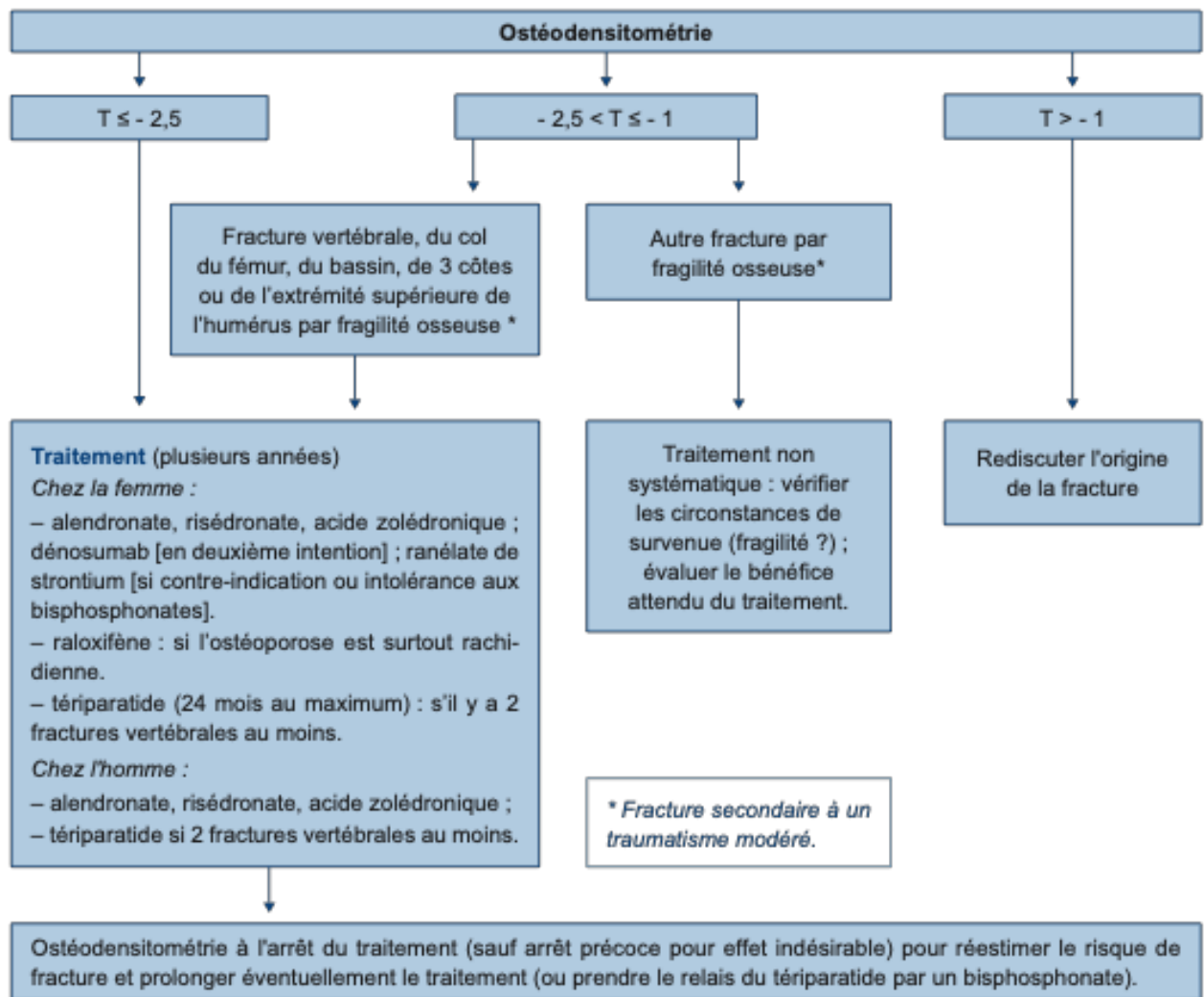
1) Les recommandations HAS (27)

Les recommandations HAS sont semblables aux recommandations internationales(28)(29)(30)

**Conduite à tenir (sauf corticothérapie en cours)
en l'absence de fracture évocatrice d'ostéoporose**



Conduite à tenir (sauf corticothérapie en cours) en cas de fracture évocatrice d'ostéoporose



Conduite à tenir en cas de corticothérapie en cours

(à dose supérieure ou égale à 7,5 mg/j d'équivalent prednisone pendant au moins 3 mois)

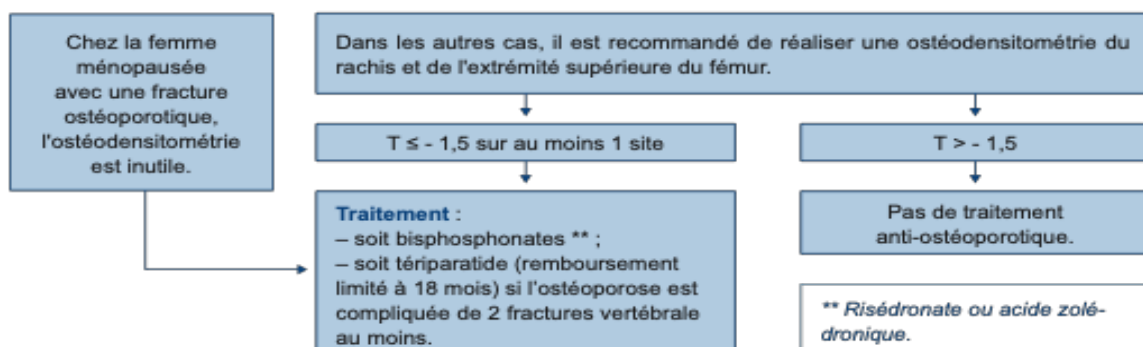


Figure 6: arbres décisionnels de la prise en charge de l'ostéoporose

2) La prévention des fractures

a) Les mesures hygièno-diététiques

Afin de diminuer le risque de fracture, il est nécessaire de prévenir les chutes chez les personnes âgées, et de diminuer les facteurs de risque de chute. Pour cela, il faut :

- inciter à faire une activité physique régulière
- éviter la consommation excessive d'alcool et de tabac
- lutter contre la dénutrition en proposant une alimentation équilibrée avec un apport calcique et protéique suffisants
- traiter une déficience visuelle, un trouble de l'équilibre, une hypotension orthostatique
- évaluer l'environnement du patient, et faire les modifications au domicile
- évaluer et éliminer si possible les traitements susceptibles d'augmenter le risque de chute.(31)

b) Le traitement médicamenteux

La supplémentation quotidienne en calcium à 800 - 1200 mg/j et en vitamine D à 20 -25 ug/j. Selon le GRIO, il est recommandé de supplémenter en vitamine D tous les sujets de 65 ans et plus, sans doser systématiquement la 25-OH-vitamine D, car ses bénéfices sont supérieurs aux risques de surdosage.(32)

3) Les différents traitements anti-ostéoporotiques ayant l'AMM chez l'homme

a) Les bisphosphonates

C'est le traitement de première intention devant une ostéoporose confirmée. Ce sont des puissants inhibiteurs de la résorption osseuse ostéoclastique, en modifiant les métabolismes cellulaires des ostéoclastes matures et en induisant leur apoptose (= destruction).

Bien que les études soient limitées chez les hommes, les données disponibles indiquent que les effets du traitement chez les hommes sont très similaires à ceux observés dans le traitement de l'ostéoporose féminine post-ménopausique.(33)

Chez les patients ayant un traitement agoniste de la GNRH pour un cancer de la prostate, il a été démontré que les bisphosphonates augmentent la densité osseuse et réduisent le risque de fracture(s).(34)

Chez l'homme, en France, il n'y a que trois bisphosphonates ayant l'AMM:

1) *L'ALENDRONATE (FOSAMAX):*

Son indication: l'ostéoporose masculine

Sa posologie: 10 mg en comprimé 1 fois/j ou 70 mg 1 fois/semaine

Chez les hommes souffrant d'ostéoporose, l'ALENDRONATE augmente de manière significative la densité minérale des os de la colonne vertébrale, de la hanche et du corps entier, tout en aidant à prévenir les fractures vertébrales et la baisse de la taille.(35)

2) *Le RISEDRONATE (ACTONEL):*

Son indication: l'ostéoporose à haut risque de fracture.

Une étude réalisée sur deux ans puis quatre ans, a démontré que le RISEDRONATE a entraîné une augmentation significative de la valeur de la DMO du rachis lombaire par rapport au placebo.(36)

(37)

Il réduit le risque de fracture(s) secondaire(s) vertébrale(s) et de la hanche.

Le traitement a été bien toléré avec peu d'effets indésirables.

Sa posologie: 35 mg en comprimé 1 fois/ semaine.

3) *L'acide ZOLEDRONIQUE (ACLASTA 5 mg intra-veineux (IV)):*

Ses indications sont l'homme à haut risque fracturaire et l'ostéoporose cortico-induite.

Sa posologie: 1 dose IV par an.

Il est associé à une réduction d'incidence de fracture vertébrale modérée à grave chez les hommes souffrant d'ostéoporose. Il est peu efficace sur l'incidence des fractures périphériques. (38)

Il pourrait constituer le meilleur choix pour augmenter la densité minérale osseuse chez les patients atteints d'ostéoporose lombaire.(39)

Les précautions d'emploi des bisphosphonates sont:

- pour la forme orale, ils doivent être pris le matin à jeun, avec un grand verre d'eau sans se recoucher les 30 premières minutes de la prise, pour éviter les ulcérations oesophagiennes.
- pour la forme IV, il faut que la fonction rénale soit supérieure à 35 millilitre /minute et il faut bien hydrater le patient avant l'injection.

Les effets indésirables des bisphosphonates sont:

- gastro intestinaux (ulcère œsophagien, douleurs abdominales, constipation)
- musculo-squelettiques (douleurs ostéo-articulaires, ostéonécrose de la mâchoire, fracture atypique de la hanche)
- neurologique
- hypocalcémie
- immunitaire (urticaire, angio-oedème, syndrome pseudo-grippal)

L'ostéonécrose de la mâchoire , effet indésirable le plus retenu par les médecins, ne touche que 1% des patients par an.

La durée des traitements est de trois à cinq ans avec une réévaluation par la DMO.

b) les traitements de deuxième intention

● *le TERIPARATIDE (FORSTEO)*

C'est un analogue de la parathormone qui augmente l'activité des ostéoblastes et l'absorption intestinale du calcium.

Il entraîne une augmentation importante de la densité minérale osseuse, entraînant une réduction d'environ 70% de l'incidence de nouvelle(s) fracture(s) vertébrale(s) modérée(s) ou grave(s) au cours des 18 mois de traitement.(40)

Les effets indésirables sont rares, mais peuvent inclure des nausées, des maux de tête et des vertiges.

Son indication: ostéoporose avec deux fractures vertébrales confirmées.

Sa posologie: 20 microgrammes en 1 injection sous cutanée par jour.

Durée de traitement: 24 mois pour être efficace, mais seulement 18 mois de remboursement sont accordés par la CPAM.

● *Le DENOSUMAB (le PROLIA)*

Le DENOSUMAB est un anticorps monoclonal humain dirigé contre RANKL.

RANKL est un activateur de la résorption osseuse ostéoclastique. Il diminue l'activité des ostéoblastes et augmente donc la résorption osseuse. (41)

En 2012, l'étude ADAMO, faite sur le DENOSUMAB aux Etats-Unis et en Europe sur deux ans, a montré une réduction de la résorption osseuse et une augmentation significative de la valeur de DMO lombaire et fémorale chez les patients avec un T-SCORE bas au départ.(42)

Il diminue le risque de fracture(s) vertébrale(s) chez l'homme.

Son indication: le traitement hormonal des patients avec un cancer de la prostate en deuxième intention.

Sa posologie: 60 mg en injection sous cutanée tous les six mois.

La première prescription doit être faite par un spécialiste.

Paradoxalement, on recense un rebond des fractures vertébrales à l'arrêt du traitement.(43)

● *Le RANELATE DE STRONTIUM (PROTELOS)*

Depuis 2014, Il a été retiré du marché pour l'ostéoporose car il a présenté une augmentation du risque cardiovasculaire, thromboembolique et une augmentation des syndromes d'hypersensibilité grave (DRESS Syndrome).

Il a désormais l'AMM uniquement chez les patients à risque élevé de fracture(s), pour lesquels les alternatives médicamenteuses pour le traitement de l'ostéoporose ne peuvent être utilisées, par exemple en raison de contre-indications ou d'intolérance.(44)

MATÉRIELS ET MÉTHODE

A) Type d'étude

Afin d'étudier les représentations de l'ostéoporose masculine par les médecins généralistes, l'étude qualitative est la technique la plus appropriée. Elle consiste en l'élaboration de questions ouvertes destinées à guider un entretien individuel semi-directif. (annexe 1)

B) Objectifs de l'étude

L'objectif de cette étude qualitative est d'étudier et de comprendre quelles représentations se font les médecins généralistes de l'ostéoporose masculine. Nous définirons aussi les freins à la prise en charge de l'ostéoporose masculine et les attentes des médecins généralistes.

C) Population étudiée et méthode de recrutement

Cette étude cible les médecins généralistes.

Les principaux médecins généralistes interrogés, étaient issus des remplacements effectués par les enquêteurs dans la région du Languedoc-Roussillon et à Toulon. Les autres ont été choisis de manière aléatoire via les pages jaunes dans la région du Languedoc-Roussillon où les enquêteurs exercent.

Ils ont été recrutés par téléphone ou par mail, surtout pour les maîtres de stage universitaire de la faculté de Montpellier. Sur 30 médecins contactés, 10 médecins ont répondu favorablement. Un rendez-vous a été fixé par téléphone.

Un échantillonnage a été réalisé afin d'avoir une population étudiée assez diversifiée. Les champs étudiés étaient:

- les données socio-démographiques des médecins (le sexe, l'âge, la durée d'exercice)
- la zone d'activité (urbain, semi rural, rural)
- la spécificité de l'activité
- la participation à des formations
- le statut de maître de stage ou non.

Les critères d'exclusion de cette étude sont :

- les médecins à exercice particulier telle que l'homéopathie, l'acupuncture, la médecine esthétique, la nutrition.
- les médecins en longue maladie, en congé maternité ou à la retraite.

D) Recueil des données

Le recueil des données s'est déroulé d'Avril à fin Octobre 2018 et s'est arrêté à 10 médecins, devant la saturation des données.

Les entretiens étaient semi-directifs, individuels en face à face, anonyme en suivant le canevas d'entretien. Les entretiens se déroulaient dans le cabinet des médecins généralistes interrogés.

Un consentement pour l'enregistrement a été signé par le médecin généraliste avant le début de l'entretien.

Les entretiens ont été enregistrés avec un iPhone 6S. La durée moyenne était de 14 minutes et 24 secondes.

Les questions ont été modifiées après les trois premiers entretiens, avec l'aide du directeur de thèse et de l'accompagnateur afin d'obtenir plus de réponses possibles sans pour autant suggérer. Des points de relance étaient définis pour chaque question si le médecin n'abordait pas spontanément certaines thématiques. (annexe 2,3)

E) Analyse statistique des données

Les données ont été retranscrites fidèlement et de manière confidentielle, mot à mot avec une double relecture. Les réactions ont été aussi retranscrites (rire, colère, hésitations etc...).

Une analyse thématique a été réalisée en élaborant manuellement un tableau de codage:

- pour identifier des verbatims récurrents (annexe 4)
- pour créer des associations d'idées

Les données ont été analysées par triangulation de l'enquêteur principal et du directeur de thèse. Le codage a été effectué au fur et à mesure des entretiens.

RÉSULTATS

A) Caractéristiques de la population étudiée

Parmi les médecins interrogés, il y a 6 femmes et 4 hommes.

La moyenne d'âge est de 39 ans. 5 médecins avaient moins de 40 ans et 5 médecins avaient plus de 50 ans.

La durée moyenne d'exercice libéral est de 17 ans et demi.

L'activité est plutôt semi rurale et urbaine.

Parmi les 10 médecins, 2 sont remplaçants, 4 sont maîtres de stage à la faculté de Montpellier.

Tableau récapitulatif des caractéristiques des différents médecins interrogés										
Dr	Dr 1	Dr 2	Dr 3	Dr 4	Dr 5	Dr 6	Dr 7	Dr 8	Dr 9	Dr 10
Sexe	M	M	F	F	F	M	F	F	F	M
Age	65	29	58	60	30	57	28	50	32	36
Durée d'exercice	39	3 Installé depuis 1 an	33	34	5	27	2 ans et demi	20	5	7
Mode d'exercice	Rural	Semi rural, rural	Semi rural	Semi rural	Remplacement	Semi rural	Remplacement Semi rural et urbain	Urbain	Semi rural	Semi urbain
Type d'activité	Global	Global	Global	Global	Global	Global	Global	Global	Global mais plus de pédiatrie gynécologie	Global
Participation à des formations	Congrès Cours à la fac Groupe de pair Formations internet	Formations initiales EPU	Congrès EPU	Formation internet EPU Aromathérapie	DU gynécologie et pédiatrie Oui	3/an	GEPT il y à 1 an Formation en phytothérapie	Groupe de pair Formations internet	2/ an Congrès CNGE et CMGF Formation pédagogique à la faculté	Non
Maître de stage	Oui	Oui depuis un an	Oui depuis 1 an	Non	Non	Non	Non	Non	Oui	Oui

B) État des connaissances sur l'ostéoporose masculine

1) Les facteurs de risque

- 70% des médecins savent que l'ostéoporose masculine est secondaire aux facteurs de risque.
- 100% des médecins citent les fractures pathologiques dont 40% citent la fracture du col du fémur et le tassement vertébral et 20% citent la fracture du poignet.
- 80% des médecins citent la corticothérapie au long cours.
- 60% des médecins répondent l'hypogonadisme dont 4 médecins pensent à une andropause. Un médecin pense à l'andropause de l'homme jeune. 2 médecins pensent à la castration, un médecin pense au cancer de la prostate, un médecin pense au traitement hormonal.
- 40% des médecins répondent « douleurs diffuses » dont 20% pensent dorsalgies.
- 20% répondent « absence de soleil ».
- 30% répondent « tabac ».
- 30% répondent « alcool ».
- 30% répondent « dénutrition », « IMC bas ».
- 30% des médecins pensent à l'ostéoporose masculine à partir de 60 ans.
- 20% des médecins se préoccupent de l'ostéoporose chez la personne âgée.
- 20% des médecins répondent « carence vitamino-calcique ».
- 20% des médecins répondent « absence d'exercice physique ».
- 20% des médecins pensent à la dysthyroïdie.
- 20% des médecins pensent à la spondylarthropathie.

2) Les outils de dépistage

- 90% des médecins interrogés utilisent l'ostéodensitométrie. 20% disent l'utiliser dans le cas de découverte de fractures. 40% d'entre eux utilisent la même classification que chez la femme.
- 50% des médecins pensent à réaliser un bilan phosphocalcique.
- 30% des médecins réalisent des radiographies.
- 30% des médecins mesurent leurs patients.
- 20% des médecins réalisent un bilan hépatique et rénal.
- 20% des médecins pensent à éliminer un myélome.

- 10% des médecins pensent à éliminer une autre cause que l'ostéoporose.
- Aucun médecin ne parle du FRAX et de la VFA pour la prise en charge thérapeutique.

3) La prise en charge thérapeutique

a) Les mesures hygiéno-diététiques de prévention:

- 70 % des médecins prescrivent l'apport vitamino-calcique et 1 médecin insiste sur son utilité particulièrement chez la personne âgée.
- 20% des médecins vérifient les facteurs de risques de chute.
- 10% des médecins insistent sur une activité sportive.
- 10% des médecins disent qu'il faut arrêter le tabac.
- Aucun médecin ne parle de l'éviction de la consommation excessive d'alcool.

b) Les traitements médicamenteux

60% des médecins pensent aux bisphosphonates.

10% choisissent le traitement selon la valeur de la DMO.

20% savent qu'il existe de nouvelles thérapeutiques si les bisphosphonates sont inefficaces.

20% pensent à vérifier l'absence de contre indication des bisphosphonates.

Le nom des médicaments cités par les médecins sont :

- Le FOSAMAX (30%)
- L' ACTONEL (10%)
- L' ACLASTA (10%)
- Le PROLIA (10%)
- Le FORSTEO (10%)

90% des médecins ne connaissent pas les produits qui ont l'AMM pour les hommes.

Dr 2: « absolument pas!!! clairement pas !!! ..Après non je n'ai aucune notion de remboursement chez l'homme »

Dr 5: « je pense qu'il y a les bisphosphonates et je suis même pas sûr qu'il y ait tous les bisphosphonates »

Dr 7: « aucune idée , je peux inventer mais ça sert à rien »

Dr 8: « j'en sais rien (rire) je dirais que ce sont les mêmes que pour les femmes (rire) à priori, j' ai jamais vérifié mais je dirais que c'est pareil »

Dr 10: « pour moi j'ai notion des bisphosphonates en général. Mais pas spécialement pour l'homme ou pour la femme »

50% des médecins se basent sur les recommandations de l'ostéoporose féminine.

1 médecin se base sur les recommandations de la HAS.

4) Synthèse

Les résultats montrent que les médecins de tous les âges, connaissent les principaux facteurs de risque de l'ostéoporose masculine et l'ostéodensitométrie .

Les plus jeunes pensent à faire un bilan biologique plus poussé pour:

- éliminer d'autres causes de fractures.
- réaliser le bilan préthérapeutique.

Les médecins avec plus d'expérience, prescrivent plutôt des radiographies de dépistage.

Quelques soient les années d'expérience, une grande majorité des médecins préfère envoyer chez le rhumatologue pour une conduite à tenir.

Sur le plan de la prévention, 70% des médecins prescrivent une supplémentation vitamino-calcique à leurs patients . Les autres mesures préventives comme la prévention des chutes et l'activité physique sont peu abordées par les médecins interrogés. La prévention de la consommation du tabac et de l'alcool, pourtant 2 facteurs de risques importants, est peu mentionnée par les médecins.

Sur le plan médicamenteux, 60% des médecins savent qu'il faut utiliser les bisphosphonates, mais 80% d'entre eux ne connaissent pas les médicaments qui ont l'AMM pour l'ostéoporose masculine.

Les trois bisphosphonates qui ont l'AMM dans l'ostéoporose masculine, ont été cités avec hésitation par les médecins ayant le plus d'ancienneté.

Le PROLIA et le FORSTEO ont aussi été cités par des médecins ayant plus d'ancienneté.

Cinq médecins se basent sur les recommandations de l'ostéoporose féminine post ménopausique, pour instaurer un traitement. Parmi ces cinq médecins, quatre médecins ont moins de 40 ans. Une jeune femme médecin se base sur les recommandations de la HAS directement pour le traitement.

C) L'ostéoporose masculine vue par les médecins généralistes

1) Les représentations de l'ostéoporose masculine

a) Une représentation mythique de l'ostéoporose masculine

Dr 1: « (hésitations) et ben c'est un continent noir inconnu... (silence, soupir) »

« ça évoque un grand vide »

Dr 5: « je pense que c'est quelque chose d'obscur (silence)»

b) Une maladie peu préoccupante, oubliée, qui passe au second plan

Dr 1: « leur médecin pense que l'ostéoporose masculine ça n'existe pas , ou que c'est tellement rare qu'il ne faut pas s'en préoccuper »

*Dr 2 « Je n'aurais peut être pas dit que c'est un problème de santé mondial»
«casse pied »*

Dr 3 pense que « ben pour moi ce n'est pas un problème »

Dr 5: « je pense que c'est quelque chose qu'on oublie facilement »

Dr 6: « on a tellement d'examens à faire chez le diabétique , que ça passe un peu au second plan l'ostéoporose on l'oublie »

c) L'ostéoporose : une discrimination homme femme

• **une maladie plutôt post ménopausique féminine qu'éventuellement masculine:**

70% des médecins interrogés donne une définition semblable à celle de l'ostéoporose féminine, c'est à dire une déminéralisation osseuse. Les médecins interrogés pensent plus aux femmes après la ménopause qu'aux hommes quand on parle d'ostéoporose.

Dr 1: « tout le monde ne parle quasiment que de l'ostéoporose féminine post ménopausique » « Nous, en France, l'ostéoporose c'est un problème de bonne femme »

Dr 2: « on parle des femmes à tire larigot et les hommes s'est mis complètement de coté et on en parle pas »

Dr 7: « Généralement on pense plus à la femme et à la post ménopause quoi »

Dr 8: « autant on se pose la question après la ménopause chez les femmes , et mais chez les hommes pas du tout, ou très peu »

Dr 9: « je fais parti de ces médecins qui pensent l'ostéoporose beaucoup plus chez la femme que chez l'homme »

« j'imagine, je sais pas, que c'est les même définitions que chez la femme »

Dr 10: « Pour moi, elle est plus liée à la femme, c'est presque étonnant dans le titre alors que ça devrait pas »

3 d'entre eux se demandent si le T-SCORE de l'ostéodensitométrie sont les mêmes pour les hommes et les femmes.

Dr 1: « perte de masse osseuse par rapport à des tables qui ne concernent que les femmes et qu'exceptionnellement les hommes » « on n' a pas de référentiels hommes établis »

Dr 5: « je pense que ça doit être les mêmes critères avec le t-score que la femme et encore je ne suis pas sûre »

Dr 9: « j'imagine qu'il doit y avoir des chiffres sur l'ostéodensitométrie, ces histoires de T-score inférieur à -2,5 ou pas. Est-ce que les chiffres sont les mêmes que chez la femme?

J'en ai pas la moindre idée euh... »

- **Un business moins lucratif chez les hommes que chez les femmes**

Un médecin soulève l'impact des laboratoires pharmaceutiques sur la prise en charge de l'ostéoporose masculine

Dr 1: « on s'aperçoit que des hommes ont un besoin de traitement pour l'ostéoporose... et ben il n'y a pas grand chose de validé ... en tout cas si on s'en tient strictement à ce qu'on appelle l'AMM, c'est à dire que les médicaments sont remboursables que s'ils ont l'AMM. Hors les labos n'ont l'AMM que pour les femmes pour la plupart des traitements. C'est le marché qui rapporte (pointe d'agacement) »

« La société semble gérer mieux le cas des femmes car il me semble qu'il y en a moins (de fracture)».

- **Le dépistage et le traitement**

La discrimination se retrouve aussi au niveau du dépistage et du traitement lors des entretiens.

Dr 1: «ou alors des médecins qui vont dire on ne peut pas grand chose pour vous , il y a des médecins pour les femmes mais pas pour vous »

«Les hommes, pour une fois, sont maltraités »

« On considère qu'un homme ostéoporotique cesse d'être un individu que l'on doit soigner . C'est un peu étonnant. C'est rare un cas de sexisme masculin »

Dr 2: « je n'ai jamais envisagé de rechercher une ostéoporose chez l'homme suite à une fracture »

Paradoxalement, deux médecins disent ne pas faire de discrimination mais leur réponse montre que celle-ci est présente :

Dr 10: « Moi je considère l'ostéoporose masculine à la même valeur que l'ostéoporose féminine. La seule différence, c'est sans doute, au niveau de la prévention, les médecins ont tendance à y penser un peu moins »

Dr 4: « Je pense que il n'y a pas de discrimination sur homme femme mais je pense que la femme on va y penser plus parce qu'on voit beaucoup plus de femmes avec un cancer du sein qui sont traitées par aromatase ou autre »

2) Une maladie sous-dépistée et sous diagnostiquée

a) Reconnue comme rare et exceptionnelle

80% des médecins avouent que c'est une maladie qu'ils ne recherchent pas car ils n'y pensent pas . Ils pensent qu'elle est sous-diagnostiquée.

Pour 50% d'entre eux , l'ostéoporose masculine ne leur évoque « pas grand chose ».

Dr 2: « j'avoue que je ne m'étais jamais trop intéressé »

Dr 3: « je n'y pense jamais (rire) »

Dr 4: « c'est un thème qu'on connaît pas c'est vrai qu'on pense à l'ostéoporose chez la femme euh.. mais chez l'homme c'est quelque chose qu'on connaît pas »

Dr 5: « déjà chez la femme , c'est compliqué ... euh... chez l'homme , on cherche pas forcément »

Dr 8: « ostéoporose masculine bof » « pour les hommes on se pose pas la question, ce qui est bête en fait »

Dr 9: «Et c'est absolument pas quelque chose que je recherche ni à diagnostiquer ni à traiter. Donc ça m'évoque quelque chose que je connais mal »

Un médecin sur les dix pense que ce n'est pas rare, qu'il faut la rechercher chez tous les hommes.

b) Un diagnostic tardif, se faisant surtout à l'hôpital ou par les rhumatologues

3 médecins soutiennent que le diagnostic est tardif chez l'homme, car il est souvent fait suite à une fracture.

Dr 10: « le dépistage s'est fait un peu plus tard. C'est pas vraiment un dépistage mais plutôt une prévention secondaire suite à un évènement »

Tous les exemples cités de patients ont été diagnostiqués à l'hôpital ou par un rhumatologue.

c) Un nombre de cas très limité dans la patientèle des médecins généralistes

Chez les jeunes médecins de moins de 40 ans, 4 médecins sur 5 n'ont pas encore eu de cas:

Dr 2: « Euh... Chez l'homme j'avoue que dans mon activité ça ne m'est jamais arrivé »

Dr 5: « j'ai jamais diagnostiqué une ostéoporose chez un homme »

« c'est de l'ordre du renouvellement rien de plus quoi »

Dr 7: « non jamais eu de cas encore »

Dr 9: « il y en a pas eu » « si !!!j' ai bien eu des patients qui ont eu des fractures du col mais effectivement c'est des patients qui étaient déjà grabataires, institutionnalisés ou en très mauvais état général, qui se déplaçaient très peu et qui ont chuté car ils ont essayé de se lever, chez qui on s'est même pas posé la question car ils avaient déjà 90 ans et que de toute manière ça n'aurait pas changé grand chose »

Chez les médecins de plus de 40 ans, 1 médecin sur 5 n'a pas eu de cas:

Dr 1: « chez les hommes je n'ai pas beaucoup de recul », un cas

Dr 3: « un cas de fracture non traumatique »

Dr 4: «j'en vois pas ,j'essaie comme ça sur le coup de réfléchir (silence) mais j'en vois pas »

Dr 6: « j'ai deux patients »

Dr 8: « un patient fracture traumatique, un patient sous cortisone »

d) Le manque de formation et de connaissance sur l'ostéoporose masculine

80% des médecins disent qu'il existe un manque de formation sur la prise en charge.

Dr 1: « On ne peut pas dire qu'on a été submergé par des publications sur l'ostéoporose masculine »

Dr 2: « J'ai pas le souvenir dans mes études qu'à un moment ou un autre on ait évoqué plus que ça l'ostéoporose masculine ou ça devait faire deux lignes »

« je trouve que les recommandations sont peu efficaces »

« on est pas assez bien formé là dessus euh... et autant sur la formation médicale initiale que continue »

« On reçoit beaucoup de courriers, de mails tous les jours et jamais on ne parle d'ostéoporose féminine et masculine »

Dr 5: « je pense qu'il faut au niveau de la formation revoir vraiment. Si on ne sait pas quel médicament prescrire on a peut être pas envie de chercher non plus, s'embêter à voir..euh... bon il a une ostéoporose qu'est ce que je fais maintenant quoi, euh.... ça fait parti aussi des choses qui vont nous freiner »

Dr 7: « c'est pas très connu parmi les médecins, surement sous diagnostiqué , ça passe à la trappe , par manque de connaissance »

Dr 8: « Moi finalement je ne sais pas grand chose sur ça »

Dr 9: « Donc ça m'évoque quelque chose que je connais mal »

2 médecins pensent être nuls sur ce sujet.

Dr 2 :« je suis vraiment nul sur l'ostéoporose »

« un grand mal-être et malaise... clairement parce qu'on sait rien et qu'on se sent incompetents »

Dr 4: « c'était rapide quand on est pas doué mais ça m'est égal»

3) La prise en charge thérapeutique en pratique

a) Le spécialiste rhumatologue

Le spécialiste est au coeur de la prise en charge thérapeutique dans l'ostéoporose masculine.

70% des médecins envoient chez le rhumatologue pour une conduite à tenir. Dans les cas cités par les médecins interrogés, les bisphosphonates sont introduits par les rhumatologues.

Dr 3: « Euh... mon attitude thérapeutique c'est d'envoyer au rhumato »

Dr 4: « je pense que j'enverrai chez un rhumato quand même pour savoir s'il n'y a pas quelque chose que je connais pas. Je serais assez humble là dessus comme c'est un sujet que je ne connais pas »

Dr 5: « j'envoie facilement chez les rhumatos parce queeuh...parce que voilà il y a peut être des traitements plus adaptés que les bisphosphonates et quand il y a une contre-indication des bisphosphonates c'est la panique (rire) »

Dr 9: «Après je cache pas que je les laisse au rhumatologue le soin de gérer»

Dr 10: « Après je vais avoir tendance à orienter chez le rhumato »

b) La prévention par supplémentation vitamino-calcique

La prévention par vitamine D et calcium est bien assimilée car 70% des médecins y pensent.

c) Les effets indésirables des bisphosphonates

Certains médecins interrogés se méfient des effets indésirables.

Dr 10: « ce sont des médicaments qu'on aime pas forcément manipuler car il y a des risques »

Les effets indésirables cités sont :

- les effets digestifs (1 médecin)
- l'ulcération œsophagienne (1 médecin)
- l'ostéonécrose de la mâchoire (2 médecins)
- les douleurs osseuses (1 médecin)

3 médecins demandent un avis dentaire avant de débiter les bisphosphonates.

Cependant, cinq médecins reconnaissent avoir vu peu d'effets indésirables dans leur pratique, quelque soit l'âge des médecins.

Dr 10: « Mais moi sur le peu de patient que j'ai eu à traiter, j'ai pas eu de patients qui ont eu des complications »

Un médecin pense que les bisphosphonates ont une bonne efficacité.

Trois médecins n'ont pas de frein à la prescription des bisphosphonates.

2 médecins insistent sur le manque d'intérêt des bisphosphonates chez les patients très âgés, grabataires à cause des risques d'effets indésirables plus importants que les bénéfices.

Dr 9: « c'est des patients qui étaient déjà grabataires, institutionnalisés ou en très mauvais état général, qui se déplaçaient très peu et qui ont chuté car ils ont essayé de se lever, chez qui on s'est même pas posé la question car ils avaient déjà 90 ans et que de toute manière ça n'aurait pas changé grand chose »

Dr 5: « ils sont très très vieux et puis on se dit est-ce qu'on va leur donner des médicaments qui ont beaucoup d'effets indésirables derrière donc c'est compliqué quoi »

d) Une expérience limitée

L'expérience est limitée chez les médecins quelque soit l'âge et les années d'expérience.

Trois médecins (Dr 1,2,3) reconnaissent ne pas avoir beaucoup de recul chez les hommes.

Dr 1: « c'est quelque chose qu'on découvre »

Dr 2: « je suis jeune médecin donc je n'ai peut être pas l'expérience d'un plus vieux qui a traité beaucoup plus de gens »

Dr 3: « j'en ai pas beaucoup chez les hommes donc l'expérience elle est limitée »

3 médecins ne mentionnent pas les bisphosphonates donc ils n'ont pas été interrogés sur les effets indésirables des bisphosphonates.

D) La mesure systématique de la taille à partir de 60 ans, dans le dépistage des fractures rachidiennes**1) Un outil de dépistage intéressant pour définir une perte de taille**

7 médecins sur 10 pensent que l'idée est intéressante, non coûteuse et facile.

Dr 7: « bien, c'est non invasif, c'est reproductible »

Dr 1: « c'est un élément majeur de la détection de l'ostéoporose masculine. Il faut déterminer quel seuil absolu ou relatif est à utiliser »

Dr 2: « si on pensait à les mesurer plus souvent peut être qu'on serait plus alerte en cas de perte de taille »

2) La pratique médicale

4 médecins sur 10 mesurent leurs patients.

Dr 3: « la mesure je la fais au départ et puis après c'est bon quoi », il ne s'en sert pas pour dépister la perte de taille

Dr 6: « moi je les mesure, effectivement je connais leur mesure quand ils avaient 20 ans, quand ils ont 70 ans je fais une mesure je la note »

Dr 7: « généralement je mesure mes patients quand ils ont plus de 60 ans, je les mesure pour voir s'il n'y a pas une diminution de la taille qui pourrait montrer un début de pathologie ostéopénisante ou fracturaire »

Dr 10: « Moi j'ai l'habitude de mesurer les patients, même quand ils sont adultes, je ne me base pas sur la taille qu'ils font à 20 ans »

Le Dr 6 pense que la mesure de la taille à 60 ans est un peu tardive.

Le Dr 2 ne pense jamais à mesurer la taille de ses patients.

« Moi le premier je ne me souviens pas de ma taille (rire) »

Le Dr 5 ne mesure pas les patients et n'est pas sûr que la mesure de la taille systématique l'aide au diagnostic d'ostéoporose.

3) les biais de cette mesure

2 biais ont été cités par les médecins:

- la taille rapportée par les patients peut être faussée.

Dr 5: « Après les patients se souviennent plus forcément »

Dr 10: « Parfois la difficulté à 60 ans c'est d'avoir la taille de référence. Ça va être une taille rapportée à part si tu suis un patient toi même depuis 40 ans. Sinon les gens vont te dire une taille, euh, je vais peut être dire une bêtise, mais les hommes ont toujours tendance à rajouter un ou deux centimètres... même les femmes le font parfois »

- l'utilisation abusive des radios du rachis dès qu'il y a perte de taille.

Dr 5: « c'est compliqué après de faire des radios à tous les patients qui ont perdu quelques centimètres pour savoir s'il y a eu un tassement ou pas »

E) Les freins à la prise en charge de l'ostéoporose masculine

1) L'expérience limitée des médecins et le manque de connaissance

Les jeunes médecins avec moins d'expérience, ont moins de cas d'ostéoporose masculine. Cependant, quelque soit l'expérience et l'âge des médecins, les connaissances et la prise en charge de l'ostéoporose sont semblables. Tous les exemples de patients ont été diagnostiqués à l'hôpital ou par un rhumatologue.

2) Le temps de consultation trop court

40% des médecins (Dr 2, 3, 5, 6) avouent qu'ils n'ont pas le temps de faire de la prévention de l'ostéoporose masculine.

Dr 2: « en un quart d'heure de consultation... le temps fait qu'on le fait pas »

Dr 5: « je pense que il y a déjà un soucis de temps »

Dr 6: « on est débordé de travail , on a pas forcément le temps ni même d'y penser »

3) La charge de travail trop importante et le manque de médecins

Dr 3: « on en peut plus quoi. On est de moins en moins nombreux donc la prévention passe au second plan »

« quand t'es pas assez nombreux ben tu fais dans l'urgence et l'urgence c'est le curatif pas le préventif c'est ça le problème »

Dr 6: « on est débordé de travail, on a pas forcément le temps ni même d'y penser »

4) La réticence des patients

2 médecins pensent que si les patients sont réticents, la prise en charge ne peut être correcte.

Dr 9: « Tant que les gens se sentent pas mal, on a un peu plus de mal à proposer les choses »

F) Les attentes des médecins interrogés

1) Un questionnaire des facteurs de risque

L'IOF a réalisé un test rapide des facteurs de risque d'ostéoporose afin de pouvoir améliorer la prise en charge diagnostique.

De manière générale, pour les médecins interrogés, l'idée d'un questionnaire de facteurs de risque de l'ostéoporose est intéressante.

Dr 1, 3 et 5 proposent de le mettre dans la salle d'attente des cabinets afin que les patients le remplissent.

Dr 1: « faire distribuer le questionnaire par les secrétaires médicales, puis de rentrer les données dans le dossier médical et de mettre une alerte sur le logiciel pour les patients à risques en fonction des résultats »

2) Les autres attentes

90% des médecins insistent sur l'amélioration de la formation sur l'ostéoporose masculine.

30% des médecins proposent d'informer et de sensibiliser les patients que l'ostéoporose existe aussi chez les hommes.

Dr 1 propose « *qu'on actualise les procédures de dépistage et les mesures de traitements et donc les mesures de remboursement officielles. Il faudrait faire des études plus spécifiques sur le sujet* ».

Dr 2 propose de « *créer des consultations spécialisées d'ostéoporose* ».

Dr 3 propose de « *former des infirmières de santé publique qui nous assistent et font ce genre de chose* ».

Dr 7 propose « *d'instaurer une mesure systématique des enfants et des personnes âgées* ».

Dr 10 propose de « *faire une campagne pour sensibiliser sur le sujet* ».

DISCUSSION

A) Les forces de l'étude

D'après la recherche bibliographique, aucune étude qualitative sur l'ostéoporose masculine n'a été réalisée dans la région du Sud de la France. Il existe peu d'études qualitatives sur le sujet en France.

Le choix de la méthode qualitative était la plus appropriée pour comprendre le vécu et les représentations des médecins généralistes sur l'ostéoporose masculine. Les entretiens semi directifs individuels et anonymes ont permis de mettre en confiance les médecins interrogés. Ils ont pu ainsi donner leur avis plus spontanément et leur ressenti plus facilement sur ce sujet.

L'entretien face à face a permis de limiter les biais d'informations.

La thèse a également permis aux médecins de se mettre à jour sur le sujet et de se remettre en question dans leur pratique.

B) Les limites de l'étude

Même si les entretiens ont été stoppés à cause de la saturation des données, l'échantillon médical interrogé reste faible et donc peu représentatif de la population médicale française. La moyenne d'âge nationale est de 51 ans pour 39 ans dans cette étude. Les médecins plus vieux, avec probablement plus d'expérience, ont peut-être une meilleure connaissance des traitements. Il serait peut être sûrement intéressant de faire une étude à l'échelle nationale.

Il peut exister aussi un biais de sélection car la plupart des médecins ont été trouvés grâce aux remplacement.

Lors de l'élaboration de l'entretien, des questions ont pu être oubliées notamment sur le suivi. Il n'a donc pas été traité dans les résultats.

C) Analyse des résultats

1) les représentations de l'ostéoporose masculine

a) le dépistage

Dès le début de l'entretien, le sujet pose une certaine gêne, un malaise.

L'ostéoporose masculine suscite peu d'intérêt chez les médecins généralistes. Pour certains, ce n'est d'ailleurs pas un problème de santé publique. D'autres attribuent même une dimension mythique à cette maladie, comme si, en fait, elle n'existait pas. Pourtant cette maladie continue de progresser et de tuer plus d'hommes que de femmes, suite à des fractures du col du fémur. (3) Elle est toutefois reconnue comme sous dépistée et sous diagnostiquée par les médecins généralistes interrogés car, selon eux, rare et exceptionnelle selon eux. Effectivement, contrairement au nombreux cas des femmes, dans leurs patientèles, deux cas sont retrouvés par les médecins interrogés. Ce qui entraîne inévitablement un oubli de la maladie, un passage au second plan, par défaut d'informations.

Ces résultats sont similaires à ceux de la thèse de Dr DURAND à Lille (45).

On aurait pu penser que les médecins dans le Nord y penseraient plus à cause d'un ensoleillement moins important par rapport au Sud. Or, les réponses sont quasiment les mêmes.

D'après les résultats de nos études, on pourrait déduire qu'il existe une discrimination entre les hommes et les femmes. Elles démontrent que les préjugés sont encore présents chez les médecins. En pensant que l'ostéoporose est une « maladie de bonne femme », le dépistage chez les hommes est quasi impossible à envisager et ne peut être réalisé.

Deux jeunes médecins la considèrent au même titre que l'ostéoporose féminine, mais ils n'ont pas eu de cas. Il est donc possible qu'ils sous dépistent aussi l'ostéoporose féminine.

b) La thérapeutique

Les médecins pensent à traiter l'ostéoporose masculine comme une ostéoporose féminine post ménopausique. Mais si le dépistage ne se fait pas, ils ne penseront pas à traiter l'ostéoporose mascu-

line. Le conditionnel est une conjugaison très utilisée dans les entretiens par la moitié des médecins interrogés car ils n'ont pas eu de cas dans leur patientèle. Mais on pourrait se demander s'ils n'ont pas eu de cas réellement ou s'ils sont passés à côté des cas d'ostéoporose masculine.

Les médecins les plus vieux, connaissent un peu mieux les traitements anti-ostéoporotiques. Ceci est probablement dû à l'expérience et la prise en charge de cas d'ostéoporose masculine dans leur patientèle. Ils ont également vu peu d'effets indésirables des bisphosphonates dans leur carrière, ce qui explique qu'ils n'ont pas de frein à la prescription de ces traitements.

En comparaison avec l'étude du Dr DANAES (46), les médecins préfèrent aussi un avis rhumatologique pour la prise en charge de l'ostéoporose masculine.

Par contre, la majorité des médecins de cette étude ne connaît pas les traitements ayant l'AMM pour l'ostéoporose masculine, contrairement à l'étude de Dr DANAES. La formation sur les traitements est donc probablement plus effective dans le Nord.

c) La taille

C'est un examen facile, non coûteux et reproductible qui permet de dépister les fractures vertébrales. Pourtant, 30% des médecins seulement mesurent les patients. 50% n'utilisent pas la toise comme outil de dépistage, alors que la perte de taille entre dans les critères de dépistage de l'ostéoporose (HAS). Les médecins n'accordent pas autant d'importance à cette mesure, alors qu'elle pourrait permettre un dépistage précoce et facile de la survenue des fractures vertébrales.

d) Le spécialiste et l'hôpital, au centre de la prise en charge de l'ostéoporose masculine

Au final, pour les médecins généralistes, le spécialiste est important pour la bonne prise en charge de l'ostéoporose masculine. Ces données sont comparables à celles de Dr DANAES (46)

Une étude réalisée sur le CHU de Rennes en 2013 par COIFFIER G, (10) a démontré que l'information systématique par courrier du médecin généraliste, suite à une fracture de basse énergie, améliorerait la prise en charge secondaire de l'ostéoporose. Dans le Languedoc-Roussillon, il existe certes une filière ostéoporose, mais elle est inconnue des médecins généralistes. Il serait intéressant d'envisager d'améliorer la circulation de l'information sur l'ostéoporose masculine et de changer l'idée préconçue et fautive que l'ostéoporose est une maladie de la femme.

2) Comparaison à l'enquête du Pr Cortet (6)

Une enquête, réalisée en France en 2012, par le Pr Cortet, et Dr Fardellone, auprès de 554 médecins généralistes, a montré que les généralistes ont intégré les principales données épidémiologiques de l'ostéoporose, à supposer chez les hommes et les femmes, mais ceci n'est pas explicite. (7)

Même si les résultats n'étaient pas spécifiques aux hommes, ils avaient compris l'importance de la prévention et des mesures non médicamenteuses. Ils ne demandaient pas d'avis spécialisé pour la prise en charge. 64% mesuraient leurs patients. On pourrait conclure que les médecins étudiés sont à jour sur la prise en charge. Ils ont peur des effets indésirables.

Notre étude contredit ces résultats car, tous les médecins demandent l'avis du spécialiste et ne prennent pas seuls en charge l'ostéoporose masculine. Ils ne mesurent pas tous, leurs patients. Ils n'ont pas tous, peur des effets des bisphosphonates.

Par contre, les deux études montrent que les médecins ne connaissent pas le FRAX.

Cette étude de 2012, surestime la connaissance et la pratique des médecins. Le questionnaire était en ligne, et aurait pu probablement entraîner un biais, car, les médecins pourraient chercher les réponses avant d'y répondre.

3) Les freins à la prise en charge de l'ostéoporose masculine

La charge de travail, la diminution de l'effectif médical et le temps de consultation court, handicapent le dépistage de l'ostéoporose masculine. Il est également pénalisé par la détection d'autres pathologies telles que le diabète ou le cancer que les médecins considèrent plus importantes que l'ostéoporose masculine.

Les médecins démontrent ainsi, pour eux, un manque de formation, et, pour les patients un manque d'information. Ces manques sont à l'origine de l'oubli de cette maladie. Il serait intéressant que les médias portent leur attention aussi sur les hommes, afin que les patients puissent en parler à leur médecin et qu'ils ne soient pas réticents à l'instauration des bilans et des traitements.

CONCLUSION

Malgré la charge de travail croissante et le surmenage des praticiens, les médecins généralistes doivent penser à privilégier la relation avec leurs patients masculins en prenant le temps lors de la consultation d'établir un dialogue et un examen construits, qui leur permettent aussi de déceler des signes annonciateurs d'une ostéoporose masculine (perte de taille, douleur inexplicquée, manque d'activités et d'exposition au soleil, carences nutritionnelles, mauvaises habitudes de vie,...). Cette approche systématisée permettra que la prévention et le traitement de cette maladie silencieuse ne restent plus si insuffisamment évoqués.

Le dépistage précoce de l'ostéoporose masculine, principalement par une mesure systématique de la taille à partir de 65 ans, permettrait ainsi d'éviter des fractures voire le décès de certains patients. Le vieillissement de la population et l'allongement de l'espérance de vie nécessitent de considérer l'ostéoporose masculine comme un problème de santé publique qui pourrait être contrôlé de manière systématique par une démarche préventive active du médecin généraliste.

Pour cela, il est nécessaire d'améliorer la formation initiale des jeunes internes et la formation continue des médecins généralistes, afin de leur apprendre à prévenir et de mieux traiter l'ostéoporose masculine. De plus, il serait intéressant que les spécialistes, les autorités de santé et les organismes de sécurité sociale s'accordent à rembourser plus facilement l'ostéodensitométrie pour les hommes, sur une perte de taille importante sans attendre qu'il apparaisse bien plus qu'un facteur de risque: une fracture pathologique.

La mise en place de données spécifiques pour l'ostéoporose masculine devrait être un objet d'études nationales pour une meilleure prise en charge des traitements et ne plus se référer aux données féminines pour soigner les hommes. Améliorer la formation sur l'ostéoporose masculine, est la première étape d'un changement des croyances et de l'amélioration des pratiques des médecins généralistes.

BIBLIOGRAPHIE

1. collège national de société française de rhumatologie. item 56:ostéoporose [Internet]. [cité 24 juin 2018]. Disponible sur: <http://campus.cerimes.fr/rhumatologie/enseignement/rhumato4/site/html/1.html>
2. Guggenbuhl P. Ostéoporose de l'homme et de la femme: est-ce vraiment différent? Revue du Rhumatisme. nov 2009;76(10-11):952-8.
3. C cooper, Ferrari S. IOF-Compendium-of-Osteoporosis-FR-WEB.pdf [Internet]. P Mitchell, N Harvey, E Dennison; 2017 [cité 7 mars 2018]. 76 p. Disponible sur: <http://share.iofbone-health.org/WOD/Compendium/IOF-Compendium-of-Osteoporosis-FR-WEB.pdf>
4. Ebeling peter. L'OSTÉOPOROSE CHEZ L'HOMME LES RAISONS D'UN CHANGEMENT NÉCESSAIRE [Internet]. 2014 oct [cité 16 déc 2017] p. 23. Disponible sur: <http://share.iofbonehealth.org/WOD/2014/thematic-report/WOD14-Report-FR.pdf>
5. Johnell O, Kanis JA. An estimate of the worldwide prevalence and disability associated with osteoporotic fractures. Osteoporosis International. 19 oct 2006;17(12):1726-33.
6. Cortet B, Fardellone P, Khalifa P. Ostéoporose: quelle pratique? Les résultats d'une enquête en médecine générale. Rev Prat Médecine générale. sept 2012;(885):564-5.
7. Briot K, Roux C, Thomas T, Blain H, Buchon D, Chapurlat R, et al. Actualisation 2018 des recommandations françaises du traitement de l'ostéoporose post-ménopausique. Revue du Rhumatisme. oct 2018;85(5):428-40.
8. Thomas T, Gabach P, Buchon D ,et al.Évaluation de la prise en charge avant et après hospitalisation pour fracture de fragilité en France à partir des dossiers de la SNIRAM. Rev Rhum 2015; A 125 (O. 116).
9. Oberlin P, Mouquet M-C. Quel risque de décès un an après une fracture du col du fémur? 2016;6.
10. Coiffier G, Couchouren T, Larroche G, Bouget J, Thomazeau H, Guggenbuhl P. Impact du recours systématique au médecin traitant sur la réalisation d'une densitométrie osseuse et la mise en route d'un traitement après la survenue d'une fracture à bas niveau d'énergie dépistée dès les urgences. Étude prospective monocentrique sur 434 patients suivis six mois. Revue du Rhumatisme. déc 2013;80(6):577-82.
11. Briot K, Cortet B, Trémollières F, Sutter B, Thomas T, Roux C, et al. Ostéoporose masculine: démarche diagnostique. Identification des hommes à risque de fracture et identification des patients nécessitant un traitement. Revue du Rhumatisme. mars 2009;76(3):216-21.

12. Briot K, Cortet B, Roux C, Fardet L, Abitbol V, Bacchetta J, et al. Actualisation 2014 des recommandations sur la prévention et le traitement de l'ostéoporose cortico-induite. *Revue du Rhumatisme*. oct 2014;81(5):385-94.
13. Weinstein RS. Glucocorticoids, osteocytes, and skeletal fragility: the role of bone vascularity. *Bone* 2010;46:564-70.
14. Ostéoporose chez les patients traités pour cancer de la prostate | Urofrance [Internet]. [cité 16 janv 2019]. Disponible sur: <https://www.urofrance.org/base-bibliographique/osteoporose-chez-les-patients-traites-pour-cancer-de-la-prostate>
15. Lassemillante A-CM, Doi SAR, Hooper JD, Prins JB, Wright ORL. Prevalence of osteoporosis in prostate cancer survivors: a meta-analysis. *Endocrine*. avr 2014;45(3):370-81.
16. Shao Y-H, Moore DF, Shih W, Lin Y, Jang TL, Lu-Yao GL. Fracture after androgen deprivation therapy among men with a high baseline risk of skeletal complications. *BJU Int*. mai 2013;111(5):745-52.
17. Gilbert R, Baruch D, Pr Orecl P. APOROSE | Aide à la Prise en charge de l'OstéopoROSE en soins primaires | Site réservé aux professionnels de santé [Internet]. APOROSE. 2012 [cité 23 août 2017]. Disponible sur: <http://aporose.fr/actualites.php>
18. Freitas SS, Barrett-Connor E, Ensrud KE, Fink HA, Bauer DC, Cawthon PM, et al. Rate and circumstances of clinical vertebral fractures in older men. *Osteoporos Int*. mai 2008;19(5):615-23.
19. Kherad M, Rosengren BE, Hasserijs R, Nilsson J-Å, Redlund-Johnell I, Ohlsson C, et al. Low clinical relevance of a prevalent vertebral fracture in elderly men--the MrOs Sweden study. *Spine J*. 1 févr 2015;15(2):281-9.
20. Harvey NC, McCloskey E, Kanis JA. Utilisation du FRAX[®] chez l'homme. *Revue du Rhumatisme*. mai 2017;84(3):196-8.
21. Cummings SR, Cawthon PM, Ensrud KE, Cauley JA, Fink HA, Orwoll ES. BMD and Risk of Hip and Nonvertebral Fractures in Older Men: A Prospective Study and Comparison With Older Women. *Journal of Bone and Mineral Research*. 21(10):1550-6.
22. Vescini F, Francucci CM, Buffa A, Stefoni S, Caudarella R. Does bone mineral density predict fractures comparably in women and men? *J Endocrinol Invest*. 2005;28(10 Suppl):48-51.
23. Lewis CE, Ewing SK, Taylor BC, Shikany JM, Fink HA, Ensrud KE, et al. Predictors of non-spine fracture in elderly men: the MrOS study. *J Bone Miner Res*. févr 2007;22(2):211-9.
24. Damiano J, Kolta S, Porcher R, Tournoux C, Dougados M, Roux C. Diagnosis of vertebral fractures by vertebral fracture assessment. *J Clin Densitom*. mars 2006;9(1):66-71.

25. Audran M, Cortet B. Identification par l'analyse des facteurs cliniques de risque et la densitométrie osseuse des hommes à risque d'ostéoporose. *La Presse Médicale*. nov 2011;40(11):e489-98.
26. Binkley N, Adler R, Bilezikian JP. Osteoporosis diagnosis in men: the T-score controversy revisited. *Curr Osteoporos Rep*. déc 2014;12(4):403-9.
27. HAS. fiche de bon usage des médicaments [Internet]. 2014 juin [cité 9 mars 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-06/fs_osteoporose_v2.pdf
28. Compston J, Cooper A, Cooper C, Gittoes N, Gregson C, Harvey N, et al. UK clinical guideline for the prevention and treatment of osteoporosis. *Arch Osteoporos*. 1 déc 2017;12(1):43.
29. Watts NB, Adler RA, Bilezikian JP, Drake MT, Eastell R, Orwoll ES, et al. Osteoporosis in men: an Endocrine Society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab*. juin 2012;97(6):1802-22.
30. Papaioannou A, Morin S, Cheung AM, Atkinson S, Brown JP, Feldman S, et al. 2010 clinical practice guidelines for the diagnosis and management of osteoporosis in Canada: summary. *Canadian Medical Association Journal*. 23 nov 2010;182(17):1864-73.
31. HAS. Prevention_chutes_recos.pdf [Internet]. novembre 2005. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Prevention_chutes_recos.pdf
32. La vitamine D chez l'adulte : recommandations du GRIO. *La Presse Médicale*. juill 2011;40(7-8):673-82.
33. Kaufman J-M, Reginster J-Y, Boonen S, Brandi ML, Cooper C, Dere W, et al. Treatment of osteoporosis in men. *Bone*. mars 2013;53(1):134-44.
34. Cianferotti L, Bertoldo F, Carini M, Kanis JA, Lapini A, Longo N, et al. The prevention of fragility fractures in patients with non-metastatic prostate cancer: a position statement by the international osteoporosis foundation. *Oncotarget*. 26 sept 2017;8(43):75646-63.
35. Orwoll E, Ettinger M, Weiss S, Miller P, Kendler D, Graham J, et al. Alendronate for the treatment of osteoporosis in men. *N Engl J Med*. 31 août 2000;343(9):604-10.
36. Boonen S, Orwoll ES, Wenderoth D, Stoner KJ, Eusebio R, Delmas PD. Once-weekly risedronate in men with osteoporosis: results of a 2-year, placebo-controlled, double-blind, multicenter study. *J Bone Miner Res*. avr 2009;24(4):719-25.
37. Boonen S, Lorenc RS, Wenderoth D, Stoner KJ, Eusebio R, Orwoll ES. Evidence for safety and efficacy of risedronate in men with osteoporosis over 4 years of treatment: Results from the 2-

year, open-label, extension study of a 2-year, randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Bone*. sept 2012;51(3):383-8.

38. Boonen S, Reginster J-Y, Kaufman J-M, Lippuner K, Zanchetta J, Langdahl B, et al. Fracture Risk and Zoledronic Acid Therapy in Men with Osteoporosis. *New England Journal of Medicine*. nov 2012;367(18):1714-23.
39. Chen L-X, Zhou Z-R, Li Y-L, Ning G-Z, Zhang T-S, Zhang D, et al. Comparison of Bone Mineral Density in Lumbar Spine and Fracture Rate among Eight Drugs in Treatments of Osteoporosis in Men: A Network Meta-Analysis. *PLoS ONE*. 2015;10(5):e0128032.
40. Orwoll ES, Scheele WH, Paul S, Adami S, Syversen U, Diez-Perez A, et al. The effect of teriparatide [human parathyroid hormone (1-34)] therapy on bone density in men with osteoporosis. *J Bone Miner Res*. janv 2003;18(1):9-17.
41. Orwoll E, Teglbjærg CS, Langdahl BL, Chapurlat R, Czerwinski E, Kendler DL, et al. A randomized, placebo-controlled study of the effects of denosumab for the treatment of men with low bone mineral density. *J Clin Endocrinol Metab*. sept 2012;97(9):3161-9.
42. Langdahl BL, Teglbjærg CS, Ho P-R, Chapurlat R, Czerwinski E, Kendler DL, et al. A 24-month study evaluating the efficacy and safety of denosumab for the treatment of men with low bone mineral density: results from the ADAMO trial. *J Clin Endocrinol Metab*. avr 2015;100(4):1335-42.
43. DénoSumab (Prolia^o), fractures vertébrales multiples à l'arrêt : *Rev Prescrire* 2018; 38(418) : 584. Disponible sur: <http://www.prescrire.org/fr/3/31/55193/0/NewsDetails.aspx>
44. HAS. commission de transparence sur le PROTELOS.pdf [Internet]. juillet 2014; [cité 30 janv 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-09/protelos_saisine_avis2_ct12966_modif.pdf
45. Durand ludivine. THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE Le sous-dépistage de l'ostéoporose en médecine générale: comment l'améliorer? Partie 1 : place du dépistage de l'ostéoporose en médecine générale [Internet]. 2014 [cité 4 juin 2018]. Disponible sur: <http://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/fbf0d356-33a3-4bc2-ba6f-92c56918b7fc>
46. Denaes C. Ostéoporose masculine: connaissances et pratiques des médecins généralistes, intérêt d'une formation spécifique: questionnaire auprès des médecins généralistes dépendants de la caisse primaire d'assurance maladie de Roubaix-Tourcoing [Thèse d'exercice]. [Lille, France]: Université du droit et de la santé; 2014.1.

ANNEXE 1: GUIDE D' ENTRETIEN

1) Formulaire de consentement

a) Présentation

Je me présente, Mademoiselle BOTREAU-ROUSSEL BONNETERRE, interne en sixième semestre de médecine générale à l'université de Montpellier et je vais vous interroger sur l'ostéoporose masculine.

b) Introduction

L'ostéoporose est un problème de santé publique. Elle touche souvent les hommes à partir de 60 ans.

J'ai donc décidé de réaliser une thèse qualitative afin d'étudier et de comprendre ce que représentait l'ostéoporose masculine pour les médecins généralistes et discuter de leurs attentes concernant ce sujet.

c) Moyens et méthodes

Ma thèse consistera à un entretien individuel dont on définira la date ensemble. Les réponses à chacune des questions sont importantes pour ma thèse, mais vous êtes libre de choisir de ne pas répondre à l'une ou l'autre d'entre elles et sans avoir à vous justifier. Cet entretien sera enregistré avec le téléphone.

d) Anonymat et conservation des données

Votre participation à ma thèse est anonyme. Ainsi, les données issues de vos réponses pourront être conservées pour d'autres analyses ou d'autres recherches, sous forme anonyme. Vous pouvez vous rétracter à chaque instant sans justification.

e) Remerciements

Votre collaboration m'est précieuse afin de réaliser ma thèse. Je tiens donc à vous remercier pour le temps et l'attention que vous accepterez de me consacrer. A la fin de l'étude, si vous le souhaitez je vous retournerai les résultats.

f) Attestation de consentement :

Après entretien téléphonique et après avoir pris connaissance de cette fiche, le simple retour par mail de celle-ci sera considéré comme l'expression implicite de votre consentement à participer à mon projet.

Consentement signé pour l'enregistrement de l'entretien:

Je soussigné, Dr, autorise Mademoiselle BOTREAU-ROUSSEL BONNETERRE Héloïse, interne en médecine générale, à enregistrer notre entretien dans le cadre de sa thèse qualitative sous forme d'entretien individuel. J'ai bien été informé(e) que mon identité n'apparaîtra dans aucun rapport ou publication et que toute information me concernant sera traitée de façon anonyme.

Je comprends que les informations recueillies sont strictement personnelles et à l'usage exclusif de la thésarde et de son directeur de thèse.

J'accepte que les données de l'enregistrement soit retranscrites et recueillies aux seules fins de l'étude.

Fait à le .../.../....

Signature:

2) Echantillonnage

a) Critères d'inclusion :

médecins généralistes

b) Critères d'exclusion :

médecins généralistes :

- exerçant une activité spécialisée principale telle que l'homéopathie, l'acupuncture, la médecine esthétique, la nutrition.
- En longue maladie ou en congé de maternité.

c) Caractérisation de l'échantillonnage :

- Êtes-vous un homme ou une femme? Quel âge avez-vous?
- Depuis combien de temps exercez-vous la médecine générale? Quel est le type d'activité? (urbain, rural, semi-rural)
- Participez-vous à des formations médicales? De quel type? À quelle fréquence?
- Êtes vous Maître de stage? Avez-vous une spécificité d'activité? (gériatrie etc...)

ANNEXE 2: Canevas d'entretien n°1

D'après votre expérience personnelle :

a) Que vous évoque l'ostéoporose chez l'homme?

relance: Quels mots vous viennent à l'esprit quand on vous parle d'ostéoporose masculine? Pouvez-vous me donner une définition?

b) Pensez-vous que l'ostéoporose masculine soit un problème de santé publique mondial?

c) Que pensez-vous des recommandations sur l'ostéoporose masculine?

d) Quelles sont les situations pour lesquelles vous pensez à dépister une ostéoporose masculine?

relance: Quels sont vos critères de dépistage en pratique? Difficultés ? Outils utilisés? Racontez moi avec des exemples concrets.

e) Quelle est votre attitude thérapeutique devant une ostéoporose masculine?

relance: Quels traitements connaissez-vous et avez-vous utilisé ? Connaissez-vous les indications de remboursement de la CPAM?

Racontez moi vos expériences personnelles avec des cas concrets, indications, effets indésirables.

f) Chez les patients qui reçoivent les traitements anti-ostéoporotiques, comment organisez-vous le suivi ? Quelles difficultés avez-vous rencontré?

g) Quel est votre ressenti sur le sujet, suite à toutes ces questions?

h) Un questionnaire a été proposé par l'IOF. Pensez-vous que ce questionnaire vous serait utile et comment l'utiliseriez-vous?

i) Quelles seraient vos suggestions pour améliorer votre prise en charge de l'ostéoporose masculine? Que pensez-vous de la mesure systématique de la taille comme outil de prévention primaire chez les patients de plus de 60 ans?

relance: bonne idée ? ou autre idée?

ANNEXE 3: Canevas d'entretien n°2

1/Ostéoporose masculine en général :

Que vous évoque l'ostéoporose chez les hommes?

Relance: Quels mots vous viennent à l'esprit quand on vous parle d'ostéoporose masculine?

Comment tenteriez-vous de la définir?

2/Parlez moi d'une de vos situations de prise en charge d'ostéoporose masculine :

Relance : comment ça s'est passé? Qu'avez-vous fait, ressenti...?

3 /Quelles sont les situations dans lesquelles vous pensez à rechercher une ostéoporose masculine?

Relance: Quels sont vos critères de dépistage en pratique? Difficultés rencontrées? Outils utilisés?

Que pensez-vous de la mesure systématique de la taille chez les patients de plus de 60 ans comme outil de prévention?

4/ Quelle est votre attitude thérapeutique devant une ostéoporose masculine? Et le suivi?

Relance: Quels traitements avez-vous utilisé? D'après vous quels sont les produits qui ont l'AMM?

Racontez moi vos expériences personnelles avec des cas concrets, indications, effets indésirables

Avez- vous rencontré des difficultés?

5/ Quelles seraient vos suggestions pour améliorer la prise en charge de l'ostéoporose masculine?

Relance: Quels sont vos besoins, vos attentes?

Un questionnaire des facteurs de risque vous serait-il utile dans ce contexte?

6/ Que pourriez-vous rajouter pour conclure sur ce thème de l'ostéoporose masculine?

THEMATIQUE 2	Dr 1	Dr 2	Dr 3	Dr 4	Dr 5	Dr 6	Dr 7	Dr 8	Dr 9	Dr 10
a) Quels sont vos critères de dépistage ?										
Diminution de la taille	Black					Blue	Green			
Personnes âgées		Red							Cyan	
S'en préoccuper à partir de 60 ans		Red				Blue	Green			
Fractures pathologiques	Black	Red	Green	Orange	Purple	Blue	Green	Yellow	Cyan	Pink
Avant une fracture je n'y penserai jamais		Red								
Après une fracture du col/ un tassement vertébral		Red				Blue	Green			Pink
Fractures du poignet						Blue			Cyan	
Absence de soleil	Black						Green			
Dorsalgies	Black					Blue				
Douleurs diffuses		Red								Pink
Enquête alimentaire/ nutrition	Black						Green			Pink
Carence vitamino-calcique						Blue	Green			Pink
Tabac	Black				Purple		Green			
Alcool	Black				Purple			Yellow		
Moins d'exercice physique	Black						Green			
Corticothérapie au long cours	Black	Red	Green	Orange	Purple		Green	Yellow	Cyan	
Dysthyroïdie					Purple				Cyan	
Spondylarthropathie	Black									Pink
Traitements au long cours avec une action ostéoporotique	Black	Red					Green			
Traitements hormonaux					Purple					
Castration/ hypogonadisme	Black	Red			Purple	Blue				
Cancer de la prostate					Purple					
Andropause	Black	Red				Blue		Yellow		

THEMATIQUE 3	Dr 1	Dr 2	Dr 3	Dr 4	Dr 5	Dr 6	Dr 7	Dr 8	Dr 9	Dr 10
Rhumatologue pour la conduite à tenir	Black	White	Green	Orange	Purple	Blue	White	White	Cyan	Pink
Vérifier les factures de risque de chute	Grey	Grey	Grey	Grey	Purple	Grey	Grey	Yellow	Grey	Grey
Vérifier l'absence de contre-indication des bisphosphonates	White	Red	White	White	White	Blue	White	White	White	White
Explication au patient des conditions d'administration des bisphosphonates	Black	Grey	Green	Grey	Grey	Grey	Grey	Grey	Grey	Grey
Avis dentaire	White	Red	White	White	White	Blue	White	White	Cyan	White
Les traitements connus par les médecins généralistes interrogés	Grey	Grey	Grey	Grey	Grey	Grey	Grey	Grey	Grey	Grey
ALENDRONATE/ FOSAMAX	Black	Red	White	White	White	Blue	White	White	White	White
PROLIA	Black	Grey	Grey	Grey	Grey	Grey	Grey	Grey	Grey	Grey
ACTONEL/ RISEDRONATE	White	White	Green	White	Purple	White	White	White	White	White
FORSTEO	Grey	Grey	Green	Grey	Grey	Grey	Grey	Grey	Grey	Grey
Je ne connais pas les produits qui ont l'AMM pour les hommes	Black	Red	Green	Orange	Purple	White	Green	Yellow	Cyan	Pink
Je ne connais pas les traitements pour les hommes	Grey	Grey	Grey	Orange	Grey	Grey	Green	Yellow	Grey	Grey
Je pense que c'est pour une ostéoporose avec fracture ou tassement	White	White	Green	White	White	White	White	White	White	White
ACLASTA IV est une indication	Grey	Grey	Grey	Grey	Grey	Blue	Grey	Grey	Grey	Grey
Avis et expériences personnelles sur les traitements anti-ostéoporotiques	White	White	White	White	White	White	White	White	White	White
Expérience limitée pour les hommes	Black	Grey	Green	Grey	Purple	Grey	Grey	Grey	Cyan	Grey
Pas d'expérience pour les hommes	White	White	White	Orange	White	White	Green	White	Cyan	White
Expérience par rapport à l'ostéoporose féminine	Grey	Red	Green	Grey	Purple	Grey	Grey	Yellow	Cyan	Grey
Peu d'hommes sont traités	White	White	White	White	White	White	White	Yellow	Cyan	White

THEMATIQUE 4	Dr 1	Dr 2	Dr 3	Dr 4	Dr 5	Dr 6	Dr 7	Dr8	Dr 9	Dr 10
Des recommandations peu claires										
Manque de temps lors d'une consultation pour la prévention										

ANNEXE 5: ENTRETIEN N°1

Moi: Je vais vous interroger sur un sujet qui me tient à coeur, l'ostéoporose chez l'homme. Il faut savoir que ... (interruption par un confrère)

Dr 1: Il vous tient à coeur ou il vous intrigue? (Sourire)

Moi: Oui, ça m'intrigue plutôt (sourire)

Dr 1: Ça vous est venue comment cette idée?

Moi: Euh..... Ben je me suis rendue compte qu'on traite beaucoup l'ostéoporose chez la femme, qu'on passe des publicités dessus à la TV, tout le monde est au courant que l'ostéoporose existe chez la femme. Mais pourtant on se rend compte que dans les données statistiques, ben...chez l'homme il y a de plus en plus de fractures du fémur

Dr 1: Aaahhhh (étonnement)

Moi: Et ces fractures sont deux fois plus mortelles chez les hommes que chez les femmes! Donc pourquoi on ne fait rien?

Dr 1: Ah! J'ignorais tout ça, c'est bien que vous vous intéressiez à ça.

Moi: Eh ben, oui il faut (rire)

Dr 1: Alors, vous allez faire quoi? Je vais avoir droit à un QCM comme quand j'étais étudiant? (sourire)

Moi: Non, non je vais vous demander votre ressenti.

Dr 1: Mon ressenti...Bien

Moi: En fait, c'est une thèse qualitative donc on va... (interruption)

Dr 1: Ah! c'est-à-dire que vous comptez pas les chiffres? Vous ne faites pas de tableaux?

Moi: Ah... Non, non. En fait, c'est un questionnaire qualitatif où sur une question ouverte vous allez pouvoir vous exprimer.

Que vous évoque l'ostéoporose chez l'homme?

Dr 1: (hésitations) Eh ben c'est un continent noir inconnu. (silence, soupir) C'est quelque chose qu'on découvre puisque tout le monde ne parle quasiment que de l'ostéoporose féminine post ménopausique et des ostéoporoses iatrogènes causées soit par les maladies soit par des traitements des maladies (silence). On s'aperçoit que des hommes ont un besoin de traitement pour l'ostéoporose. Eh ben, il n'y a pas grand chose de validé, si on s'en tient strictement à ce qu'on appelle l'AMM, c'est-à-dire que les médicaments sont remboursables. Hors les labos n'ont l'AMM que pour les femmes pour la plupart des traitements. C'est le marché qui rapporte (pointe d'agacement). Les hommes, pour une fois, sont maltraités.

Moi: Et pouvez-vous me donner une définition pour vous de l'ostéoporose masculine? Avez-vous une idée?

Dr 1 : Ben (silence), c'est une perte de masse osseuse par rapport à des tables qui ne concernent que les femmes et qu'exceptionnellement les hommes. Donc on s'en tient aux signes indirects (hésitation) d'images radiologiques de déformations évoquant l'ostéoporose et puis ...euh... de diminution de taille et de fréquences anormales de fractures (hésitations) pour des chutes minimales. Et quand on fait la densitométrie, soit elle n'est pas remboursable soit elle n'est pas validée car on n'a pas de référentiels hommes établis. On doit classifier les hommes par rapport aux dames. (ironie)

Moi: Pensez-vous que l'ostéoporose masculine soit un problème de santé publique mondial?

Dr 1: Alors (hésitation), mondial je sais pas, mais occidental probablement.

Moi: Pouvez-vous développer un peu?

Dr 1 : Euh.... Je dirais que...euh.... La vie moderne, avec moins d'exercice physique, plus d'obésité et une alimentation qu'on qualifiera de dénaturée, euh... l'absence de soleil puisqu'on est passé de génération qui cramait au soleil, à des modifications climatiques qui font que les gens se protègent du soleil... euh... font que les hommes deviennent ostéoporotiques, et de plus en plus nombreux.

Je vois, sur une quarantaine d'années d'exercice, par rapport à mon expérience, je ne sais pas si c'est parce que je suis au fond de mon trou et si c'est vrai, les vieux messieurs qui se cassent sont beaucoup plus nombreux que les dames. La société semble gérer mieux le cas des femmes car il me semble qu'il y en a moins.

Moi: Vous auriez une idée?

Dr 1 : Il y a bien un patient sur 8 de plus de 80 ans qui a commencé à bien se voûter.

Moi: Que pensez-vous des recommandations HAS sur l'ostéoporose masculine?

Dr 1: Je suis pas sûr qu'il y en ait une.

Moi: Ok. Vous en avez déjà entendu parler ou jamais?

Dr 1: J'ai l'impression que non.

Moi: Ok.

Dr 1: En général, je survole rapidement les recommandations HAS quand elles arrivent, puis certaines j'approfondis... euh... là en l'occurrence ça évoque un grand vide.

Moi: (silence) D'accord.

Dr 1: Peut-être est-ce un défaut d'informations de ma part ou c'est peut-être un papier que je n'ai pas vu passer. Mais à l'âge que j'ai, on s'intéresse un peu plus aux vieux messieurs.

Moi: En fait les recommandations sur l'ostéoporose datent de 2012.

Dr 1: Ah oui, entre temps on a beaucoup entendu parler de la pertinence et de la dangerosité des différents traitements de l'ostéoporose le plus souvent, soit pour les retirer du marché soit les mettre à l'index tel le raloxifene qui donne des coagulopathies et de limitation de traitements à trois à cinq ans pour les bisphosphonates. Ce sont plutôt des reculs.

On considère qu'un homme ostéoporotique cesse d'être un individu qu'on doit soigner.

C'est un peu étonnant. C'est rare un cas de sexisme masculin (sourire, rire).

Moi: Quelles sont les situations pour lesquelles vous pensez à dépister l'ostéoporose masculine?

Dr 1: Ben, (hésitation) le changement de taille et d'aspect du patient.

Moi: Vous avez d'autres critères de dépistage?

Dr 1: Quand ils se cassent quoi. Le signe principal c'est la fracture qu'on qualifiera de bizarre, trop facile. Le patient qui dit « j'ai mal au dos » ou qui est courbé un peu plus qu'avant. Moi je suis médecin de famille, je vois les gens en continu donc quand un patient a perdu 3 cm sur 35 ans par rapport à sa taille ça se voit.

Moi: Et quand vous les dépistez, vous faites quoi?

Dr 1: Euh! Enquête alimentaire, enlever les médicaments et les aliments qui peuvent décalcifier. Regarder s'il y a des corticoïdes, de l'alcool, du tabac, une alimentation trop peu protéinée ou trop grasse, enfin bon, ou pas assez grasse. Regarder s'il y a des facteurs modifiables, puis après on part dans le bilan technique dont la densitométrie avec les limites qu'on a déjà évoqué.

Et puis, après demander un avis rhumatologique éventuellement, et un avis à notre « chère » sécurité sociale sur des examens qu'elle considère comme non remboursables.

A priori certaines sécurités sociales s'en fichent et remboursent la densitométrie et les produits qui ont l'AMM féminine tandis que d'autres non.

Moi: Avez-vous des exemples dans votre patientèle?

Dr 1: J'ai le souvenir précis d'un gendarme qui avait un peu moins de 55 ans, et qui rentrait chez lui complètement ruiné au niveau du dos après des sorties de véhicules de gendarmerie de plusieurs

kilomètres. Par ailleurs, il était asthmatique avec pas mal de corticoïdes. Et dans le bilan radio on retrouve une cyphose et une transparence osseuse.

Il est passé devant les médecins militaires qui l'ont mis en retraite anticipée pour raison de santé professionnelle à cause de son ostéoporose. Il a reçu un traitement par FOSAMAX, biphosphonate à l'époque hors AMM. Mais l'assurance maladie militaire n'a pas refusé le remboursement.

Moi: Quelle est votre attitude thérapeutique devant une ostéoporose masculine confirmée?

Dr 1: Ben, je fais comme si c'était une femme.

Moi: C'est-à-dire?

Dr 1 : En fonction de l'intensité des symptômes, c'est au moins une vitaminothérapie et vérifier que l'alimentation contient assez de calcium, parce que la substitution calcique chez quelqu'un qui mange bien c'est pas grand chose, sinon le rendre constipé et malade.

S'il existe des critères de gravité, on commence les bisphosphonates et, en cas d'intolérance ou d'inefficacité, on passe aux nouvelles thérapeutiques, le PROLIA par exemple.

Moi: Et connaissez-vous les indications de remboursement des bisphosphonates pour les hommes par la CPAM?

Dr 1: Non!!! Mais je crois que la dernière fois que j'ai regardé il n'y en avait pas. Je ne sais pas si elles ont été actualisées mais la réponse était non. Vous me le direz à la fin de votre questionnaire.

Moi: Parfait!!! Je vous le dirai. Est-ce que vous avez eu des expériences personnelles sur les effets indésirables?

Dr 1: Alors, les effets indésirables digestifs des bisphosphonates. Chez les hommes je n'ai pas beaucoup de recul, mais on a bien intérêt à leur expliquer de prendre ça à jeun le matin. Et souvent, les patients disent qu'ils redoutent la prise alimentaire hebdomadaire car ils savent qu'ils vont passer une journée digestive assez inconfortable, sans parler des douleurs osseuses les deux à trois jours qui suivent.

Moi: Chez les patients qui reçoivent les traitements, comment organisez-vous le suivi? Avez vous rencontré des difficultés?

Dr 1: On refait la densitométrie au bout d'un an puis après tous les trois ans.

Puis, on fait un suivi clinique aussi avec la taille, et surveiller s'ils continuent à casser. On les adresse au CHU en rhumato, voire s'ils peuvent essayer autres choses comme thérapeutiques. C'est comme ça que j'ai connu le PROLIA, qui a été mis en place pour un de mes patients. Mais la prescription et la délivrance ne se fait qu'à l'hôpital, je crois, pour l'instant.

Moi: Du coup, quel est votre ressenti par rapport à ce sujet, suite, à toutes ces questions?

Dr 1: Il est temps qu'on mette fin à la discrimination masculine. Sinon on va avoir de plus en plus de vieux messieurs qui vont se fracasser sans traitement. Tout ça, parce que leur médecin pense que l'ostéoporose masculine ça n'existe pas, ou que c'est tellement rare qu'il ne faut pas s'en préoccuper. Ou alors des médecins qui vont dire on ne peut pas grand chose pour vous, car il y a des médecins pour les femmes mais pas pour vous.

Il est temps qu'on actualise les procédures de dépistage et les mesures de traitements, donc les mesures de remboursement officielles.

Moi: Par rapport à ça, quelles seraient vos suggestions pour améliorer la prise en charge?

Dr 1 : Penser à mesurer la taille des hommes à partir de 50 ans, et leur demander s'ils avaient perdu des centimètres. Et y penser systématiquement quand ils commencent à se plaindre de lombalgies, de dorsalgies. Ne pas oublier de faire une recharge vitaminique d'une ampoule tous les 15 jours pendant deux mois comme on peut le faire dans les maisons de retraite. Ils sont plus toniques et vont mieux et ont moins mal. Il faudrait faire des études plus spécifiques sur le sujet. On ne peut pas dire qu'on a été submergé par des publications sur l'ostéoporose masculine.

Nous, en France, l'ostéoporose c'est un problème de bonne femme.

Moi: Dernière question. Un test a été proposé par l'IOF pour dépister les facteurs de risque, pour les patients, afin que leur médecin puissent prendre une décision de prise en charge. Qu'en pensez-vous? Vous serait-il utile?

Dr 1: C'est assez facile de donner, de faire distribuer le questionnaire par les secrétaires médicales. Puis de rentrer les données dans le dossier médical et de mettre une alerte sur le logiciel pour les patients à risque, en fonction des résultats.

Moi: Il n'existe pas de score préalable, les résultats sont à l'appréciation du médecin.

Dr 1 : Alors oui, c'est une faiblesse pour ce test mais il pourrait être amélioré en définissant un score, ce qui pourrait faire l'objet d'une recherche clinique.

ANNEXE 6: ENTRETIEN N°2

Moi: Bonjour, je vais vous interroger sur ma thèse sur l'ostéoporose masculine. C'est une thèse qualitative. Je vais donc vous poser des questions sur vos expériences personnelles (interruption par appel téléphonique).

Dr 2 : Un peu court pour moi les expériences personnelles.

Moi: Je me suis rendue compte que l'ostéoporose chez la femme était largement connue par les médecins généralistes. Mais on se rend compte que les hommes ostéoporotiques continuent à casser et meurent plus que les femmes ostéoporotiques. Du coup, je voulais m'attarder sur le sujet.

Dr 2: Ok.

Moi: D'après vos expériences personnelles, que vous évoque l'ostéoporose chez l'homme ?

Dr 2 : (silence) Pas grand chose (silence). On pense systématiquement à l'ostéoporose chez la femme. Du coup, c'est vrai qu'on a du mal à savoir un peu quelles sont les recommandations, s'il y en a. On pense à peu près aux mêmes causes que la femme, peut-être en moins fréquentes.

Moi: Et quels mots vous viennent à l'esprit quand vous entendez ostéoporose masculine?

Dr 2 : Fracture (sourire) ça c'était facile. Euh, douleur, risque de décès probablement lié à l'opération, l'embolie et autres.

Moi: Et est-ce que vous pouvez me donner une définition de l'ostéoporose masculine?

Dr 2: Je donnerais la même définition que pour la femme, c'est-à-dire une déminéralisation osseuse, liée à l'âge, aux prises de médicaments et d'origine iatrogène, médicamenteux (hésitation), l'âge et, (soupir long) casse pied (rire). Non mais je suis vraiment nul sur l'ostéoporose, j'assume (rire), non mais c'est dur hein.

Moi: Je vous rassure, j'étais nulle aussi avant de commencer à m'y intéresser. Pensez-vous que l'ostéoporose soit un problème de santé publique mondial? Pouvez vous me donner des chiffres?

Dr 2 : Honnêtement, avant d'avoir entendu parler de cette thèse, j'avoue que je ne m'étais jamais trop intéressé. Je n'aurais peut-être pas dit que c'est un problème de santé mondial. Après, ça paraît logique avec le vieillissement de la population, des médicaments peut être de plus en plus costauds. Je pense qu'il faut en être conscient et évoluer un peu sur ses connaissances.

Je n'ai aucune idée des chiffres. Je pense que ça doit être notable mais je ne connais pas les chiffres.

Moi: Tout à l'heure, vous me disiez que vous ne pensiez pas qu'il y ait de recommandations. Donc il y en a et que pensez-vous de celles-ci?

Dr 2: Les recommandations HAS, moi je connais celles des femmes. J'ai entendu qu'il y en a une pour les femmes qui est sortie récemment. Je l'ai rapidement parcourue car j'ai eu des cas récents chez des patientes. Je dis bien des patientes, où on se pose la question des traitements.

Euh... Chez l'homme, j'avoue que dans mon activité ça ne m'est jamais arrivé et je me rappelle pas qu'il y avait une entête pour l'ostéoporose chez l'homme. Je n'ai pas de notion spécifique pour l'homme. Dans tous les cas, je n'ai jamais envisagé de rechercher une ostéoporose chez l'homme suite à une fracture.

Moi: Devant votre réponse, la suite du questionnaire va être compliquée (rire de tous les deux). Quelles sont les situations pour lesquelles vous pensez à dépister une ostéoporose masculine?

Dr 2: Difficilement. Je me dis que si ça m'arrivait, euh, je pense que j'y penserai beaucoup plus maintenant s'il existe des traitements par corticothérapie au long cours chez l'homme, ou chez quelqu'un qui s'est fait une fracture. Je me baserais sur les recommandations des femmes. Après est-ce qu'il y a des éléments à surajouter pour les hommes, ça j'en ai pas la notion! C'est vrai que la femme, on va faire une ostéodensitométrie assez facilement, peut-être même parfois hors recommandations. D'ailleurs je ne les trouve pas si bien faites que ça. C'est mon point de vue!

Chez l'homme c'est vrai que, euh, même avant une fracture ou autre je n'y penserai jamais, il n'y a rien à faire quoi.

Moi: D'accord et du coup vos critères de dépistage?

Dr 2 : Je pense que j'y penserais plus facilement chez quelqu'un qui vient de faire un col du fémur ou un tassement vertébral, avec quelqu'un qui a pris un peu des traitements au long cours qui ont une action ostéoporotique. Voilà, je pense que j'y penserais plus dans ces cas là, depuis que vous m'interrogez dessus. Ça m'interroge sur la pratique (silence) ou plutôt l'absence de pratique je dirai (rire).

Je pense que je n'ai pas tort quand je dis que sur les recommandations, on parle des femmes à « tire larigot » et les hommes c'est mis complètement de côté et on en parle pas. J'ai pas le souvenir dans mes études qu'à un moment ou un autre on ait évoqué plus que ça l'ostéoporose masculine, ou ça devait faire deux lignes. Si réellement, c'est un élément à prendre en compte dans les années à venir parce que il y en a de plus en plus et que c'est un problème de santé mondial comme vous dites, je pense qu'il faut beaucoup plus insister dans la formation médicale initiale. Et puis, peut être un peu plus s'interroger dans le cadre des conférences de rhumato là dessus. Si on veut pouvoir le prendre en compte, il faut que derrière il y ait quelque chose pour nous informer, des outils etc...ce qui n'est pas trop le cas!!

Moi: Et pour la densimétrie osseuse que pensez-vous?

Dr 2 : Ben comme chez la femme. Après les indications, déjà il faut y penser. C'est plus automatique chez la femme, beaucoup moins chez l'homme et, je l'utiliserai plus dans des cas post fracture, avec quelqu'un d'âgé, avec des traitements médicamenteux (soupir). Là potentiellement j'y penserais. Mais c'est pas spontané (silence). Je pense que je passerai à coté de beaucoup d'ostéoporose masculine. J'en suis conscient. En attente de recommandations claires (rire).

On nous embête tout le temps avec des ROSP, où il faut suivre des recommandations même parfois sur des « trucs » qui sont parfois ridicules. Mais à coté de ça, ils n'en font pas sur des « trucs » qui sont apparemment importants. Donc c'est un peu bête. C'était mon coup de colère.

Moi: On va passer aux thérapeutiques. Quelle sera votre attitude sur l'ostéoporose si un jour vous rencontrez un patient ostéoporotique?

Dr 2 : Je n'ai pas eu de cas concret. Après je me dis que si j'ai une ostéodensitométrie vraiment pas bonne, j'utiliserais les mêmes critères que pour la femme, je pense que je traiterais avec les mêmes types de traitements que pour la femme.

Moi: C'est-à-dire?

Dr 2: Une simple ostéopénie, je mettrais un traitement par CACIT VIT D 3 ou ZYMA D régulièrement. Et après, les bisphosphonates, et puis les biothérapies en deuxième indication, si mal tolérés ou effets indésirables ou pas assez efficaces quoi. Après je sais que quand je prescris les bisphosphonates, je commence par l'ALENDRONATE parce que c'est celui qui me vient à l'esprit en premier. Je pense que je tenterais la même chose chez l'homme, après est-ce qu'il est remboursé?

Moi: Justement, connaissez-vous les indications de remboursement des traitements chez l'homme?

Dr 2: Absolument pas. Clairement pas !!! Et d'ailleurs, je pourrais dire que je ne les connais pas forcément pour les femmes non plus. Mais bon, je me dis qu'entre autre ils ont été mis en place pour les femmes au départ donc ça doit être remboursé, j'imagine. Après non, je n'ai aucune notion de remboursement chez l'homme.

Moi: Malheureusement il n'y a que trois bisphosphonates ayant l'AMM pour l'homme en première intention.

Dr 2: Ben comment on le sait? Qui nous a informé de ça? Il y a un problème d'informations.

Moi: Et sur les effets indésirables? Vous en pensez quoi?

Dr 2 : Je pense qu'il faut se méfier. Alors je parle pour les femmes mais je pense que pour les hommes c'est pareil sur ce type de traitement. A chaque fois que je demande au dentiste de me donner son avis sur les bisphosphonates, le dentiste refuse. Il dit non non c'est contre-indiqué, c'est trop dangereux. Alors à chaque fois ça m'ennuie bien car quand il y a une belle ostéoporose, il faut bien choisir une solution un moment ou un autre. Donc du coup, je pense toujours à l'ostéonécrose de la mâchoire, surtout à celui là. Après j'ai pas d'autres effets indésirables qui me viennent à l'esprit comme ça...(silence réflexion) Non. Après je suis jeune médecin donc je n'ai peut-être pas l'expérience d'un plus vieux qui a traité beaucoup plus de gens, qui a vu beaucoup plus d'effets indésirables.

Moi: Si je peux vous rassurer, ceux que j'ai interrogé ne m'en ont pas donné tant que ça.

Dr 2: Ça prouve qu'il n'y a peut être pas tant d'effets indésirables sur ce genre de traitement.

Moi: Chez les patients qui ont un traitement antiostéoporotique, comment organisez-vous le suivi? Avez vous rencontré des difficultés? Lesquelles?

Dr 2: Alors, pour l'homme aucune idée!!! Et puis, j'en ai pas fait moi même (hésitation). Je me pose assez régulièrement la question, dans combien de temps on refait une ostéodensitométrie euh... même chez la femme. J'aurais dit qu'il faut la refaire tous les cinq ans à la louche mais est-ce que c'est écrit quelque part?

Moi: Oui c'est écrit mais j'ai un trou de mémoire sur la réponse (rire à deux)

Dr 2 : Même si la thésarde ne sait pas ... après vive google c'est pratique.
Après je suivrais l'ostéodensitométrie, un bilan biologique en début de prise en charge pour vérifier la calcémie, et vérifier qu'il n'y ait pas d'autres éléments au niveau hépatique ou rénal avec le traitement et voir que ça s'améliore.

Moi: Oui c'est cinq ans de traitement par bisphosphonates et réévaluation à trois ans.

Dr 2: Une patiente hier m'a dit qu'elle a été traitée par bisphosphonates pendant douze ans (rire). J'essaierais d'y penser pour l'homme un peu plus.

Moi: Du coup, quel est votre ressenti face à ce sujet?

Dr 2 : Un grand mal-être et malaise. Clairement parce qu'on sait rien et qu'on se sent incompetent. Je pense que déjà sur l'ostéoporose féminine, on est peut être pas forcément efficace, on y pense peut être déjà pas beaucoup, je trouve que les recommandations sont peu efficaces. D'ailleurs j'en ai parlé avec une rhumatologue, qui n'est pas toujours très certaine d'elle donc ça prouve que c'est pas une pathologie qu'on connaît très bien, d'autant plus chez les hommes. Je pense qu'on est pas très doué là dessus.

Moi: Et pourquoi à votre avis on est pas très doué?

Dr 2 : On est pas assez bien formé là dessus. Et autant sur l'information médicale initiale que continue. On reçoit beaucoup de courriers, de mails tous les jours et jamais on ne parle d'ostéoporose féminine et masculine. Je pense que l'information est très mauvaise.

Moi: Quelles seraient vos suggestions pour améliorer la prise en charge ?

Dr 2: C'était ce que je disais un peu tout à l'heure. Je pense qu'il faut que des rhumatologues et peut-être des endocrinologues se concertent et fassent des recommandations claires avec des scores bien faits, un schéma de réflexion intelligent, qu'il y ait des informations et des formations médicales réellement bien faites pour qu'on passe un peu moins à côté. Mais je pense autant chez la femme mais d'autant plus chez l'homme.

Moi: Et la taille ? Pensez-vous que ce soit un bon outil de dépistage systématique?

Dr 2 : Faudrait déjà le faire pour la femme (silence). En un quart d'heure de consultation, pour des patients souvent polyopathologiques, et oui c'est là qu'il faut peut être y penser. Mais le temps fait qu'on le fait pas. Les gens ne se mesurent pas chez eux et ils ont bien raison. Souvent ils donnent la taille marquée sur la pièce d'identité s'ils s'en souviennent. Moi le premier, je ne me souviens pas de ma taille (rire), pas de moqueries s'il vous plaît (rire). On pense jamais à mesurer les patients, mais si on pensait à les mesurer plus souvent peut être qu'on serait plus alerte en cas de perte de taille. Je ne suis pas contre, je pense que c'est une bonne idée d'y penser ou de l'envisager.

Moi: L' IOF a réalisé un questionnaire sur les facteurs de risque d'ostéoporose à donner aux patients. Pensez-vous qu'il vous serait utile et l'utiliseriez-vous?

Dr 2: Il est trop long et beaucoup trop d'informations avec des jolies phrases. Et quand on a pas le temps c'est trop. Je pense que les patients ne comprendront pas toutes les questions, donc il va falloir le lire avec eux. Mais du coup, ça va nous prendre un quart d'heure rien que pour ça.

Alors est-ce qu'il faudrait pas créer des consultations spécialisées d'ostéoporose mais il faut y penser déjà. Techniquement, lorsqu'on connaît bien le patient, on peut le remplir nous même mais après qu'est-ce qu'on en fait? (silence) Sur quels critères on décide de faire une ostéodensitométrie ou pas?

Il faudrait une démarche de comment et à quel moment il y a un critère de décision sur potentiellement une ostéoporose. Et cela manque vraiment dans ce questionnaire.

ANNEXE 7: ENTRETIEN N°3

Moi : Que vous évoque l'ostéoporose chez l'homme?

Dr 3: Hum (rire), pas grand chose, rare, et (silence), le seul truc qui me vient à l'esprit c'est que c'est rare.

Moi : Pourriez-vous me donner une définition?

Dr 3: Ben, c'est comme l'ostéoporose féminine, c'est une déminéralisation osseuse, qui provoque des fractures.

Moi: Pensez-vous que l'ostéoporose masculine soit un problème de santé publique mondial?

Dr 2: pff... (soupir) À mon idée non, mais c'est peut-être sous diagnostiqué, j'en sais rien. C'est vrai qu'on fait faire des DMO aux femmes mais, nulle part on nous a dit faites des DMO aux hommes s'il n'y a pas de facteurs de risque particulier quoi.(silence)

Moi: Que pensez-vous des recommandations?

Dr 3: Je les connais pas.(rire) S'il y en a, je ne les connais pas.

Moi: En fait, ce sont quasi les mêmes chez les hommes que chez les femmes, sauf que chez l'homme c'est plutôt secondaire.

Dr 3: Normalement, les femmes, c'est des DMO systématiques à partir de l'âge de la ménopause régulièrement. Et en fait chez les hommes ça serait aussi du systématique ?

Ou c'est que si on recherche une ostéoporose secondaire?

Moi: C'est seulement, s'il y a facteurs de risque.

Dr 3: Ah oui c'est ça. Tandis que chez la femme c'est du systématique en fait. Je n'y pense jamais (rire).

Moi: Quelles sont les situations pour lesquelles vous pensez à dépister l'ostéoporose masculine?

Dr 3: Ben j'y pense pas. Mais la seule situation qui me vient à l'idée, c'est le traitement cortisonique. À part ça, rien d'autre ne me vient à l'idée (silence).

Moi: Avez-vous rencontré des difficultés? Avez-vous des exemples concrets ?

Dr 3: J'ai un exemple en tête, un papi.

Moi: Il avait quel âge?

Dr 3: Euh Vieux. Je regarde (dossier dans ordinateur), 89 ans il a.

Euh... Tassement L3 L4 spontané c'était en 2012-2016, mais il y avait pas de raison bien particulière, il n'a pas eu de cortisone. Il y a pas de raison pour lui.

Moi: Comment ça s'est passé du coup pour lui? Ça a été une découverte fortuite?

Dr 3 : Si, ça a été une découverte car il s'est cassé une vertèbre donc du coup il avait très mal. Après qu'est-ce qu'il y a eu? quand est-ce qu'il s'est « pété »? En 2012 et en 2016. 2014, avis du Dr T (rhumato) qui a fait une DMO. DMO ras après le tassement L3. Ah ben tu vois, il était même pas décalcifié, (rire) il s'est « pété » spontanément mais avec une DMO normale (rire). C'est le seul mec dont je me rappelle que j'assimile à une décalcification à fracture spontanée. Et en fait c'est un tassement spontané à DMO normale, comme quoi.

Moi: D'accord, du coup c'est le Dr T qui lui a fait l'ostéodensitométrie?

Dr 3: Oui c'est Dr T, elle a fait un deuxième contrôle de DMO en 2016 qui n'avait pas bougé et qui ne trouvait pas plus de décalcification deux ans après.

Et après on l'a mis sous ACTONEL 1/semaine en 2017, et c'était parce que la deuxième densitométrie osseuse montrait un tassement de L4, en se levant du canapé. Il avait déjà eu un tassement en 2012 et on retrouvait une ostéopénie à - 2,2 au col mais rien au niveau lombaire et donc elle a dit d'essayer l'ACTONEL et supplémentation vitamine D.

Moi: Du coup, quelle est votre attitude thérapeutique?

Dr 3 : Euh. Mon attitude thérapeutique c'est d'envoyer au rhumato qui fait la densité et qui me dit voilà il faut faire ça ça ça ou ça (sourire). La DMO, je prends pas en charge moi même je fais faire la densitométrie et j'envoie au Dr T.

Moi: Quels traitements connaissez-vous? Qu'est-ce que vous avez utilisé?

Dr 3: Euh... Bisphosphonates. Pour lui on a utilisé l'ACTONEL. Après je sais qu'il y a le FORSTEO et tout ça c'est des trucs injectables 1 fois/an. C'est la même famille des bisphosphonates je crois. Non?

Moi: Non le FORSTEO c'est la parathormone.

Dr 3 : Ah c'est de la parathormone! (étonnement) Donc ça je sais pas donc j'envoie pour avoir l'indication.

Moi: Et est-ce que vous connaissez les indications de remboursement?

Dr 3: Non. Je pense que c'est pour une ostéoporose avec tassement ou avec fracture. Je pense qu'il y a au moins ce critère là de remboursement. Après s'il y en a d'autres, je ne sais pas (pensive).

Moi: Avez-vous eu des effets indésirables sur les traitements, dans votre expérience personnelle ?

Dr 3: (réflexion) Non. En tout cas pour le bisphosphonates, je respecte bien de les prendre le matin en se levant sans se recoucher après. Après je n'ai pas eu d'ulcération oesophagienne. L'histoire d'ostéonécrose de la mâchoire, j'ai jamais vu. Non j'ai pas eu de soucis particulier avec ces traitements.(silence) Mais j'en ai pas beaucoup chez les hommes donc l'expérience elle est limitée.

Moi: Du coup chez les patients qui reçoivent le traitement, comment organisez-vous le suivi?

Dr 3: Du traitement?

Moi: De la prise en charge, traitements ou examens s'il y en a, à faire.

Dr 3: Ben je refais des DMO au bout du temps que me dit la rhumato c'est-à-dire 3 ans ou 5 ans ou 2 ans en fonction de ce qu'elle a trouvé. C'est elle qui me donne le rythme des DMO. Après, le sui-

vi, je renouvelle, puis rien de particulier s'il ne se plaint de rien de spécial. Après à chaque fois que je renouvelle je vérifie que pour les bisphosphonates, qu'ils oublient pas qu'ils se couchent pas après l'avoir pris. Mais je fais pas de suivi particulier.

Moi: Est-ce qu'il y a eu des difficultés rencontrées?

Dr 3: Chez les hommes ou tu mélanges avec les femmes?

Moi : Que les hommes.

Dr 3 : Non les hommes je n'ai pas trouvé de difficulté, ce mec là, il n'a pas eu de problème non.

Moi: Quel est votre ressenti par rapport à ce sujet ?

Dr 3: Mon ressenti? Ben que pour moi c'est pas un problème (rire). Après je ne sais pas si ce n'est pas réellement un problème ou si c'est moi qui n'en fais pas un problème (rire).

Moi: Pas plus du coup?

Dr 3 : Non non c'est vrai j'avoue que je n'aurai pas été faire une thèse sur l'ostéoporose masculine (sourire, rire). Mais c'est une très bonne idée parce que justement on passe à coté.

Moi: (rire) Justement c'est compliqué parce que tout le monde ne sait pas trop.

Dr 3: Ouais.

Moi: L'IOF a proposé un questionnaire plutôt destiné aux patients afin de dépister les facteurs de risque de l'ostéoporose. Le voici. Qu'en pensez vous? Comment pourriez-vous l'utiliser?

Dr 3: Lecture. Et les corticoïdes inhalés font partis des facteurs de risque ou pas? Ou que les corticoïdes per os?

Moi: Inhalé ou au long cours c'est 3 mois de corticothérapie prolongée avec une dose de 7 mg/j. Donc en prolongé sur une BPCO ça a été prouvé que ça donnait de l'ostéoporose.

Dr 3: Même en inhalé?

Moi: Je crois que les deux.

Dr 3: Lecture....Ah ouais? Donc l'alcool c'est pas bon alors, donc le tabac a une incidence aussi (étonnement), activité physique je savais. D'accord ok.

Qu'est-ce que j'en pense? (Soupir)

Ben faudrait le mettre dans la salle d'attente et le dire à tous de le remplir.

Mais bon voilà (soupir) c'est bon quoi. Tu as pas le temps à t'amuser à ça entre guillemet.

Bon c'est sûr qu'il faudrait faire de la prévention de l'ostéoporose, la prévention de ceci, de cela, de machin mais c'est bon quoi. On peut plus quoi, on est de moins en moins nombreux donc la prévention passe au second plan. On traite les gens qui arrivent et qui sont malades, mais on a même plus le temps de faire de la prévention. Donc dans la tête c'est très bien (rire) mais dans la réalité....

À ce moment là, il faudrait pouvoir former des infirmières de santé publique qui nous assistent et font ce genre de choses. Cet interrogatoire là, pas besoin d'être médecin pour le faire quoi.

Parce qu'il y a un score?

Moi: Non comme c'est pour les patients, c'est au médecin de prendre la décision en fonction des résultats, du nombre de facteurs de risque.

Dr 3: C'est vrai que s'il y a un score relativement simple ce serait facile. Là, on remplit ce machin et on fait une DMO en fonction du score puis voilà. Mais bon, s'il faut qu'en plus qu'on calcule si oui si non si machin non...pFFF... on le fera pas non, enfin plus maintenant quoi.

Tu m'aurais proposé ça il y a 15 ans alors là pas de problème, mais maintenant ce n'est même plus la peine de penser à tout ça.

Moi: Dernière question. Quelles seraient vos suggestions pour améliorer la prise en charge ?

Dr 3: Ma suggestion... Ben que des médecins viennent s'installer et que j'ai plus de temps pour recommencer à faire de la prévention comme j'en faisais avant (énervée!!!!) voilà (rire).

Ben qu'est-ce que tu veux faire. Quand t'es pas assez nombreux, tu fais dans l'urgence et l'urgence c'est le curatif pas le préventif, c'est ça le problème.

Alors je fais de la prévention pour le cancer du colon, du sein, frottis, mais c'est bon quoi (soupir)

Je pense à la DMO chez les femmes mais je pense que j'ai atteint ma limite tu vois.(rire)

Moi: Oui je comprends. Du coup, que pensez-vous de la mesure de la taille systématique chez l'homme? À la limite, si on se dit à partir de 60 ans, ce serait bien d'avoir une taille par rapport à la taille de la carte d'identité.

Dr 3 : Moi, à chaque fois que je vois un patient pour la première fois dans mon dossier, je mesure et je pèse et après je mesure plus. Mais effectivement j'ai une mesure de référence, qui fait que si un jour j'ai besoin d'une autre mesure je pourrais comparer.

Par contre, le poids je le fais régulièrement pour les diabétiques, les hypertendus. Mais la mesure je la fais au départ et puis après c'est bon quoi.

Mais je ne m'en sers pas comme outil de dépistage d'une décalcification (silence).

ANNEXE 8: ENTRETIEN N°4

Moi: Que vous évoque l'ostéoporose chez l'homme ?

Dr 4 : Pas grand chose. Voilà, à part des gens sous corticothérapie, mais voilà après c'est pas quelque chose que (hésitation). À moins qu'il y ait des fractures pathologiques et là, je me repose la question. Mais c'est pas quelque chose que je fais contrairement chez la femme.

Moi: Comment tenteriez-vous de la définir?

Dr 4 : Pathologique et rare quand même, enfin bon.

Moi: Parlez moi d'une de vos situations de prise en charge d'ostéoporose masculine.

Dr 4 : J'en vois pas. J'essaie comme ça sur le coup de réfléchir (silence) mais j'en vois pas.

Moi: Dans quelles situations penseriez-vous à la rechercher (conditionnel comme pas de cas)?

Dr 4 : Chez des gens qui sont sous corticothérapie à long terme et des gens qui ont des fractures spontanées.

Moi: D'autres critères de dépistage vous viennent-ils à l'esprit?

Dr 4 : Non

Moi : Quels outils pourriez-vous utiliser?

Dr 4 : Euh (hésitation) on fait une DMO, à part ça je connais pas (sourire, gêne).

Moi: C'est pas grave. Pensez vous que la mesure de la taille systématique soit intéressante?

Dr 4: Oui.

Moi: Quelle est votre attitude thérapeutique si un jour vous avez une ostéoporose masculine confirmée?

Dr 4 : Je pense que j'enverrai chez un rhumato quand même pour savoir s'il n'y a pas quelque chose que je connais pas. Je serais assez humble là dessus comme c'est un sujet que je ne connais pas. C'est sûr que je ferais une supplémentation vitamine D, calcium, mais je pense qu'un homme avec une ostéoporose, j'irais le faire voir par un spécialiste.

Moi : Et d'après vous quels sont les traitements qui ont l'AMM?

Dr 4 : (silence) Aucune idée en plus que calcium vitamine D. Et ben je sais pas, non pour ça je connais pas, j'hésite pas à faire appel à un spécialiste.

Moi: Par rapport aux effets indésirables des traitements? Des difficultés?

Dr 4 : Comme je ne sais pas ce qu'il faut leur donner, c'est vite fait.

Moi: Quelles seraient vos suggestions pour améliorer la prise en charge?

Dr 4 : Ben de la connaître un peu plus....

Moi: Est-ce qu'il y a des choses particulières que vous attendriez de l'extérieur?

Dr 4 : Ben une petite formation ça pourrait être utile, que l'on soit un peu plus au courant.

Moi: Et si on vous proposait un questionnaire des facteurs de risque d'ostéoporose est-ce que ce serait intéressant pour vous ?

Dr 4 : Oui

Moi: Pour conclure, que pourriez-vous rajouter sur ce thème?

Dr 4 : C'est un thème qu'on connaît pas. C'est vrai qu'on pense à l'ostéoporose chez la femme euh.. Mais chez l'homme c'est quelque chose qu'on connaît pas.

C'était rapide quand on est pas doué mais ça m'est égal. On est pas au courant. Il y en a beaucoup chez l'homme?

moi: C'est surtout plus mortel chez l'homme que chez la femme.

Dr 4 : ok (étonnement)

ANNEXE 9: ENTRETIEN N°5

Moi: Qu'est-ce que ça vous évoque l'ostéoporose masculine?

Dr 5: (hésitation) Déjà chez la femme, c'est compliqué, euh, chez l'homme, je pense que c'est quelque chose qu'on oublie facilement.

On cherche pas forcément chez la femme, à part quand elles sont traitées par Aromasine, ou pour le cancer du sein effectivement on va demander l'ostéodensitométrie. Mais c'est pas quelque chose qu'on recherche forcément, alors chez l'homme j'en parle même pas (rire). Je pense que c'est quelque chose d'obscur... On va pas rechercher quoi, on n'y pense pas, c'est moins fréquent.

Moi : Et comment tenteriez-vous de la définir?

Dr 5 : Ben, l'ostéoporose masculine ça va être la même définition que chez la femme, ça va être une perte de densité osseuse (hésitation). Et du coup, si on veut être strict, je pense que ça doit être les mêmes critères avec le même T-score que la femme. Et encore je ne suis pas sûre, donc un T-score inférieur à - 2,5.

Après je pense aux facteurs de risque, ça doit être les mêmes que chez la femme (hésitation, silence). Je pense que c'est la même chose sans certitude (rire).

Moi: D'accord, toute façon on va revenir dessus après.

Avez-vous déjà eu des cas d'ostéoporose chez l'homme? Comment avez-vous pris en charge le patient?

Dr 5: Alors (hésitation), j'ai jamais diagnostiqué une ostéoporose chez un homme. J'ai eu un patient qui avait de l'ostéoporose mais déjà diagnostiquée, qui avait été sous corticothérapie au long cours donc ça c'était son endocrinologue qui avait fait le bilan. Et effectivement, il avait une ostéoporose, donc lui, il était traité. Je crois qu'il avait des bisphosphonates mais je sais plus lesquels (silence). Après non, c'est de l'ordre du renouvellement rien de plus.

Moi: D'accord. Très bien. Quelles sont les situations pour lesquelles vous penseriez à rechercher une ostéoporose s'il y avait besoin?

Dr 5: (silence) Premièrement:

- les traitements, en fonction des traitements médicamenteux donc corticothérapie, ça j'y pense assez chez la femme donc je pense que chez l'homme je pourrais faire un effort peut être un peu plus (rire).
- Après hypogonadisme (hésitation), mais ça encore, il faut savoir qu'il y a un hypogonadisme. Donc après tout ce qui est cancer de la prostate ou éventuellement les traitement hormonaux, je pense aussi que ça rentre dans le cadre.

Après les autres facteurs de risque, clairement on va pas y penser:

- Le tabac
- on va pas forcément penser à :est-ce que vous avez eu une fracture, chez la femme ou chez l'homme on va pas forcément leur demander.
- Je crois qu'il y a aussi l'alcoolisme comme facteur de risque mais ça pareil, moi honnêtement je pense pas que j'y penserai.

Moi: Quels outils pourriez-vous utiliser?

Dr 5: Pour un diagnostic, moi je reste basique. Ça va être l'ostéodensitométrie. Après effectivement, si j'ai une ostéoporose avérée à l'ostéodensitométrie, ben oui je vais faire un bilan un peu plus poussé pour savoir s'il y a pas d'autre troubles, d'autres causes et éliminer aussi un myélome. Donc NFS, électrophorèse des protéines, calcémie, calciurie... On peut faire aussi une TSH, je pense aussi pour une hyperthyroïdie, une PTH, enfin un bilan phosphocalcique complet.

Moi: Que pensez-vous de la mesure systématique de la taille chez les patients de plus de 60 ans pour la prévention?

Dr 5: Euh... La mesure de la taille, ouais, voir s'ils se tassent un peu (rire).

Moi: C'est ça.

Dr 5: (silence) Je suis pas sûre que ça m'aiderait pour le diagnostic. Je crois que ça rentre même pas dans un facteur de risque. Quand on regarde chez la femme, déjà les indications des ostéodensitométriques remboursées, ben elles sont pas énormes finalement. Pour avoir eu des patients qui me disaient « oh là là, j'aimerais bien faire une ostéodensitométrie pour savoir ». Ben quand on leur dit « ben non vous n'avez aucun facteur de risque donc ce sera pas remboursé »... voilà. Donc, la taille non, je pense pas que ça m'aiderait.

Moi: D'accord. Quelle est votre attitude thérapeutique, si jamais il y a une ostéoporose masculine?

Dr 5: Euh, alors moi, je me suis gardée en tête un seul traitement, ce sont les bisphosphonates (rire). Donc après je sais bien qu'il faut vérifier les facteurs de risque de chute qui peuvent aussi influencer sur le traitement. Après s'il y a un antécédent de fracture, évidemment on va être plus ou moins incisif dans les thérapeutiques qu'on va proposer. Mais en première intention déjà supplémentation phosphocalcique donc calcium vitamine D. En général, je me réfère aux recommandations HAS pour la prise en charge parce qu'ils ont leur petit tableau avec fractures, pas de fractures, T-score... Et en fonction, ben, si je dois mettre un traitement ce sera des bisphosphonates que ce soit chez l'homme comme chez la femme. D'ailleurs chez l'homme je sais même pas s'il y a l'AMM.

Moi: C'est ça (rire toutes les deux). Est-ce que vous connaissez les médicaments qui ont l'AMM chez l'homme ?

Dr 5: Je pense qu'il y a les bisphosphonates, et je suis même pas sûre qu'il y ait tous les bisphosphonates. Moi, classiquement, dans ma tête, j'ai retenu un médicament parce que sinon je sais plus je suis perdue. Donc c'est le risedronate 35 mg par semaine. Ça c'est mon truc. Je sais que je prescris ça chez la femme, mais chez l'homme je ne suis même pas sûre qu'il y ait l'AMM donc à vérifier... Mais sinon j'envoie facilement chez les rhumatos parce que (hésitation), il y a peut être des traitements plus adaptés que les bisphosphonates. Et quand il y a une contre-indication des bisphosphonates, c'est la panique (rire), que ce soit chez madame ou chez monsieur c'est pareil. Donc oui, j'appelle facilement les rhumatos pour avoir leur avis.

La dernière fois, j'ai eu une patiente qui est venue me voir avec une ostéodensitométrie, avec une ostéoporose demandée par son gynécologue qui la suit pour son cancer du sein sous Aromasine. Donc je lui ai dit « ben écoutez, comme il y a cancer du sein, je suis pas sûre de tout ce que je peux vous mettre. Comme c'est le gynécologue qui vous l'a prescrit, ben voyez avec lui ». Et, en fait le gynécologue m'a renvoyé cette patiente en disant: « Vous pouvez mettre ce que vous voulez sauf des traitements hormonaux » (silence).

Ah oui, je m'en doutais mais bon du coup, je lui ai mis des bisphosphonates. Donc voilà pour les hommes à vérifier. Mais franchement, j'ai jamais rencontré ce cas où j'ai été avec un patient, où je découvrais ou je diagnostiquais une ostéoporose masculine.

Moi: D'accord très bien. Avez-vous rencontré des difficultés à la prescription de bisphosphonates ou non?

Dr 5: Euh, (silence) j'en ai prescrit deux, trois fois des bisphosphonates où c'était la première prescription sur la découverte d'ostéoporose. Donc si c'était des bisphosphonates, je pense que j'aurais pas trop de soucis parce que j'ai déjà cherché pour les patients précédents. Je pense que ça donne de l'expérience un petit peu d'être bloquée, d'avoir des soucis de prescriptions. On cherche et on se débrouille. Après comme dit chez l'homme, vérifier s'il y a l'AMM ou pas, mais je suis pas sûre.

Moi: D'accord. Par rapport à tout ça, quelles seraient vos suggestions pour améliorer la prise en charge?

Dr 5: Je pense qu'il y a déjà un soucis de temps, parce qu'au final faire une recherche de l'ostéoporose, s'intéresser aux patients pour savoir est-ce qu'ils ont des facteurs de risque d'ostéoporose, ou même quand on a un qui nous est évident, ben il faudrait y penser parce qu'on y pense pas forcément. Enfin, c'est comme le cancer du sein. Moi j'avais fait ma thèse sur le cancer du col et on se rend compte qu'on y pense pas forcément à demander à la patiente si vous avez fait le dépistage du cancer du col: « Vous êtes à jour dans les frottis? ».

Ben là, c'est pareil, on y pense pas forcément et puis on a pas le temps de dire: « au fait, votre IMC il est à combien? Vous fumez? Vous buvez? ». C'est des choses qu'on devrait rechercher, c'est clair, mais on va pas forcément le faire parce que le patient va pas venir pour ça. Il va consulter une fois, pour je sais pas quoi, et puis ça va pas rentrer dans ce cadre-là. Donc, c'est vrai que c'est pas du systématique et même comme thème de prévention, (hésitation), clairement par rapport à l'hémocult, on va pas y penser du tout donc je pense que là où c'est bien c'est quand les patients font la démarche, quand ils viennent nous dire « ah au fait j'ai entendu parler d'ostéoporose ». Si le patient pouvait être un peu plus sensibilisé. Après nous on le sait, on connaît, mais on va pas forcément y penser. Je pense qu'on peut pas penser à tout non plus.

En plus, en tant que remplaçant, je pense que c'est compliqué d'avoir l'image d'ensemble du patient. S'il vient une fois pour une angine, on va pas leur parler d'ostéoporose (silence).

Ouais c'est vrai qu'on y pense pas du tout. Après je pense qu'il faut au niveau de la formation, revoir vraiment. Si on ne sait pas quel médicament prescrire, on a peut-être pas envie de chercher non plus. Ça fait parti aussi des choses qui vont nous freiner.

Moi: D'accord. Et si on vous proposait un questionnaire des facteurs de risque ?

Dr 5: Ben, clairement ce serait plus systématique. Si le patient éventuellement le voit dans la salle d'attente, il se dit « allez, je vais le remplir » et il nous le donne après (silence). Oui c'est bien.

Je pense qu'il faudrait mettre juste sur le questionnaire les indications de l'ostéodensitométrie et le patient coche oui ou non, et à ce moment là on voit s'il faut le faire.

Moi: Pour conclure, que pourriez-vous rajouter sur le thème de l'ostéoporose masculine?

Dr 5 : (Silence).Je reviens sur la mesure de la taille. Elle servirait plus à se dire, peut-être qu'il y a des tassements vertébraux donc, après c'est compliqué de faire des radios à tous les patients qui ont perdu quelques centimètres pour savoir s'il y a eu un tassement ou pas. À ce moment là, il faut demander une ostéodensitométrie.

Après les patients se souviennent plus forcément de leur taille (silence). Ouais je pense que c'est un peu compliqué cette mesure de la taille.

L'ostéoporose chez l'homme, faudrait qu'on y pense plus mais c'est comme chez la femme. Je pense qu'il n'y a pas de discrimination entre homme et femme. Mais je pense que la femme, on va y penser plus parce qu'on voit beaucoup plus de femmes avec un cancer du sein qui sont traitées par Aomatase ou autres.

Les hommes...leur cancer de la prostate, soit ils sont jeunes, ils ont une prostatectomie, ils n'ont pas de traitement derrière, soit ils sont très très vieux et puis on se dit est-ce qu'on va leur donner des médicaments qui ont beaucoup d'effets indésirables derrière donc c'est compliqué.

ANNEXE 10: ENTRETIEN N°6

Moi: Que vous évoque l'ostéoporose masculine?

Dr 6: C'est,(réflexion) à rechercher chez tous les hommes.

J'ai deux patients qui étaient « castrés » pour une histoire de prostate, chez qui j'ai fait une densitométrie. Ils ont une ostéoporose. Ce sont des patients qui sont venus s'installer dans la région donc c'est un diagnostic tardif. Je leur ai donné un traitement anti-ostéoporotique.

Moi: Ils avaient quel âge à peu près?

Dr 6: (réflexion) 67 ans à peu près, entre 70 et 60 ans.

Moi: Comment tenteriez-vous de définir l'ostéoporose masculine?

Dr 6: Ben, c'est une perte de masse osseuse hein.

Moi: Par rapport à ces situations, vous avez fait une DMO? Qu'est-ce que vous avez fait comme autre prise en charge?

Dr 6: Euh... Dosage de la vitamine D qui était déficitaire, calcémie qui était basse, et je leur ai donné du FOSAVANCE, de la vitamine D et du calcium selon protocole. Et on a refait deux ans après une densitométrie dans ces deux cas précis.

Moi: Avez-vous fait appel à d'autres spécialistes?

Dr 6 : Oui oui, rhumato.

Moi: Quelles sont les situations dans lesquelles vous pensez ou penseriez à rechercher une ostéoporose masculine ?

Dr 6: Moi, dès qu'il y a ménopause chez la femme avérée, je fais une densitométrie systématique et on fait un bilan de base, et tous les deux ou trois ans selon leur désir, car elles sont pas forcément adhérentes.

Moi: Et chez les hommes du coup?

Dr 6: Euh...J'en fais moins (silence). Ben, faut qu'il y ait un cas particulier:

- il est tombé, il s'est fait une fracture vertébrale
- il est tombé, il s'est fait une fracture du poignet
- il est tombé, il s'est fait une fracture de côte.

Là, je fais une densitométrie, je traite d'abord la fracture de côte et je fais une densitométrie, et là on a des surprises des fois.

Moi: D'accord. Avez-vous d'autres critères de dépistage pour les hommes?

Dr 6: Non.

Moi: Est-ce que vous avez rencontré des difficultés?

Dr 6: Non.

Moi: Que pensez-vous de la mesure systématique de la taille à partir de 60 ans?

Dr 6: Oui c'est très important ça aussi.

Moi: Vous en pensez quoi?

Dr 6: C'est un peu tard, on va dire. S'ils ont perdu deux centimètres, c'est un peu tard (silence).

Moi, je les mesure. Effectivement, je connais leur mesure quand ils avaient 20 ans, quand ils ont 70 ans je fais une mesure, je la note et (réflexion), s'ils viennent pour des douleurs rachidiennes, je fais une radio et on découvre des fois un tassement d'un corps vertébral.

Moi: Quelle est votre attitude thérapeutique devant une ostéoporose masculine?

Dr 6: (réflexion) FOSAMAX, vitamine D, calcium.

Moi: À part le FOSAMAX, connaissez-vous d'autres produits qui ont l'AMM chez l'homme?

Dr 6: Oui, il y a l'ACLASTA chez le rhumato par perfusion. (silence) Mais tout ça, à condition d'avoir une bouche saine. On regarde les dents avant de commencer. Les dentistes crient quand on leur prescrit du FOSAMAX, du FOSAVANCE (sourire) lorsqu'on fait une extraction dentaire. Donc chez le dentiste, je leur prescris un panoramique dentaire. Ils vont voir leur dentiste, on met tout « le râtelier à neuf » et après on démarre le FOSAMAX.

Moi: Par rapport à ces traitements, dans votre pratique, avez-vous rencontré des difficultés ? Des effets indésirables?

Dr 6: Effets indésirables, non. Tout le monde le supporte bien, le suit bien. Les miens sont respectueux, ils ont vu que Dr 6 était « chiant » donc ils le suivent (sourire).

Moi: (rire) Du coup, vous n'avez pas rencontré de difficultés. Que vous pensez de ces traitements là?

Dr 6 : Ce sont des traitements stabilisateurs qui marchent très bien.

Moi: Vous n'avez aucune réticence à les utiliser?

Dr 6: Non, non. Il faut le soigner parce que c'est dangereux. L'andropause, ça existe.

Moi: Souvent, on délaisse un peu les hommes.

Dr 6: Moi, la dernière densitométrie que j'ai prescrit chez un homme...il avait pas mal, il avait simplement des problèmes d'érection. Bon, je lui ai prescrit son CIALIS et je lui ai dit: « monsieur, on va faire une densitométrie » . Là j'attends le résultat.

Moi: Ah très bien. Et sur le suivi?

Dr 6: Je les vois tous les trois mois.

Moi: D'autres choses?

Dr 6 : Pas forcément.

Moi: Quelles seraient vos suggestions pour améliorer la prise en charge de l'ostéoporose chez l'homme?

Dr 6: Faire plus de densitométrie. À mon avis, je n'en fais pas assez.

Moi: D'autres idées?

Dr 6 : Non, pas d'autres idées.

Moi: Trouveriez-vous utile de proposer un questionnaire des facteurs de risque?

Dr 6: Ce serait bien.

Moi: Pour conclure, que pourriez-vous rajouter sur le sujet?

Dr 6: Je pense qu'il faut s'en préoccuper à partir de 60 ans, il faut chercher, mais on est débordé de travail. On n'a pas forcément le temps, ni même d'y penser.

Par exemple, j'ai un patient diabétique arthritique ponté, il doit avoir entre 70 et 75 ans. Donc la prochaine fois que je le vois, je lui fais une densitométrie (silence) car il a vieilli et on va probablement trouvé une ostéoporose, même s'il ne sait rien cassé.

Moi: Oui ça vous fait « tilt » quoi.

Dr 6: On a tellement d'examens à faire chez le diabétique, que ça passe un peu au second plan. L'ostéoporose, on l'oublie.

Moi: Donc pour vous, il faudrait plutôt améliorer la prévention?

Dr 6: Oui, faire des DMO. Il faut y penser mais on n'y pense pas.

Moi: Certains m'ont dit c'est tellement rare.

Dr 6: Je ne pense pas que ça soit rare, car par exemple, je me baisse pour bêcher mon jardin, pour planter les tomates et là, tassement vertébral. Je l'ai vu ce cas, mais encore une fois, trop tard.

Moi: En gros trop tard, c'est ça?

Dr 6 : Voilà!! L'andropause: « moi je dis exemple je peux plus bander ça fait tilt dans ma tête ».
J'ai un patient qui est venu me voir il y a une semaine, il a 50 ans. Je lui ai prescrit son CIALIS et une densitométrie. Quand ils vont le voir arriver en densitométrie, ils vont se dire: « il est fou dr 6 »
(rire)

Moi: Oui c'est ça. La densitométrie chez les hommes n'est pas très bien remboursée par la sécu.

Dr 6: Mais, je lui ai dit tout ça et là, on attend.

Moi: Après j'ai interrogé un médecin qui m'a dit qu'un de ses patients s'est cassé en s'asseyant dans le canapé. La DMO à deux reprises était normale.

Dr 6: S'il y a beaucoup d'arthrose, elle va remonter les scores de la DMO. Moi je fais des radios et je me fie aux clichés des radios autant que la DMO.

ANNEXE 11: ENTRETIEN N°7

Moi: Quelle a été la première situation de prise en charge d'ostéoporose masculine? Vous en avez déjà eu?

Dr 7: Non, jamais eu de cas encore.

Moi: Que vous évoque l'ostéoporose en général chez l'homme ?

Dr 7: Euh... Il y a des facteurs de risque. C'est peut-être probablement iatrogène le plus souvent. Hormonalement, c'est moins. Généralement on pense plus à la femme et à la post ménopause. Mais, chez l'homme, ça doit être plus iatrogène, consécutif à des prises médicamenteuses, corticothérapie ce genre de chose.

Moi: Comment tenteriez-vous de la définir?

Dr 7: Ben, suite à une ostéodensitométrie.

Moi: Pas plus?

Dr 7: Si. On peut voir aussi, s'il y a des complications, notamment des tassements. Ça, c'est les conséquences plutôt. Mais généralement, je mesure mes patients quand ils ont plus de 60 ans. Je les mesure pour voir s'il n'y a pas une diminution de la taille qui pourrait montrer un début de pathologie ostéopénisante ou fracturaire. Vitamine D aussi, ça me fait penser.

Moi: Quelles sont les situations pour lesquelles vous pensez à dépister une ostéoporose masculine?

Dr 7: Diminution de la taille, carence en vitamine D, âge > 60 ans, fracture, et puis, (hésitations) antécédents familiaux.

Moi: Utilisez-vous des outils particuliers ou pas spécialement pour le dépistage chez l'homme?

Dr 7: Ostéodensitométrie, et puis la toise pour la taille, prescription vitamine D, exploration du terrain.

Moi: Que pensez-vous de la mesure systématique de la taille comme outil de prévention?

Dr 7: Bien, c'est non invasif, c'est reproductible, tous les éléments d'évaluation réussis.
Après, c'est pas complet. C'est pas suffisant, mais ça permet de « débroussailler » un peu.

Moi: Quelle est votre attitude thérapeutique devant une ostéoporose masculine?

Dr 7 : Activité physique, insister sur l'exposition solaire, la bonne hygiène de vie, la prévention.
Eviter les médicaments iatrogènes, supplémentation vitamine D. (hésitation)
Après, je ne sais pas si les bisphosphonates sont prescrits chez les hommes.

Moi: Quels traitements connaissez-vous?

D 7: Aucun.

Moi: D'après vous, quelles sont les indications de remboursement de la CPAM?

Dr 7: Aucune idée, je peux inventer mais ça ne sert à rien.

Moi: Quelles seraient tes suggestions pour améliorer la prise en charge de l'ostéoporose chez l'homme?

Dr 7: Améliorer la connaissance des médecins. On y penserait plus, principalement ça.
Instaurer une mesure systématique des enfants et des personnes âgées, surtout s'il y a une diminution de taille de plus de un cm en six mois ou en un an. Il faut quand même vérifier ça.
Après, ce qui est important pour moi, c'est d'insister sur l'exercice physique, l'exposition solaire.
Les gens se protègent, mais ça a des bienfaits aussi, il faut insister dessus. Insister sur l'hygiène de vie: ne pas fumer, insister sur l'alimentation, veiller sur la nutrition.

Moi: D'autres suggestions?

Dr 7 : Que ça soit plus connu parmi les médecins. Former peut-être, faire des conférences, de la formation continue, parce qu'on n'est pas trop au courant.
Pourquoi pas, dans les cabinets de radiologie, d'informer que ça ne touche pas que les femmes. Les femmes, ça passe surtout par le gynécologue, mais les hommes non.

Moi: Si on vous proposait au moins un questionnaire de facteurs de risque, ça vous serait utile ou pas?

Dr 7: Oui, ça nous aiderait à avoir des directives.

Moi: Que rajouter sur ce thème?

Dr 7: J'ai déjà tout dit (rire).

C'est pas très connu parmi les médecins, sûrement sous diagnostiqué, ça passe à la trappe, par manque de connaissance.

Les questionnaires pourraient être intéressants. Mais de toute façon c'est plus la prévention qui serait utile.

En soit, l'ostéoporose, c'est pas le souci. Ce sont les conséquences fracturaires qui poseraient un problème de santé publique.

ANNEXE 12: ENTRETIEN N°8

Moi: Quand je dis ostéoporose masculine, qu'est-ce que ça vous évoque?

Dr 8: Pas grand chose (rire). C'est vrai qu'on entend parler d'ostéoporose féminine mais ostéoporose masculine bof.

Moi: D'accord. Quels mots vous viennent à l'esprit si on dit ostéoporose masculine? Quelle définition pourriez-vous donner?

Dr 8: Une définition...pff...non je sais pas (silence). On parle de fractures inexplicées (silence).

Moi: Ok. Parlez moi d'une dernière situation de prise en charge de l'ostéoporose masculine.

Dr 8: Ben, j'en ai une (rire). Un monsieur... je ne sais même pas quel âge il a ...(vérification dans le dossier), Qui a eu une fracture vertébrale.

Moi: C'était une spontanée?

Dr 8: Non traumatique. Mais on se posait la question s'il avait pas une ostéoporose. Un monsieur de 44 ans.

Moi: Ah oui!!! Jeune.

Dr 8 : Ouais, qui a fait une fracture vertébrale lombaire, tassement. On l'a poussé dans sa piscine et il a fait ça.

Moi: D'accord. Et comment s'est passée la prise en charge ?

Dr 8 : Ben, ils ont mis du temps, parce que c'est le neurochirurgien qui l'a pris en charge. C'était l'été dernier, et en le revoyant, il s'est posé la question s'il avait pas une ostéoporose.

Donc le bilan est en cours.

Moi : D'accord. Donc on a pas encore la densitométrie. En gros, bilan en cours. Quelles sont les situations pour lesquelles vous pensez à dépister une ostéoporose masculine, en pratique? Quels sont vos critères de dépistage?

Dr 8: Euh... Dans des cas comme ça en fait, Quand tu as des traumatismes peu intenses qui donnent des fractures.

Moi: Pas d'autres idées?

Dr 8: Ben, ceux qui ont des traitements par cortisone, des « alcoolos », principalement.

Moi: Est-ce que il y a des outils que vous utilisez? Ou pas particulièrement?

Dr 8 : Ben, chez les hommes c'est vrai qu'on recherche pas spécialement.

Moi: D'accord. On va parler de l'attitude thérapeutique. Quelle est votre pratique devant une ostéoporose masculine? Quels sont les traitements que vous connaissez ou que vous avez déjà utilisé chez les hommes?

Dr 8: Ben, les mêmes que pour les femmes.

Moi: D'accord.

Dr 8: Il n'y en pas beaucoup qui sont traités, mais parce qu'on ne recherche pas. C'est vrai qu'on se pose pas la question. Autant on se pose la question après la ménopause chez les femmes, mais chez les hommes pas du tout, ou très peu.

Moi: Ouais c'est ça. C'est pour ça que je fais la thèse parce qu'on se rend compte qu'il y a un grand vide. Les gens, ils disent: « j'en sais rien », « je vois pas » ou « la cortisone ».

Dr 8 : Ouais, voila les traitements.

Moi: Ou encore ils disent « C'est parce qu'on ne se pose pas la question ».

Dr 8: Ceux qui passent des radios, et que tu vois que c'est un peu clair, tu te dis, mais sinon, c'est vrai que, autant tu te poses la question systématiquement pour les femmes, mais pour les hommes on ne se pose pas la question. Ce qui est bête en fait. Maintenant, je vais y penser un peu plus. C'est idiot parce que pourquoi on n'y pense pas, pourquoi on fait pas. L'andropause aussi, pourquoi on n'y pense pas.

Moi: C'est ça. C'est le problème aussi. C'est vrai qu'on en parle beaucoup chez la femme, on nous oblige à ne pas l'oublier.

Dr 8: Oui, mais pourquoi on fait pas pareil chez les hommes?

Moi: Oui c'est vrai. D'après vous, quelles sont les indications de remboursement de la CPAM?

Dr 8 : (Rire) J'en sais rien. Je dirais que c'est les mêmes que pour les femmes. À priori, j'ai jamais vérifié mais je dirais que c'est pareil.

Moi: Ok. Avez-vous d'autres expériences avec des cas concrets? Autres que le monsieur où on fait le bilan.

Dr 8: Ben, j'en ai un autre. Oui il a un traitement.

Moi: Qui l'a dépisté?

Dr 8 : C'était à l'hôpital. J'en ai un autre mais c'est aussi parce qu'il était sous cortisone pendant longtemps, je sais plus, pour une polyarthrite au long cours. Mais un moment donné, ces traitements ... (silence)

Moi: Oui, c'était surtout par rapport aux traitements. Et du coup, c'était le spécialiste?

Dr 8 : Oui.

Moi: Quelles pistes d'amélioration pour cette pathologie, proposeriez-vous? Pour qu'on y pense un peu plus?

Dr 8 : Ben, qu'on ait plus d'infos car on en a pas du tout. Moi, finalement, je ne sais pas grand chose sur ça.

Moi : Et, si on proposait des questionnaires de dépistage? Ça pourrait vous être utile ou pas?

Dr 8 : Oui. Sensibiliser les hommes, pas que pour les femmes. Qu'on parle de l'ostéoporose en général, pas que féminine.

Moi: Qu'est-ce que vous pourriez rajouter pour conclure sur ce thème ?

Dr 8 : (Rire) Du coup bon sujet parce que j'y penserai un peu plus. Les fractures du col du fémur, c'est fréquent aussi chez les hommes âgés.

Moi: Moins chez les hommes que chez les femmes. Mais par contre ça tue plus les hommes que les femmes.

Dr 8: Donc, on a intérêt à traiter plus.

ANNEXE 13: ENTRETIEN N°9

Moi: Que vous évoque l'ostéoporose masculine?

Dr 9: Pas grand chose en fait, parce que je fais partie de ces médecins qui pensent l'ostéoporose beaucoup plus chez la femme que chez l'homme. Et c'est absolument pas quelque chose que je recherche, ni à diagnostiquer ni à traiter. Donc ça m'évoque quelque chose que je connais mal.

Moi: Quels mots vous viennent à l'esprit?

Dr 9: Tout ce qui est lié à l'ostéoporose, fractures. Mais après (silence), je ne sais pas quoi te dire de plus. Que je n'y pense pas. Pas grand chose, désolée.

Moi: Comment tenteriez-vous de définir l'ostéoporose masculine?

Dr 9 : (Hésitation) Je ne sais pas. J'imagine que c'est les mêmes définitions que chez la femme. Donc, fractures à rechercher peut-être. J'imagine qu'il doit y avoir des chiffres sur l'ostéodensitométrie, ces histoires de T-score inférieur à -2,5 ou pas. Est-ce que les chiffres sont les mêmes que chez la femme? J'en ai pas la moindre idée. Et puis la définition, à rechercher en cas de fracture, les mêmes critères que chez la femme, s'il y a une fracture évocatrice à faible vélocité. Mais je n'en sais rien.

Moi: Ok. Parlez moi d'une de vos situations de prise en charge de l'ostéoporose masculine ?

Dr 9: Il n'y en a pas eu. Je suis même en train d'essayer de réfléchir à des situations de fractures, des patients chez qui j'aurais peut-être pu me poser la question et que je me la suis pas posée. Non, depuis mes 4 ans d'installation, je me suis posée quelque fois la question avec des femmes qui ont des fractures. Mais des hommes qui se sont fait des fractures du poignet, non.

Si, j'ai bien eu des patients qui ont eu des fractures du col, mais effectivement, c'est des patients qui étaient déjà grabataires, institutionnalisés ou en très mauvais état général, qui se déplaçaient très peu et qui ont chuté car ils ont essayé de se lever, chez qui on s'est même pas posé la question car ils avaient déjà 90 ans et que de toute manière, ça n'aurait pas changé grand chose.

Mais des fractures pouvant évoquer, du genre poignet et vertèbre, col, je ne sais pas si les critères sont les mêmes que chez la femme.

Je n'ai pas eu de cas de prise en charge et je crois pas avoir des cas où je me serai posé la question. Je vais essayer de creuser dans ma mémoire, si ça revient, je te dis.

Moi: D'accord. Et des traitements d'ostéoporose pour les hommes?

Dr 9 : Non (réflexion). Si, un patient sous corticoïdes au long cours, que je ne suis plus d'ailleurs. Mais lui effectivement, il avait les bisphosphonates.

Moi : Comment ça s'est passé?

Dr 9 : C'était un patient qui avait déjà toute la prise en charge en place mais je ne le suis plus. Mais actuellement avec des traitements contre l'ostéoporose, je n'en vois pas.

Moi: Quelles sont les situations pour lesquelles vous penseriez à rechercher l'ostéoporose masculine?

Dr 9 : Faudrait y penser en cas de fractures, et puis en cas de facteurs de risque que ce soit thyroïde, corticoïdes. (hésitation)

Je pense qu'il faudrait faire, comme chez les femmes, j'imagine, en fonction du poids, de la taille, et l'IMC bas. Mais bon, je prends les notions que j'ai chez la femme, pour les hommes. J'imagine qu'il faudrait le chercher dans ces cas-là.

Après, en dehors des facteurs de risque éventuels déjà chez la femme, la recherche systématique est débattue. Du coup, j'y penserais plus en cas de fractures.

Moi: Quels outils utilisez-vous?

Dr 9 : Je pense que je l'enverrai faire une ostéodensitométrie.

Moi: Pensez-vous que la mesure systématique de la taille soit un bon outil de prévention?

Dr 9: Ben, j'imagine que oui mais alors dans quel sens?

Moi: La prévention primaire.

Dr 9: En terme de perte de taille, recherche de tassements. Ouais, ça pourrait être intéressant et facilement faisable. Mais c'est vrai que les enfants, on les pèse et mesure tout le temps. Les adultes, on a beaucoup plus de mal. Je les pèse moins souvent que ce que je devrais, je leur demande combien ils mesurent mais je ne vérifie pas.

Donc, effectivement, on peut leur demander « vous mesurer combien? », puis aller vérifier et déclencher quelque chose derrière... Oui, pourquoi pas.

Moi: Devant une ostéoporose masculine, quelle serait votre attitude thérapeutique? Et le Suivi?

Dr 9 : S'il y a une ostéoporose avérée avec des chiffres compatibles, calcium, vitamine D on sait maintenant que ça sert pas à grand chose, sauf chez les vieux dénutris en EHPAD, ça prévient pas les fractures. Donc discuter d'un traitement type bisphosphonate ou autre. Après je cache pas que les autres, je laisse au rhumatologue le soin de gérer.

Moi: À votre avis, quels sont les produits qui ont l'AMM chez l'homme?

Dr 9: Les bisphosphonates, je suis à peu près sûre, (hésitation) le DENOSUMAB peut-être. Le traitement hormonal, ça m'étonnerait (sourire) car de toute façon il n'a pas l'AMM chez la femme.

Moi: Avez-vous rencontré des difficultés?

Dr 9 : Difficultés de prévention primaire de tout. Je pense que le « mec » qui s'est « pété" le poignet, le col et les vertèbres, quand on va lui dire qu'il a les os fragiles et qu'il faut un traitement, je pense qu'il sera plus enclin à le prendre, plutôt que le « mec » qu'on a dépisté juste sur la mesure de la taille, qui va bien, qui n'avait rien demandé et qu'on est venu chercher. Peut-être qu'il aura du mal à accepter de prendre un traitement toutes les semaines ou tous les mois avec potentiellement des effets secondaires.

C'est pareil, même pour les femmes, chez qui, j'ai voulu mettre un traitement, c'est compliqué. D'abord, quand on leur dit qu'il faut faire le bilan dentaire, le fait de le prendre le matin à jeun, de ne pas se recoucher derrière c'est contraignant. À mon avis, s'ils ne ressentent pas le vrai besoin de prévenir et de prendre un traitement, ce sera difficile de le mettre en place.

Mais c'est le problème de toutes les maladies qu'on essaye de traiter dans la prévention au sens large. Tant que les gens ne se sentent pas mal, on a un peu plus de mal à proposer les choses.

Moi: Quelles seraient vos suggestions pour améliorer la prise en charge de l'ostéoporose masculine?

Dr 9: Être un peu plus sensibilisée, plus formée. Maintenant que tu es passée, je vais aller regarder ça. Qu'on nous en parle un petit peu plus, après sous quelle forme, j'en sais rien.

Moi: Un questionnaire sur les facteurs de risque vous serait-il utile?

Dr 9: Oui, si on avait un questionnaire à disposition, on y penserait un peu plus. Ce serait plus facile pour identifier les patients qui auraient besoin d'un diagnostic et d'un traitement.

Moi: Qu'est-ce que vous pourriez rajouter pour conclure?

Dr 9: Ça confirme l'impression que j'avais avant que tu ne viennes. C'est que, sur un plan perso, je sous dépiste et sous traite probablement les patients qui ont de l'ostéoporose masculine. La preuve, c'est que je n'ai même pas eu de cas à réfléchir ou alors mes patients sont extrêmement en pleine forme (ironie).

Ce qui joue aussi, c'est que j'ai 3/4 de patientèle féminine.

Mais c'est quelque chose qu'on ne connaît pas bien et que personnellement, j'y pense pas, je ne cherche pas et donc je traite pas. Il faudrait y remédier (sourire) grâce à toi.

ANNEXE 14: ENTRETIEN N°10

Moi: Que vous évoque l'ostéoporose chez l'homme?

Dr 10 : Pour moi, lorsqu'on évoque l'ostéoporose chez l'homme je pense qu'on dépiste peu. Pour moi, elle est plus liée à la femme, c'est presque étonnant dans le titre alors que ça ne devrait pas. Ça reste une maladie osseuse qu'on soit homme ou femme.

Moi: Quels mots vous viennent à l'esprit?

Dr 10: Je vais penser aux problèmes médicaux qui peuvent apporter l'ostéoporose, en enlevant les déficits hormonaux de la ménopause. Sinon, je vais surtout penser aux problèmes qui peuvent amener à une déminéralisation osseuse: problème de nutrition, carence en calcium ou en vitamine D, ou les choses qui pourraient peut-être favoriser.

Moi: Comment tenteriez-vous de la définir?

Dr 10: C'est difficile. Si je devais résumer un petit peu, c'est une véritable maladie sur laquelle il faut s'intéresser mais qui est très peu dépistée, je pense.

Moi: Parlez-moi d'une de vos situations de prise en charge de l'ostéoporose masculine?

Dr 10: Ça s'est passé sur une fracture rachidienne tassement, sur laquelle on a fait des radios, on a vu qu'il y avait une déminéralisation diffuse, ce qui m'a amené à faire une ostéodensitométrie qui montrait une ostéoporose.

J'ai un deuxième cas chez un homme plutôt jeune pour lequel on est en cours de diagnostic. Chez lui, on a découvert de l'ostéoporose, mais pour qui les rhumatos ne sont pas d'accord. Un homme de 45 ans dans le cadre de douleurs articulaires diffuses, on a retrouvé des anomalies osseuses, type spondylarthropathie pas vraiment étiquetée.

Moi: Par rapport à ces situations, qu'est-ce que vous avez ressenti ?

Dr 10 : Pour la prise en charge, ça ne changeait pas grand chose que ça soit un homme ou une femme, c'est-à-dire qu'on peut proposer des traitements similaires.

Pour moi ça n'a pas été un problème, c'est juste que le dépistage s'est fait un peu plus tard. C'est pas vraiment un dépistage mais plutôt une prévention secondaire suite à un événement dans les deux cas que j'ai connus.

Moi: Ok. Quelles sont les situations pour lesquelles vous pensez à rechercher une ostéoporose masculine?

Dr 10 : Comme on évoquait, ça peut être par exemple sur une fracture vertébrale, pas attendue, un peu pathologique. Euh, ça va être essentiellement ça.

Ça va être aussi sur un bilan radio pour des douleurs articulaires, si jamais le radiologue me fait penser ou si je vois une déminéralisation diffuse.

Dans ces cas là, je vais quand même, aller regarder un peu plus loin, s'il y a des anomalies.

Moi: D'accord. Ça vous a posé des difficultés ou pas du tout? Quels outils utiliseriez-vous à part l'ostéodensitométrie?

Dr 10 : (hésitation) Une prise de sang complète, un bilan vitamino-calcique. Dans le cas d'un de mes patients, on avait recherché un déficit en androgène. Je ne sais pas si c'est quelque chose qui se fait en pratique, on l'avait recherché car le patient était un peu plus jeune, pour voir s'il ne faisait pas une andropause précoce. Radio, bio, ostéodensitométrie, c'est essentiellement ça.

Moi: Que pensez-vous de la mesure systématique de la taille chez les patients de plus de 60 ans?

Dr 10: J'en ai jamais entendu parler. Maintenant, chez les patients qui ont de l'ostéoporose, je pense qu'il y a une diminution de la taille plus importante que chez les autres personnes. J'ai l'habitude de mesurer les patients, même quand ils sont adultes. Je ne me base pas sur la taille qu'ils font à 20 ans. Après, on perd tous, un petit peu de centimètres au fur et à mesure des années. Pour moi, ça fait parti des critères mais je n'ai jamais entendu parler de les mesurer tous systématiquement à 60 ans pour aller dépister. Après je ne sais pas si c'est un critère d'inclusion. Si on voit que quelqu'un a perdu 10 cm à 60 ans alors qu'il aurait dû en perdre 3... Est-ce que ça évoque une ostéoporose? Alors là, je sais pas.

Moi: D'accord. Sur les ostéoporoses rachidiennes oui, ils disent que s'il y a une perte de 4 cm il faut au minima faire une radio.

Dr 10: Parfois la difficulté à 60 ans, c'est d'avoir la taille de référence. Ça va être une taille rapportée, à part si tu suis un patient toi même depuis 40 ans. Sinon les gens vont te dire une taille, euh, je vais peut être dire une bêtise, mais les hommes ont toujours tendance à rajouter un ou deux centimètres...Même les femmes le font parfois.

Je pense qu'il peut y avoir des biais, par surestimation de la taille à 20 ans, ce qui fait que du coup pour déterminer la perte? Mesurer tout le monde à 60 ans c'est bien mais si on a pas la taille de départ, ça ne sert à rien.

Moi: Ok. Quelle serait votre attitude thérapeutique?

Dr 10: Avis rhumato. Bilan bio complet, rechercher NFS, iono, fonction rénale, bilan phosphocalcique. Chez un homme du coup, on ne va pas chercher les dosages hormonaux de façon systématique. Les radios au niveau rachidien, pour moi, ne sont pas forcément faites de façon systématique, et l'osteodensitométrie, après je vais avoir tendance à orienter chez le rhumato.

Moi: Donc, les traitements pour les deux patients que vous avez eu c'est le rhumato qui a initié?

Dr 10: Oui c'est ça. Pour celui qui a eu la fracture, comme c'est une fracture donc il n'est plus passé par médecine générale, il est passé par l'hôpital. En fin de compte, il a eu un bisphosphonate. Et le deuxième patient de 46 ans, il est en train de consulter deux rhumatologues différents qui ne sont pas d'accord. Il y en a un qui veut mettre un bisphosphonate et l'autre non.

Moi: D'accord. Connaissez-vous les traitements qui ont l'AMM pour l'ostéoporose masculine?

Dr 10: Ben, je crois qu'il y a la supplémentation vitamino-calcique, et les bisphosphonates en deuxième intention.

Moi: Dans les bisphosphonates, est-ce que vous connaissez ceux qui ont l'AMM?

Dr 10 :Non. Pour moi, j'ai notion des bisphosphonates en général. Mais pas spécialement pour l'homme ou pour la femme.

Moi: Avez-vous eu effets indésirables?

Dr 10: Non. C'est sûr que les bisphosphonates, ce sont des médicaments qu'on n'aime pas forcément manipuler car il y a des risques. C'est quand même un médicament avec des effets secondaires

possibles importants. Mais moi, sur le peu de patients que j'ai eu à traiter, j'ai pas eu de patients qui ont eu des complications.

Moi: Ok. Quelles seraient vos suggestions pour améliorer la prise en charge?

Dr 10: Ce serait bien d'avoir un outil de prévention. Je pense qu'on est un peu plus dans le traitement, dans la prévention secondaire suite à un événement chez l'homme, un peu plus que chez la femme. Alors peut-être penser un peu plus souvent à faire des ostéodensitométries, soit un outil de dépistage. Après, je ne sais pas si derrière, il est nécessaire d'avoir un outil différent que celui qu'on fait chez la femme pour le dépistage.

Moi : Vous parlez de quel outil?

Dr 10 : Euh.... Ce que je fais, un bilan bio et puis l'ostéodensitométrie.

Moi: Que pouvez-vous rajouter pour conclure sur ce thème?

Dr 10 : J'ai pas grand chose à rajouter spécifiquement. Je pense qu'on a fait à peu près le tour. Moi je considère l'ostéoporose masculine à la même valeur que l'ostéoporose féminine. La seule différence, c'est sans doute, au niveau de la prévention, les médecins ont tendance à y penser un peu moins ou peut être faire une campagne ou quelque chose pour sensibiliser sur le sujet.

ANNEXE 15: TEST RAPIDE DU RISQUE D'OSTEOPOROSE DE L'IOF

Ce que vous ne pouvez pas changer :

. Vos antécédents familiaux

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

2. Un de vos parents est-il voûté ? Oui non

. Vos facteurs cliniques personnels

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

3. Avez-vous 40 ans ou plus?

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

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

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

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

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

9. Souffrez-vous de polyarthrite rhumatoïde? oui non

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

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

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

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

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

Pour les hommes

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

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

Votre style de vie

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

15. Buvez-vous régulièrement de l'alcool au-delà des limites raisonnables (plus de 2 unités d'alcool par jour)? Bière ou cidre (4 % d'alcool) : 250 ml = 1 unité/ Vin (12.5 % d'alcool) : 80 ml = 1 unité/ Spiritueux (40 % d'alcool) : 25 ml = 1 unité

oui non

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

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

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

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

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.*

RÉSUMÉ

Introduction : L'ostéoporose est la maladie liée au vieillissement de l'os, causant des fractures.

L'ostéoporose masculine est un problème de santé publique en France. La mortalité post-fracture est plus élevée chez les hommes que les femmes.

Objectifs: Comprendre les représentations des médecins généralistes concernant l'ostéoporose masculine, et les freins à sa prise en charge.

Méthode: Étude qualitative par entretiens individuels semi-directifs des médecins généralistes du Languedoc-Roussillon et de Toulon.

Résultats: L'ostéoporose masculine est perçue comme rare, peu préoccupante, sous diagnostiquée, sous dépistée. Parmi les facteurs de risque, les antécédents de fractures de fragilité, la corticothérapie au long cours sont les plus cités. Le tabac, un facteur de risque important, est peu connu. L'ostéodensitométrie est l'outil de dépistage le plus connu, mais peu utilisé chez les hommes. Les médecins généralistes font appel aux rhumatologues pour la prise en charge des hommes. Les jeunes médecins ont moins de cas d'ostéoporose masculine que les médecins plus âgés. Cependant, le nombre de cas est limité chez les plus anciens avec au maximum deux cas par patientèle. Les traitements ayant l'AMM pour les hommes sont peu connus. La prévention des fractures par supplémentation vitamino-calcique est privilégiée. La mesure systématique de la taille, à partir de 60 ans, est un outil de dépistage des fractures vertébrales utile, non coûteux pour les médecins interrogés, mais est peu utilisé. Les freins à la prise en charge de l'ostéoporose masculine sont le manque de formation, l'expérience limitée des médecins, le temps de consultation trop court, la pénurie médicale et la réticence des patients par rapport aux traitements.

Conclusion: L'ostéoporose masculine est une maladie oubliée par les médecins généralistes. Il existe une discrimination homme femme dans la prise en charge à cause du manque d'informations. Ils souhaitent une meilleure formation afin de rechercher et de traiter plus systématiquement l'ostéoporose masculine.

Mots clés: Ostéoporose masculine, étude qualitative, densité minérale osseuse, risque de fracture, fracture vertébrale, fracture de l'extrémité supérieure du fémur, médecins généralistes.