



“Treatment gap dans l’ostéoporose en médecine générale”

Recherche des éventuels freins à la prise en charge de l’ostéoporose par enquête qualitative via entretiens individuels semi-dirigés auprès de médecins généralistes en Province de Liège et comparaison à la littérature via une revue non systématique

Dr Delphine STAINIER, assistante en 3ème année de médecine générale

Promoteur : Dr Jonathan LUSZEZEK

Travail de fin d’études en vue de l’obtention du Master complémentaire en médecine générale à l’Université Catholique de Louvain - année académique 2020-2021

Table des matières

1. Résumé	5
2. Introduction	6
3. Méthodologie	8
3.1 Question PICO	8
3.2 Méthodologie de la revue de la littérature	8
3.2.1 Recherches bibliographiques	8
3.2.2 Critères de sélection.....	9
3.2.3 Type d'étude et échantillon	9
3.2.4 Recueil des données.....	10
3.2.5 Analyse des données.....	10
4. Résultats	11
4.1 Résultats de la recherche de la littérature	11
4.2 Contexte théorique	11
4.2.1 Guidelines utilisées	11
4.2.2 Trois types de patients	11
4.2.3 Cinq types de gaps	12
4.2.4 L'outil FRAX	13
4.2.5 L'ostéodensitométrie	13
4.2.6 Prévention	15
4.2.7 Fracture liaison service.....	15
4.2.8 Traitements anti-ostéoporotiques	16
4.3 Résultats de l'enquête qualitative	17
4.3.1 Participants et échantillonnage.....	17
4.3.2 Est-ce significatif ?	17
4.3.3 Rôle du MG versus rôle du spécialiste	18
4.3.4 Freins à la prise en charge de l'ostéoporose en médecine générale	20
4.3.5 Autres solutions évoquées	30
5. Discussion	31
5.1 Une problématique jugée pertinente en médecine générale.....	31
5.2 Les freins	32
5.2.1 Pas toujours une priorité, ni pour le patient, ni pour le MG	33
5.2.2 Mal informés, peu compliant	34
5.2.3 Davantage de réticences du patient que du MG.....	36

5.2.4 Le patient âgé, (grand-) parent pauvre de l'ostéoporose	37
5.2.5 Le FLS, une solution pour les patients en post-fracturaire ?	39
5.2.6 DMI et red flags	40
5.2.7 Flou et trop complexe pour la pratique	40
5.2.8 Du portefeuille du patient au gouffre financier de l'état	42
5.3 Biais, limitations et forces de l'enquête	43
6. Conclusion et perspectives	44
7. Références bibliographiques	46
8. Annexes	50

Abréviations utilisées

MG : médecin(s) généraliste(s)

CHU : centre hospitalier universitaire

ODM : ostéodensitométrie

SSMG : Société Scientifique de Médecine Générale

DMI : dossier médical informatisé

INAMI : Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité

MRS : maison de repos et de soins

UI : unité(s) internationale(s)

BBC : Belgian Bone Club

GLEM : Groupe Local d'Evaluation Médicale

Remerciements

Je souhaite remercier Jonathan Luszezek, promoteur de cet écrit pour le temps qu'il m'a accordé et ses précieux conseils. Je remercie également le Dr Olivier Malaise, rhumatologue au CHU de Liège, pour son aide quant à l'élaboration de mon questionnaire.

Un merci tout particulier aux Dr Pierre Lombet, Jean-Pierre Milet et Patrick Robinet qui ont été successivement mes maîtres de stage durant cet assistantat, ainsi qu'à tous mes collègues autant à l'hôpital la première année, qu'en médecine générale par la suite pour leur bienveillance et leur partage d'expériences.

Mes remerciements vont par ailleurs aux médecins généralistes qui ont accepté de participer à mon enquête pour le temps et l'accueil qu'ils m'ont réservés et sans qui ce travail n'aurait pu aboutir.

Je remercie également les différentes personnes qui ont relu cet écrit ou m'ont aidé d'une façon ou d'une autre à obtenir certaines informations complémentaires à ma recherche.

Pour finir, je voudrais remercier mon entourage pour leur soutien et leur présence durant mes années d'études et mon assistantat, et plus particulièrement depuis que le covid19 est entré dans nos vies et nous rappelle à quel point il est bon d'être ensemble.

1. Résumé

Contexte : L'ostéoporose est une affection chronique largement répandue à travers le monde et son incidence ne cesse de croître face au vieillissement de la population. Son coût clinique, social et économique en fait un problème de santé publique majeur. Malgré que l'on dispose de traitements efficaces sur la densité osseuse, l'ostéoporose reste indéniablement sous-diagnostiquée et sous-traitée. Ce fossé thérapeutique ou "treatment gap" concerne notamment la médecine générale qui occupe une place centrale dans la prise en charge de cette pathologie.

Objectif : L'objectif de ce travail consistait à mettre en évidence, selon les médecins généralistes, les raisons du manque de prise en charge de l'ostéoporose en médecine générale, plus spécifiquement en Province de Liège. La finalité de cet écrit est de présenter quelques pistes dans le but d'améliorer la prise en charge de l'ostéoporose et, de ce fait, réduire le treatment gap.

Méthodologie : Revue non systématique de la littérature suivie d'une enquête qualitative par entretiens individuels semi-directifs auprès de médecins généralistes en Province de Liège, sélectionnés au préalable. Confrontation ensuite des résultats de l'étude aux données de la littérature.

Résultats : L'étude qualitative a permis de répertorier différents freins pouvant effectivement expliquer le treatment gap dans l'ostéoporose en médecine générale, ainsi que quelques pistes pour l'amender. À noter que la grande majorité des généralistes interrogés se sentent concernés par la prise en charge de l'ostéoporose et considèrent leur rôle de soignant de première ligne comme prépondérant dans cette problématique.

Conclusion : La majorité des médecins généralistes interrogés considéraient exercer un rôle prépondérant dans la prise en charge de l'ostéoporose et étaient néanmoins conscients de certains freins existants. Des solutions existent et d'autres efforts doivent encore être fournis en parallèle de l'implication des médecins généralistes pour permettre de réduire ce treatment gap.

Indexation des thématiques : Qcodes : QS41 ; QD41 ; QD42 ; QR31. CISP-2 codes : A98 ; L95. (cfr Annexe 1)

2.Introduction

Parmi les plus de 55 ans, 1 femme sur 3 et 1 homme sur 5 dans le monde subiront un jour dans leur vie une fracture de fragilité (ou fracture ostéoporotique). (1) L'incidence de l'ostéoporose ne cesse d'augmenter parallèlement au vieillissement de la population. En Belgique, l'ostéoporose est responsable de 80 000 nouvelles fractures par an dont 15 000 fractures du col fémoral. Par extrapolation, ce sont donc 270 nouvelles fractures de fragilité par jour dans notre pays et donc une quinzaine par jour en région liégeoise. D'ici 2025, ce chiffre passera à 100 000 nouvelles fractures par an. (2)

L'ostéoporose fracturaire a un impact clinique, social et économique considérable. En effet, elle altère la qualité de vie de façon comparable aux grandes affections chroniques telles que le Parkinson, le diabète ou la sclérose en plaque. (3) Une première fracture augmente de 86% le risque de survenue d'une seconde. La fracture du col fémoral est la plus lourde en termes de morbidité/mortalité. Après une fracture de la hanche, 20% des patients décèdent dans l'année, 30% gardent un handicap permanent, 40% ne sont pas capables de marcher sans assistance, 80% éprouvent des difficultés dans la réalisation autonome d'au moins une activité de la vie quotidienne. A lui seul, ce type de fracture représente 53% des dépenses générées par l'ostéoporose. (2) Ce cout total est estimé à environ 606 millions d'euros par an dans notre pays, dont 419 millions (69%) pour la première année après une fracture de fragilité, 157 millions (26%) pour les soins à long terme et seulement 29 millions pour la prévention (moins de 5%). (2, 4)

Malgré des traitements sécurisants et efficaces sur la densité osseuse, l'ostéoporose demeure largement sous-diagnostiquée et sous-traitée. 8 femmes sur 10 ne reçoivent pas de traitement de l'ostéoporose dans l'année suivant la fracture de fragilité. (2) Cette problématique peut être appréhendée par la notion de "treatment gap" ou fossé thérapeutique. Le treatment gap peut être défini par le pourcentage de patients effectivement traités pour l'ostéoporose parmi l'ensemble des patients à risque qui devraient donc l'être. Il s'exerce à plusieurs niveaux (prévention, diagnostic, traitement, suivi) et varie donc selon les sources. La Belgique ne fait pas exception. Seuls 6% des femmes ayant eu une fracture du col fémoral liée à l'ostéoporose débutent un traitement contre cette affection. (2) Comment expliquer ces chiffres alarmants et quelles perspectives

envisager pour une problématique grandissante ? Tel était le départ de mon questionnement.

Pathologie au carrefour des différentes spécialisations telles que la rhumatologie, la chirurgie orthopédique, la gynécologie et l'endocrinologie, l'ostéoporose confère au médecin généraliste un rôle central dans son dépistage et sa prise en charge. Par conséquent, le point de vue des MG sur la question du treatment gap mérite toute notre attention et il m'a semblé important de le récolter.

L'objectif de cet écrit est de déterminer, selon les généralistes, les raisons du manque de prise en charge de l'ostéoporose en médecine générale. La finalité est de mettre en lumière quelques pistes dans le but d'améliorer la prise en charge de l'ostéoporose et, de ce, fait réduire le treatment gap.

3.Méthodologie

3.1 Question PICO

Au préalable de la recherche littéraire, la question PICO a été formulée comme telle : *“Quels sont, selon les médecins généralistes, les éventuels freins à la prise en charge de l’ostéoporose ?”*

P : Médecins généralistes interrogés, en Province de Liège

I : Avis des médecins généralistes sur la problématique du treatment gap dans l’ostéoporose

C : Raisons évoquées dans la littérature pour expliquer treatment gap dans l’ostéoporose et pistes pour l’amender

O : Rechercher des pistes pour expliquer et ensuite réduire le treatment gap dans l’ostéoporose en médecine générale

3.2 Méthodologie de la revue de la littérature

3.2.1 Recherches bibliographiques

La recherche de littérature s’est étendue de novembre à avril 2021. Cette dernière s’est concentrée sur les données issues de Medline via PubMed. Les sites de la SSMG, du Belgian Bone Club (BBC) et de l’INAMI, ainsi que les revues Prescrire et Medi-Sphere ont été également consultés. (8,9,10,11,12,13) D’autres guidelines ont étoffé mon travail via les sites UpToDate et EBPracticeNet via la bibliothèque de la CEBAM (CDLH). (33) Une recherche dans la littérature grise via Google Scholar a également été réalisée. Le visionnage de deux e-learning des Pr. J. Body et E. Gielen, membres du BBC, sur les sites de la SSMG et de Braintop, et la participation à un Webinaire des Dr. D. Linsmaux et B. Jandrain sur le sujet ont aussi permis d’enrichir le questionnement. (2,3,14) Des données complémentaires sur la nomenclature de l’ODM ont été obtenues après contact par e-mail avec le Dr M. Moreira de l’Institut National d’Assurance Maladie-invalidité.

3.2.2 Critères de sélection

En s'inspirant de la question PICO, l'équation de recherche utilisée était "Osteoporosis OR osteoporotic fracture" AND "Treatment gap" AND "primary care physician OR general practitioner".

Cette première analyse s'est focalisée sur les abstracts et les titres des publications proposées ainsi que sur celles ultérieures à 2015, rédigées en français ou en anglais. Après lecture des différents articles retenus, une seconde recherche a permis un meilleur filtre des informations sauvegardées et réellement utiles pour la rédaction de ce travail. Des articles plus anciens ou abordant le sujet sous un angle différent, mais jugés pertinents pour ce travail, ont été également sélectionnés. De plus, les informations concernant la Belgique ont été privilégiées.

Enfin, quelques articles pertinents issus de la bibliographie des premiers articles choisis ont été en outre retenus.

3.2.3 Type d'étude et échantillon

L'enquête s'est déroulée du 12 février au 26 mars 2021. Elle consiste en une étude qualitative sous forme d'entretiens individuels semi-directifs d'une durée approximative de 15 à 30 minutes, auprès de dix médecins généralistes exerçant en Province de Liège, et plus particulièrement au sein du groupe GEF-DG. Les participants ont été sélectionnés au préalable en veillant à varier leurs caractéristiques socio-professionnelles pour une plus grande diversité de l'échantillon. Ils ont ensuite été contactés par téléphone afin de leur exposer les modalités de l'étude et de fixer un rendez-vous. Selon la bonne convenance des médecins, certaines interviews se sont déroulées à leur domicile en soirée, la plupart à leur cabinet en journée. Malgré le contexte du covid19, seul un entretien a dû se dérouler par vidéoconférence, tous les autres ont accepté de me recevoir en présentiel comme en consultation.

3.2.4 Recueil des données

Avec l'accord de chaque médecin généraliste interviewé, les entretiens ont été d'abord enregistrés avant d'être retranscrits verbatim dans leur intégralité. Les données ont ensuite été effacées. La chercheuse s'est engagée personnellement à garder l'anonymat des participants et la confidentialité des échanges en numérotant les retranscriptions par date.

Des questions principalement ouvertes ont été posées dans un ordre variable en fonction de la conversation et selon un guide d'entretien rédigé au préalable grâce à la documentation effectuée par la chercheuse, et structuré par thèmes : prévention, identification, traitement et suivi. Ce guide est consultable dans les annexes à la fin de ce travail (cfr Annexe 2). Chaque interview se clôturait par une question clef invitant à la réflexion sur la problématique du *treatment gap* dans l'ostéoporose en médecine générale et à la suggestion de pistes pour l'amender.

3.2.5 Analyse des données

Les entretiens ont été analysés individuellement, en regroupant les réponses thème par thème, puis en différentes catégories selon l'analyse par théorisation ancrée. Un parallélisme a notamment été réalisé avec les différents "gaps" définis dans la partie théorique de ce travail. Les résultats obtenus ont été ensuite confrontés à ceux de la recherche de littérature. Les biais de cet écrit sont mentionnés à la fin.

4. Résultats

4.1 Résultats de la recherche de la littérature

Les résultats de la recherche de littérature ont été utiles d'une part à l'élaboration du guide d'entretien consultable en annexe de ce travail, et d'autre part à leur confrontation avec ceux de l'enquête dans la partie discussion.

4.2 Contexte théorique

4.2.1 Guidelines utilisées

Au préalable de l'élaboration du questionnaire, différentes guidelines ont été consultées. (5,6,8,9,10,11,12,13,15,16) La chercheuse s'est attachée à privilégier lorsqu'elles sont disponibles, les recommandations belges et dans le cas contraire, les plus récentes considérant qu'elles sont plus adaptées au contexte actuel de notre pays. Il existe quelques différences entre les guidelines belges, françaises et américaines par exemple notamment concernant l'inclusion de la probabilité d'ostéoporose sur base des facteurs de risque (à l'aide de l'outil FRAX ou d'un autre score) dans la décision de traitement. La plupart des guidelines semblent se baser sur une démarche en deux étapes comportant d'une part l'évaluation des facteurs de risque et d'autre part une éventuelle mesure de la densité osseuse.

4.2.2 Trois types de patients

Les patients potentiellement concernés par l'ostéoporose peuvent être répartis en 3 groupes : les femmes en postménopause, les patients ayant présenté une fracture de fragilité et les patients avec un facteur de risque d'ostéoporose comme par exemple une corticothérapie au long cours, un trouble de l'absorption, une anorexie, une polyarthrite rhumatoïde.

4.2.3 Cinq types de gaps

Le “treatment gap” décrit ci-dessus s’exerce en réalité à plusieurs niveaux et peut dès lors se décliner en différents “gaps” qui, bien qu’ils se recoupent, structurent et composent le fil rouge de l’enquête :

- Le gap de prévention : une partie du problème s’explique par le peu de moyens déployés pour sensibiliser la population générale et les soignants à l’ostéoporose, et ainsi agir sur les facteurs de risque modifiables. Moins de 5% des coûts totaux générés par cette affection sont en effet alloués à sa prévention. Ce gap est directement lié au gap suivant.
- Le gap d’identification : il représente un gap important car il concerne non seulement le dépistage de l’ostéoporose en prévention primaire chez le patient à risque, mais aussi en prévention secondaire lorsqu’une fracture de fragilité est apparue. Il passe principalement par l’évaluation des facteurs de risque et la réalisation d’une ostéodensitométrie.
- Le gap de traitement : ce gap est à proprement parler le fossé entre les patients identifiés comme ostéoporotiques et ceux qui sont effectivement traités. Il repose non seulement sur des facteurs directement liés à la thérapeutique, mais aussi inhérents au soignant ou au patient.
- Le gap de suivi : il concerne surtout la prise en charge à long terme de l’ostéoporose avec le contrôle des ostéodensitométries à échéances, la réévaluation de la compliance au traitement et de sa tolérance, la pertinence de ce traitement et parfois la nécessité de changer de thérapeutique en fonction des objectifs atteints ou non.
- Le gap lié aux spécialistes : même s’il ne fait pas directement l’objet de ce travail et que la place du généraliste reste centrale, du moins en Belgique, dans la prise en charge de l’ostéoporose, certains spécialistes peuvent également manquer une occasion de dépister ou de traiter un patient.

4.2.4 L'outil FRAX

L'outil FRAX permet de calculer le risque fracturaire sur dix ans sur base de facteurs de risque, en y ajoutant éventuellement une valeur de T-score obtenue par ODM. Il est disponible sur le site <https://www.sheffield.ac.uk/FRAX/tool.aspx?country=18> et est adapté à la Belgique pour les patients de 40 à 90 ans. La Belgique était en 2013 selon l'étude SCOPE le pays européen où le FRAX était le plus souvent calculé. En cause notamment, l'obligation de l'intégrer au protocole de l'ODM pour en pondérer le résultat. (1)

Ce score est toutefois critiquable de par, entre autres, son aspect peu pratique en consultation, le nécessité d'adapter son interprétation en fonction de l'âge et le fait qu'il ne tienne pas compte de la dose de corticoïdes reçue. Il sous-estime également le risque fracturaire chez certaines catégories de patients telles que le patient sous traitement oncologique, le patient dialysé ou sarcopénique et n'intègre pas le risque de chutes.

Les valeurs seuils recommandées par le Belgian Bone Club dans son consensus de 2020 sont fixées à $\geq 20\%$ de risque de fracture ostéoporotique majeure et $\geq 3\%$ de risque de fracture de hanche pour les patients âgés de moins de 70 ans ou de $\geq 20\%$ de risque de fracture ostéoporotique majeure et $\geq 5\%$ de risque de fracture de hanche pour les patients âgés de plus de 70 ans. (5)

4.2.5 L'ostéodensitométrie

L'ODM par *dual photon X-ray absorptiometry (DXA)* est le gold standard pour dépister l'ostéoporose. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a d'ailleurs défini cette pathologie sur base du T-score obtenu via cet examen. En effet, un patient est considéré comme ostéoporotique lorsque son T-score est inférieur à -2,5 DS (déviations standard), autrement dit lorsque sa densité de masse osseuse (DMO) est inférieure de 2,5 DS par rapport à la DMO moyenne observée chez les adultes jeunes d'une population de référence, mesurée au niveau du col fémoral et de la colonne lombaire entre les vertèbres L2 et L4. (2)

En termes de radioprotection, une ODM expose le patient à une dose variable entre 0,003 et 0,010mSv (milisievert), équivalente donc au rayonnement naturel journalier en Belgique, et au moins dix fois inférieur à la dose reçue lors d'une radiographie pulmonaire. (2)

Même si la Belgique était en 2013 le pays d'Europe avec le plus de centres proposant l'examen par nombre d'habitants, son accès y est restreint en raison notamment de certaines conditions de remboursement. (1)

Depuis le 1er août 2010, l'INAMI prévoit un remboursement de l'ostéodensitométrie chez les patients présentant des facteurs de risques suivants : (7)

- Groupe 1 : les femmes de plus de 65 ans ayant des antécédents familiaux d'ostéoporose à savoir une fracture de la hanche chez un membre de la famille au premier ou second degré.
- Groupe 2 : quel que soit l'âge ou le sexe du patient si au moins un des facteurs de risque suivants est présent :
 - Fracture-tassement par fragilité (atraumatique) non oncologique de la colonne vertébrale
 - Antécédent de fracture périphérique par fragilité (atraumatique) à l'exclusion des fractures survenues aux doigts, aux orteils, au crâne, à la face ou à la colonne cervicale
 - Patients présentant une corticothérapie prescrite de plus de 3 mois consécutifs à un équivalent de >7,5 mg prednisolone/jour
 - Patients oncologiques sous thérapie antihormonale ou en ménopause à la suite d'une thérapie oncologique
 - Patients atteints d'au moins d'une des affections à risque suivantes :
 - Polyarthrite rhumatoïde
 - Hyperthyroïdie évolutive non traitée
 - Hyperprolactinémie
 - Hypogonadisme de longue durée (y compris orchidectomie thérapeutique ou traitement de longue durée par gonadotrophine-releasing-hormone)
 - Hypercalciurie rénale
 - Hyperparathyroïdie primaire

- Osteogenesis imperfecta
- Maladie/syndrome de Cushing
- Anorexia nervosa avec BMI <19kg/m²
- Ménopause précoce avant 45 ans

L'ODM est nécessaire pour l'accès à certains traitements. L'examen n'est cependant remboursé par la mutuelle qu'une fois tous les 5 ans. Son coût non remboursé s'élève en moyenne à 37€. (7)

4.2.6 Prévention

La prévention de l'ostéoporose à proprement parler comporte l'amélioration des facteurs de risque modifiables tels que le tabagisme, la sédentarité, les carences en vitamine D et calcium, la consommation d'alcool, et en prévention secondaire, l'ajout d'un traitement protecteur spécifique. D'autres médicaments influencent également la qualité de l'os de manière directe comme par exemple les glucocorticoïdes, ou indirecte en induisant une malabsorption du calcium. (15)

Les recommandations sont en général de garantir un apport en vitamine D de 800UI/J et en calcium de 1000-1200mg/j alimentaire de préférence, ainsi que de conserver une activité physique semi-intense d'une durée de 30 minutes, minimum 3 fois par semaine. (5,15)

Dans l'ostéoporose fracturaire s'y ajoute avec une place prépondérante la prévention de la chute chez la personne âgée avec le dépistage des difficultés à la marche (par exemple via le test "Timed up and go"), l'aménagement de l'intérieur et le tri des médications en se référant par exemple aux START/STOPP. (17)

4.2.7 Fracture liaison service

Les "Fracture Liaison Service" (FLS) sont des équipes de coordination dédiées à l'ostéoporose au sein des hôpitaux. Ces services ont pour objectif d'améliorer la prise en charge de l'ostéoporose chez les patients en post-fracturaire en misant sur le dépistage, l'initiation d'un traitement adapté et l'information au patient et à son médecin traitant. Plusieurs

études leurs reconnaissent une certaine efficacité pour réduire le treatment gap et notamment améliorer le suivi à plus long terme. (18) Même si son implémentation concerne davantage le milieu hospitalier, son succès passe également par la communication avec le MG.

4.2.8 Traitements anti-ostéoporotiques

Outre les traitements hormonaux de substitution (THS) et les modulateurs sélectifs des récepteurs aux œstrogènes (SERMs) pouvant être prescrits dans le cadre d'une ménopause, il existe deux grandes catégories de traitements spécifiques de l'ostéoporose : les anti-résorbeurs d'une part, comprenant les biphosphonates et le denosumab, et les anabolisants d'autre part comprenant le teriparatide et le romosozumab, ce dernier n'étant pas encore disponible en Belgique. (19) Actuellement, seuls les antirésorbeurs peuvent être prescrits par un médecin généraliste. Les recommandations réservent en général les anabolisants à des cas d'ostéoporose très sévères et pour un court laps de temps avant de le relayer par une autre thérapeutique. (5) Leurs formes sont aussi nombreuses que variées (administrations per os, intraveineuse, sous-cutanée, mais aussi quotidienne, hebdomadaire, mensuelle, biannuelle et même annuelle) et permettent un traitement individualisé qui peut améliorer la compliance. Leurs différentes contre-indications et durées de traitement ne sont pas détaillés dans ce travail et doivent être réévaluées au cas par cas, au bout de 3 à 6 ans pour les biphosphonates et au bout d'un à deux ans pour les anabolisants. (5) À noter que le denosumab doit être relayé par un biphosphonate à son arrêt pour éviter un effet rebond temporaire sur la perte de densité osseuse. (15) Leurs conditions de remboursement sont également variables, différent selon le sexe du patient et ont été récemment modifiées pour le denosumab qui ne peut être prescrit qu'après essai d'un traitement par biphosphonates ou d'une contre-indication à ces derniers.

4.3 Résultats de l'enquête qualitative

4.3.1 Participants et échantillonnage

Dix médecins généralistes ont accepté de participer à l'étude. Notons qu'un médecin a refusé car il ne souhaitait pas d'enregistrement audio. Il a alors été remplacé. L'échantillon comporte 60% d'hommes et 40% de femmes. A une exception près pour le cas de deux médecins interrogés au sein du même cabinet, le lieu et le type de pratique, ainsi que le nombre d'années d'exercice en médecine générale étaient volontairement variés. Dans un souci de cohérence avec le sujet qui demande une certaine expérience professionnelle dans le suivi du patient sur le long terme, aucun assistant n'a été inclus à l'échantillon. Le détail des résultats sont présentés dans le tableau ci-dessous.

Tableau 1 : caractéristiques socio-professionnelles des médecins généralistes interrogés

Médecins généralistes	Sexe	Nombre d'années de pratique en MG	Type de pratique
MG1	Homme	5-10	Association
MG2	Homme	35-40	Solo
MG3	Homme	0-5	Solo
MG4	Homme	5-10	Association
MG5	Femme	25-30	Association
MG6	Homme	35-40	Association
MG7	Femme	30-35	Solo
MG8	Homme	35-40	Solo
MG9	Femme	10-15	Association
MG10	Femme	35-40	Solo
Total: 10	6 hommes ; 4 femmes	Moyenne : 24,2	5 en solo ; 5 en association

4.3.2 Est-ce significatif ?

La majorité des généralistes interrogés s'accordaient sur l'importance de l'ostéoporose en termes de morbi-/mortalité même s'ils soulignaient que le lien avec la mortalité s'observe davantage chez les patients les plus âgés avec une fracture de la hanche :

- **MG 8** : « Ah, morbidité sûrement, oui mortalité aussi parce que quand tu as des fractures de hanche chez des personnes âgées connues pour être ostéoporotiques ou insuffisamment ou non traitées, on connaît les conséquences possibles. [...] J'ai déjà perdu des patients qui n'ont pas survécu à des fractures de hanche ou à l'opération et voilà. »
- **MG 9** : « Ça peut avoir un impact important point de vue morbidité si on ne la traite pas et si on ne la trouve pas tôt assez. Les patients qui ont des fractures surtout vertébrales dues à l'ostéoporose, ils sont impactés pour le reste de leur vie souvent par des douleurs chroniques. [...] Chez les patients très âgés, les statistiques montrent bien qu'à ce moment-là si un patient grabataire ou gériatrique est touché par une fracture due à l'ostéoporose, la mortalité est assez importante aussi. »

Pour certains, le lien avec la mortalité semblait moins direct :

- **MG 10** : « Mortalité, c'est moins évident parce là c'est un complexe de choses. [...] La mortalité est décalée par rapport à la fracture. »
- **MG 3** : « Morbidité oui, mortalité non, mais c'est significatif. »

4.3.3 Rôle du MG versus rôle du spécialiste

A la question du rôle du médecin généraliste dans la prise en charge de l'ostéoporose, tous s'accordaient sur le point suivant : l'implication du MG doit être centrale :

- **MG 1** : « En termes de prévention primaire c'est quand même nous les premiers normalement, alors même si on a peu le temps de le faire, on devrait. »
- **MG 7** : « C'est notre rôle de médecin généraliste, on doit avoir un rôle de dépisteur en médecine générale. Mais c'est vrai qu'il faudrait qu'on mette un peu plus l'accent sur le dépistage de l'ostéoporose »
- **MG 9** : « Je trouve que le rôle du généraliste, c'est tout ce qui nous vient en tête, si on a l'impression que ça devrait être fait, on peut le faire. »
- **MG 10** : « On est de toute façon le filet de récupération de tout le monde »

La médecine générale semblait toutefois partager cette pathologie avec diverses spécialités telles que la gynécologie, l'endocrinologie, la rhumatologie et autres branches de la médecine interne.

Dans certains cas, le spécialiste avait pu entamer une prise en charge, soit en agissant directement auprès du patient :

- **MG 6** : « *Les femmes au moment de la ménopause, elles sont beaucoup prises en charge par leur gynécologue. Donc on prolonge un peu les explications du gynécologue et puis alors on a quand même aussi la pris en charge qui est plus personnelle de la médecine générale.* »
- **MG 2** : « *Je dirais à peu près 50%. 50% des traitements je les initie. Et 50% des autres c'est plutôt le gynécologue, le rhumatologue...* »

Soit parfois en guidant le généraliste dans sa prise en charge, notamment dans le suivi dans des patients déjà traités :

- **MG 2** : « *Je me base un petit peu sur les densitos au cas par cas, et l'invitation par le spécialiste éventuellement à refaire un contrôle à une échéance bien déterminée, sinon le délai est en général de minimum 3 ans...* »
- **MG 5** : « *En général dans la région quand on fait une ostéodensitométrie, il y a quand même un médecin qui protocole avec "il faudrait faire ceci, il faudrait faire cela". Donc est déjà quand même guidé, et parfois j'ai reçu un protocole en disant ben voilà "elle a pris le PROLIA pendant autant d'années, il faudrait penser à l'enlever mais à remettre quelque chose d'autre".* »

Dans d'autres cas, non :

- **MG 8** : « *Moi j'ai deux cas de sarcoïdose pour l'instant, chez un jeune et chez un moins jeune, deux hommes ben qui sont tous les deux sous Medrol depuis un certain temps, mais le pneumologue n'a jamais évoqué, n'a jamais signalé "Ah il faudrait peut-être faire une densito", voilà bon. Et chez le plus jeune je ne l'ai pas proposé, mais chez le deuxième bien.* »

A contrario, le chirurgien n'était pas considéré comme un acteur clef du dépistage de l'ostéoporose :

- **MG 1** : « Je ne pense pas que ce soit spécialement le rôle du chirurgien. Le chirurgien, il répare. La prévention qui va autour, c'est pas son rôle à lui, je pense que c'est plus le nôtre que le sien. Donc quand on loupe un traitement comme ça de quelqu'un qui se fracture, ben c'est pas une erreur du chirurgien, je pense pas. C'est une erreur à nous parce qu'on n'a pas fait le suivi après. »

Certains déploraient néanmoins un manque d'attention dans les rapports de radiologie ou d'hospitalisation, où la présence d'une ostéoporose était rarement mentionnée :

- **MG 4** : « Souvent dans les rapports, on n'a pas les images. Il y a un protocole où le chirurgien met un diagnostic et qui ne met pas l'image ou le protocole de radiologie en copie. Il ne parle pas d'ostéoporose. [...] Une personne qui passe peut-être sous le radar, c'est la personne de 60 ans-là qui tombe, fracture du poignet où il n'y a pas de protocole de radio et on a "ostéoporose" nulle part, mais ce sont des gens qu'on ne voit pas directement après donc c'est un peu difficile de s'y retrouver. »

4.3.4 Freins à la prise en charge de l'ostéoporose en médecine générale

Agenda du patient

Le gap dans l'ostéoporose semblait aussi s'expliquer par son peu de pertinence dans ce qui peut être appelé "l'agenda du patient". Autrement dit, le patient, pas toujours informé, n'en fait pas une priorité étant donné le caractère silencieux de la maladie jusqu'aux complications.

- **MG 1** : « Les gens sont peu concernés euh parce que ce n'est pas une maladie qui fait mal. Du moins ça ne les n'interpelle pas beaucoup. Ils sont plutôt concernés quand il y a des complications... fractures, fractures de fatigue ou des choses comme ça, tassement vertébral, là ça joue. [...] Ils ne sont pas demandeurs d'examens complémentaires, c'est des examens pour chercher des choses pour lesquelles ils ne ressentent rien donc...et qui potentiellement n'est pas mortel en soi, donc c'est pas comme quand tu expliques à quelqu'un qu'il va boucher une artère au niveau de son

cœur, ça le touche plus que ben vous allez être tout déformé ou...vous risquez une fracture quoi. »

- **MG 6** : *« Les gens, quand tu leur dis d’aller faire un test pour l’ostéoporose “Quoi ? J’ai déjà été l’autre fois, ça m’a coûté 40 ou 50€”. Et on ne sent pas l’ostéoporose, c’est pas comme les gens qui ont de l’arthrose, qui ont mal, ou qui sont essoufflés. Les gens ne voient pas forcément l’intérêt de faire des examens, c’est pas quelque chose qui est pénalisant en soi quand tout va bien. »*
- **MG 8** : *« Les gens confondent arthrose et ostéoporose. Tout ça c’est un melting pot, ils ne savent pas très bien. »*

Agenda du MG

Un ensemble de freins faisaient partie de “l’agenda du médecin”. En effet, même si les MG interrogés mentionnaient d’emblée les profils à risque dans la prévention et le dépistage de l’ostéoporose, aborder le sujet en consultation était rarement prioritaire. La plupart profitaient d’un résultat de biologie ou d’un moment particulier de la vie du patient pour attirer son attention. Ils admettaient également qu’une fois cette occasion manquée, le sujet était rarement abordé avant l’apparition de complications.

- **MG 4** : *« Des profils types, je dirais. La femme ménopausée, de 50 ans, qui fume et avec un IMC assez bas, toute fine. [...] En termes de dépistage, j’aborde la question et j’en parle aussi dans la vingtaine. On introduit chez les gens une contraception souvent, donc dans la prévention primaire. Et aussi la prévention à partir de 50 ans, ou chez quelqu’un qui a une ménopause précoce. »*
- **MG 5** : *« Je pense que c’est souvent lors d’une chute qu’on se fait la réflexion sur l’habitat, les marches, la disposition, une barre dans la douche, une barre dans la toilette... mais en général c’est plus souvent quand il y a déjà eu une chute que qu’avant qu’ils ne chutent. Tant qu’ils ne chutent pas, on se dit que tout va bien. »*
- **MG 8** : *« Souvent, je demande déjà le dosage de la vitamine D dans n’importe quelle prise de sang de bilan global. [...] Et donc souvent, on est à un niveau bien en-deçà la plupart du temps. Donc j’en profite, j’embraye pour dire “Vous avez trop peu de*

vitamine D et à quoi ça sert, ben ça ne sert pas seulement à lutter contre le covid, mais aussi à préserver la bonne qualité des os. Et pour ça il faut aussi du calcium". »

- **MG 9** : *« Surtout chez les qui débutent leur ménopause. A ce moment-là on y pense. Parce que souvent si c'est pas à ce moment-là, souvent on attend des problèmes, on attend une fracture pour se poser la question et c'est dommage de trouver ça trop tard. »*

Ce constat était directement lié à la charge de travail qui leur incombe. Outre la contrainte de temps qui peut être limitante tant au niveau préventif que thérapeutique, les patients avaient généralement pris rendez-vous pour un autre problème.

- **MG 5** : *« Mais y a des fois des choses qu'on laisse tomber. Donc je pense que c'est parfois le manque de temps ou le fait que la consultation soit... euh on devrait prévoir des consultations probablement plus longues pour ce genre de situations par rapport à des gens qui viennent juste pour une angine où on ne pose pas... et même des gens qui viennent juste pour une angine, s'ils sont plus âgés, ben c'est le moment où on les tient et on devrait pouvoir faire ça mais on le fait pas parce qu'il y a beaucoup de monde et voilà. [...] Je pense que si je dois dire la raison qui fait que je ne le fais pas, c'est la charge de travail. Je dois le faire, mais pas aujourd'hui, il est déjà tard ou je suis en retard...ça ne devrait pas être un frein parce que, évidemment, ça a des conséquences. »*
- **MG 8** : *« Pendant des années, j'ai utilisé l'Aclasta. Je l'ai perfusé au cabinet moi-même donc c'était très régulier comme ça. [...] J'ai beaucoup moins de temps donc je ne crois pas que je vais continuer, mais je le faisais sinon. »*
- **MG 10** : *« Je pense que c'est vraiment parce qu'on a tellement de choses dont il faut s'occuper. Déjà rien que prendre ça en charge, ça vous prend une consultation complète. »*

La compliance

Les avis différaient concernant la compliance des patients au traitement. La question concernait principalement le calcium et la vitamine D tant en prévention primaire que secondaire.

Pour certains, la compliance était satisfaisante :

- **MG 2** : « *Je pense que la compliance est bonne de façon générale, c'est un sujet qui leur tient à cœur je pense, aux personnes âgées, et en particulier les dames. »*

Pour d'autres, elle pouvait être améliorée en stimulant le patient :

- **MG 3** : « *Il y a des oublis pour la vitamine D donc ça il faut bien répéter que c'est par semaine. Moi je dis souvent le dimanche matin au petit-déjeuner quoi. »*
- **MG 5** : « *Elle est moyenne, quand ils ont quelque chose comme un carbonate qui colle aux dents, ils ne suivent pas bien. Mais il faut parfois redemander et proposer une autre forme, un citrate ou un sachet, ou un autre goût, une autre forme pour un peu redynamiser le traitement.* »

D'autres encore étaient plus pessimistes sur ce point :

- **MG 6** : « *(La compliance est) mauvaise de toute façon. Parce que c'est pas remboursé, c'est pas spécialement bon marché, c'est embêtant parce que c'est tout le temps. Soit les gens trouvent que ça devient trop cher, soit ils en ont marre de prendre ces trucs-là [...] En plus je pense aussi que la longueur du traitement entraîne un désenchantement et une déshabitude. »*
- **MG 10** : « *Ils oublient tout le temps, ils se démotivent et c'est comme si on n'avait jamais rien dit. »*

Le concept de compliance était étroitement lié à la tolérance du produit :

- **MG 7** : « *Je trouve que le calcium n'est pas toujours bien digéré par les gens, ça les constipe. Du coup ils arrêtent. »*

Quelques pistes pour améliorer cette compliance avaient également été évoquées :

- **MG 8** : « *La compliance, c'est compliqué ça c'est clair. Alors je prescris en général des gélules de calcium à 1,25g. Là les gens sont obligés d'avoir une ordonnance pour bénéficier du tarif préférentiel. Les Steovit et autres qui sont assez chers, on n'a pas de contrôle sur le traitement. Tu ne sais pas s'ils en prennent, tandis que les gélules de calcium à 1,25g, là tu as plus d'emprise dessus. La vitamine D, elle va avec je vais dire à partir du moment où les gens prennent du calcium, je leur explique bien que s'ils ne*

prennent pas de vitamine D, ben ils jettent leur argent par les fenêtres tout simplement. »

- **MG 9** : *« J'adapte la forme au patient et en faisant ça, la compliance est bien meilleure. Il y a tellement de produits sur le marché qu'on peut utiliser que là j'essaie vraiment d'être systématique mais de quand même personnaliser, adapter au patient. »*

Craintes du patient

Le manque de compliance était parfois dû à certaines craintes de la part des patients. Selon certains MG interrogés, le patient avait, entre autres, pu être influencé par son dentiste :

- **MG 2** : *« Evidemment, il y a le problème de la nécrose dentaire donc ça c'est vrai. C'est un problème auquel les dames, plus souvent les dames, sont sensibilisées...et par l'intermédiaire de leur dentiste évidemment. »*
- **MG 6** : *« C'est le patient qui a entendu parler ou qui a lu des choses comme ça. Certains dentistes, à la limite ils induisent chez les patients l'idée qu'ils ont une ostéonécrose de la mâchoire alors qu'ils n'en ont pas »*
- **MG 9** : *« C'est pas le patient qui a des réticences, c'est son dentiste »*
- **MG 8** : *« Il y a toujours des patients réticents ou qui ne comprennent pas "Docteur, pourquoi je dois prendre ça ? Je ne sens rien". Mais je crois que quand on leur explique bien au départ d'une densitométrie positive, je pense que ça fonctionne. »*

Réticences du MG

De manière générale, les MG interrogés avaient peu de réticences à prescrire un traitement spécifique de l'ostéoporose :

- **MG 2** : *« A première vue non, c'est un domaine qui est assez sécurisant. »*
- **MG 5** : *« Non, c'est vrai qu'on a maintenant des formes beaucoup mieux tolérées au niveau gastro-intestinal. [...] Maintenant, on a de quoi mettre de manière plus sécurisée, oui. »*

- **MG 6** : « *J'ai pas de réticences du tout. Surtout, surtout avant. Et maintenant, je fais un peu plus attention parce qu'on m'a cassé les oreilles avec les ostéonécroses de mâchoire que moi personnellement j'ai jamais vues. Aussi souvent j'ai fait des traitements de l'ostéoporose, aussi rarement je ne l'ai jamais vu.* »

En effet, la question des potentielles réticences de la part des MG portait essentiellement sur l'ostéonécrose de la mâchoire, un des effets secondaires les plus graves pouvant être rencontré avec certains antirésorbeurs. Sur une dizaine de médecins interrogés, très peu avaient déjà rencontré un tel effet indésirable un jour dans leur pratique. Ces derniers soulignaient également qu'au vu de la rareté du phénomène, leur prescription n'en avait pas été influencée par la suite.

- **MG 9** : « *Oui j'ai eu 2 patientes, mais j'ai plein de patients sous biphosphonates donc c'est peu, je ne fais pas la statistique mais en 12 ans, 2 patients sur un nombre beaucoup plus important. Donc oui c'est un risque qui est là, qui est présent et il faut essayer d'éviter, de le minimiser mais j'ai eu beaucoup plus de cas de fractures de hanche et de tassements vertébraux dû à l'ostéoporose que d'ostéonécrose.* »

Ceux qui n'en avaient jamais rencontré (à des doses non oncologiques) étaient sensibilisés à ce risque qu'ils mentionnaient généralement d'emblée. Néanmoins, l'ostéonécrose de la mâchoire n'était pas une vraie crainte, excepté pour un MG qui disait avoir une vue biaisée car il a dans son entourage un chirurgien maxillo-facial.

Comme le soulignait un des généralistes :

- **MG 3** : « *Non, j'en n'ai jamais vu donc c'est pas forcément une crainte. Souvent les craintes, c'est quand ça nous est arrivé donc j'espère que ça ne m'arrivera jamais.* »

Certains médecins recommandaient systématiquement un contrôle dentaire avant d'initier un traitement, d'autres se contentaient d'une réponse du patient qui affirmait avoir vu son dentiste "dans l'année" ou "récemment".

- **MG 4** : « *De manière globale, je demande un check-up, enfin qu'ils aillent chez le dentiste avant.* »

- **MG 9** : « Je le fais aussi systématiquement et c'est important de voir son dentiste avant de commencer le traitement pour voir s'il y a un gros souci, s'il faut faire des traitements avant de débiter les biphosphonates. »

Le patient âgé

Sur ce point également, les avis divergeaient. Certains MG considéraient l'âge du patient comme une potentielle barrière à traiter l'ostéoporose, en se référant parfois à un "âge seuil" au-delà duquel il est inutile de prescrire.

- **MG 8** : « Au-delà de 80 ans je n'insiste plus trop. Je n'ai aucun patient en home par exemple qui est traité pour ça, sauf s'ils sont encore bien mobiles etc. et qu'ils vont promener dehors, je réfléchis. Mais je ne sais pas ce qu'on recommande actuellement. On a même dit à un moment donné que ça pouvait être néfaste. »

D'autres considéraient que le traitement pouvait justement apporter un réel bénéfice chez les plus âgés.

- **MG 9** : « Je crois que chez eux le fait de traiter est encore plus important parce que le risque de chute est plus important. »
- **MG 6** : « Des gens de 80 ans, je trouve que ça vaut encore vraiment la peine de les traiter. Et je les traite. [...] C'est rare que je recherche l'ostéoporose chez des gens de plus de 90 ans, là je fais un peu au coup par coup en pensant aux bénéfices et aux inconvénients. Mais des personnes de 75 ans sûrement, j'essaie de tous les traiter. »

Néanmoins, pour la majorité des MG, l'initiation d'un traitement était à nuancer au cas par cas en fonction du bénéfice et du risque au-delà d'un certain âge.

- **MG 1** : « Quand le patient est plus âgé, ben c'est en fonction du bénéfice et risque, faut voir si le bénéfice d'ajouter le médicament surplombe le risque de le donner. C'est au cas par cas. »
- **MG 5** : « Même si c'est conseillé, c'est vrai que quand on est vraiment en gériatrie profonde là, au-delà de 85 ans, je me dis parfois est-ce que ça a du sens ? Est-ce qu'on

va vraiment reconstruire de l'os ? Est-ce que c'est pas... Avantage-bénéfice-risque, enfin voilà. »

- **MG 10** : *« Certainement pas l'âge, au contraire. Mais la polymédication. »*

En effet, davantage que l'âge du patient, la polymédication ou la polypathologie étaient des freins à la prescription. Et ce notamment par rapport à une ostéoporose secondaire chez un patient sous corticoïdes :

- **MG 2** : *« On devrait avoir l'attention plus souvent attirée avec les corticoïdes mais on n'en donne plus beaucoup de corticoïdes par voie orale, c'est très rare. [...] Je devrais peut-être le faire, mais je n'y pense pas systématiquement. Par contre, je l'invite à faire une prise de sang et j'attire son attention sur l'apport en calcium et vitamine D si c'est une longue durée. »*
- **MG 4** : *« C'est vrai que les cortico, je n'y pense peut-être pas. Particulièrement les cortico inhalés. Maintenant les gens qui sont sous cortico, ils ont souvent d'autres problèmes... Je pense à une patiente, l'ostéoporose est son plus petit souci. Quand ils sont polypathologiques, ça devient compliqué. »*

Le flou

La prise en charge de l'ostéoporose était parfois considérée comme assez "floue" ou "compliquée" concernant les recommandations de traitement et de suivi, la durée de réévaluation et de répétition de l'ODM. Réel "flou" dans les guidelines, ou méconnaissance, manque de formation ? Cette question restait sans réponse.

- **MG 1** (En parlant du THS) : *« Je discute beaucoup avec les gynécos avant de commencer ce genre de truc » [...] Sinon je suis l'avis du rhumato parce qu'en fait, comme j'expliquais vu que c'est compliqué ».*
- **MG 4** : *« Prolia, c'est qu'il n'y a pas de recommandations claires enfin si on peut le passer. Il faut continuer à faire des demandes d'autorisation parfois ils ont une masse osseuse qui a repris, qui est bonne en fait et là c'est le genre de personne où on ne*

sait pas trop ce qu'on doit faire, continuer le traitement ou arrêter, il y a un peu un flou. »

- **MG 5** : *« On represcrit dans la cohue de la journée quoi, donc je pense qu'il faut qu'on soit mieux formé. C'est vrai que moi j'avais fait cette conférence parce que je ne savais pas très bien les différences et qui, que, quoi... »*
- **MG 9** (En parlant du suivi) : *« Là je suis peut-être un petit peu plus négligente parce que c'est quelque chose qu'on programme [...] Les spécialistes aiment bien les avoir tous les 2 ans, moi je trouve que c'est fort tôt s'ils ne sont pas très gravos, de toute façon si on fait déjà tout, même si ça se dégrade, on fait quoi d'autre ? En tout cas, pas avant 3 ans. »*

Notons enfin qu'un seul médecin déclarait utiliser régulièrement l'outil FRAX dans sa pratique. Les autres le connaissaient et le lisaient dans les protocoles d'ODM, certains d'entre eux ne le jugeaient pas adapté à leur pratique professionnelle.

Le coût

Enfin, le coût constituait un frein important à la prise en charge de l'ostéoporose, d'autant plus qu'il s'exerce à tous les niveaux : prévention primaire et secondaire, dépistage par ODM, traitement et suivi.

- **MG 2** : *« On est freiné aussi avec les conditions de remboursement. Chez les hommes je n'en parle même pas, mais c'est rare...Mais même chez les dames hein c'est pas évident, il faut moins de -2,5 de déviations standard. Tu peux le faire hein c'est pas ça, mais c'est pas remboursé. »*
- **MG 6** : *« C'est aussi lié au fait que tout est cher. Le traitement est cher, l'examen est cher donc toutes ces choses-là font que ça représente quand même un certain frein à la prescription mais surtout à l'observance. »*
- **MG 9** : *« C'est aussi en partie parce que la sécurité sociale ne le propose pas, et ne nous pousse pas à le faire. »*
- **MG 10** (En parlant de l'ODM) : *« Ça avait bien marché je pense jusqu'à il y a 5 ou 6 ans quand elle était mieux remboursée. A ce moment-là, ça commençait à être un réflexe comme la mammographie. On arrive à la ménopause, on fait son dépistage,*

on pense à ses os etc. Maintenant depuis que ça a été sorti du remboursement, c'est très, très vite tombé. »

Autres explications du TG et réaction opposée

Un MG interrogé s'étonnait de l'existence d'un TG chez le patient ayant présenté une fracture de fragilité. Selon lui, il s'agissait justement du cas simple et évident, qu'on peut dépister et traiter sans hésitation. Le patient, face à des complications concrètes pour lui, pouvait alors rapidement en comprendre l'enjeu.

- **MG 8** : *« La question me surprend un tout petit peu parce qu'il est clair que si j'ai un patient, [...] qui a une fracture pathologique où on détecte dans les suites de cette fracture une ostéoporose avérée, moi il ne va pas passer à la trappe, il va être traité rapidement. Donc je ne pense pas avoir loupé un cas de ce type-là. Non je ne crois pas, c'est vraiment important parce que là on peut expliquer aux gens ce qui s'est passé. »*

Il ajoutait que dans ce cas, une hospitalisation prolongée n'était pas source de manquement non plus :

- **MG 8** : *« Au jour d'aujourd'hui, quand tu es informatisé, même si ton patient fait un séjour en gériatrie tu as quand même des rapports qui tombent. Tu les lis même si tu ne vois pas ton patient qu'il est toujours là-bas, oui tu vois fracture ostéoporotique, tu te dis quand que quand il va revenir, si je le revois je ne vais pas le louper. »*

Pourtant, pour d'autres, l'hospitalisation pouvait constituer un frein. Le patient reste longtemps en ortho ou en gériatrie, et ensuite en revalidation, et lorsqu'il revoit son MG, d'autres impératifs peuvent devancer le problème d'ostéoporose.

- **MG 4** : *« C'est souvent des prises en charge à l'hôpital, c'est des hospitalisations plus longues. Le patient revient à domicile et il y a d'autres choses à prendre en charge dans un premier temps, je dirais. »*

D'autres hypothèses pour expliquer le TG avait été également avancées. Par exemple, le manquement était probablement plus important encore chez l'homme par un manque de sensibilisation ou d'accès au traitement :

- **MG 2** : « *On est freinés aussi avec les conditions de remboursement. Chez les hommes je n'en parle même pas. (L'ostéoporose) existe aussi chez les hommes mais c'est beaucoup plus rare. »*

4.3.5 Autres solutions évoquées

Lors des interviews, les MG avaient spontanément évoqué plusieurs solutions pour réduire le TG en développant les différents freins. Certaines, déjà décrites ci-dessus, comprenaient l'amélioration de la communication avec les spécialistes, l'accès plus aisé au remboursement des traitements et des ODM, une meilleure sensibilisation de la population générale et des soignants, passant dans ce cas par une meilleure formation, un temps accordé pour pouvoir parler de la prévention en consultation avec les patients "chroniques", l'individualisation du traitement de prévention au cas par cas afin d'en augmenter la compliance. D'autres solutions potentielles concernaient encore la nécessité de tenir un DMI à jour et peut-être d'y intégrer des "red flags".

- **MG 2** : « *Il faut qu'on y pense plus. Parce qu'il y a des solutions...je pense que dans les dossiers, on doit être plus systématiques dans le fait d'encoder les antécédents correctement...il y a eu une fracture, la personne est ménopausée, voilà d'avoir des points d'alarme, qui nous permettent de dire ben si quelqu'un est à risque, il faut qu'on fasse quelque chose. »*
- **MG 9** : « *Je trouve que c'est très important et que c'est un outil qui peut nous aider si on l'utilise convenablement, mais je reconnais que ça prend un peu de temps si on n'a pas l'habitude. [...] Mais je trouve que nous en tant que jeune médecin, il faut qu'on l'utilise parce que va faciliter le travail. »*

5. Discussion

La présente étude a permis de répertorier les freins à la prise en charge de l'ostéoporose selon les médecins généralistes et, au préalable, de vérifier la pertinence de ce sujet dans leur pratique.

5.1 Une problématique jugée pertinente en médecine générale

Il semblait pertinent de vérifier l'intérêt du sujet en médecine générale et auprès des médecins interrogés au préalable de discuter du treatment gap et en guise d'introduction. En effet, l'existence d'une littérature contradictoire qui présente l'ostéoporose comme le vieillissement physiologique de l'os et qui concentre les efforts dans la prévention des chutes uniquement peut semer le doute. Ainsi en 2015, les auteurs scandinaves Järvinen LN. et Michaëlsson K. minimisent le rôle de l'ODM et remettent en cause la balance bénéfices-risques des traitements anti-ostéoporotiques. (20,21) Ils appellent à se concentrer uniquement sur des mesures de prévention des chutes. Avec plus de nuances, la Revue Prescrire considère l'ODM comme inutile en l'absence de fracture de fragilité, argumentant qu'il n'existe pas de preuve suffisante de bénéfice dans ce cas précis. (22,23,24) Même si les patients en post-fracturaire sont effectivement les plus à risque sur lesquels le dépistage devrait être ciblé, ces messages vont à l'encontre des différentes recommandations belges et internationales qui préconisent l'ODM chez tout patient dont l'évaluation préalable des facteurs de risque le justifie, en prévention primaire donc également. La Belgique a d'ailleurs choisi de rembourser cet examen sous condition tenant compte de certains éléments non fracturaires comme listés plus tôt dans ce travail. À l'heure actuelle, il convient donc d'aligner la prévention des chutes à celle de l'ostéoporose. Ces deux versants sont bel et bien complémentaires. (25)

Dans l'étude, la majorité des MG sont sensibilisés à la problématique de l'ostéoporose et à ses répercussions en termes de morbidité comme décrit dans les résultats. Ils soulignent avec exactitude que le plus haut taux de morbi-/mortalité est visible après une fracture de la hanche chez la personne âgée. Cette assertion est soutenue par les données épidémiologiques consultables en introduction. Plus étonnant sans doute, l'espérance de vie

après une fracture de la hanche chez la personne de plus de 75 ans tend à ne jamais se normaliser, elle reste en effet inférieure à celle des patients sans antécédent fracturaire ostéoporotique sur le long terme. Des études ont comparé la morbidité dans les différentes affections chroniques. L'ostéoporose se place alors au niveau des cancers, syndrome parkinsonien, diabète et sclérose en plaque. (3)

Tous les médecins interrogés dans le cadre de ce Travail de fin d'Etudes jugent que la prise en charge de l'ostéoporose fait partie de la médecine générale. Ce constat est cohérent avec les données épidémiologiques de SCOPE 2013. (1) Cette étude sur les 27 pays de l'Union Européenne révèle qu'en Belgique comme dans 14 autres états membres, le médecin généraliste occupe la première place dans la prise en charge de l'ostéoporose, réservant les cas plus complexes, d'ostéoporose secondaire, ou concernant par exemple les hommes aux spécialistes. Ainsi en Belgique, derrière le MG, sont retrouvés dans un ordre prioritaire la rhumatologie, la gynécologie, l'endocrinologie, la médecine physique et enfin d'autres branches de la médecine interne. Cette dernière donnée concorde également avec l'avis des généralistes interrogés qui n'attendent pas nécessairement de participation du chirurgien orthopédiste dans la prévention primaire ni secondaire de cette affection, mais collaborent plus volontiers avec d'autres spécialistes dans ce cas. Il est intéressant de noter que les rôles des différents soignants diffèrent selon les pays. En Allemagne par exemple, l'ostéoporose relève principalement de la compétence des orthopédistes qui semblent y être les mieux formés. Ailleurs, comme au Danemark, la pathologie fait l'objet d'une sur-spécialisation pouvant être embrassée par les gériatres ou d'autres internistes. (1)

5.2 Les freins

Conformément aux données de la littérature sur le treatment gap, la présente étude met en évidence certaines difficultés rencontrées par les MG concernant la prise en charge de l'ostéoporose. Ces difficultés peuvent constituer des obstacles à son dépistage, son traitement et son suivi. Elles sont confrontées séparément aux données de la littérature.

5.2.1 Pas toujours une priorité, ni pour le patient, ni pour le MG

Que ce soit par manque de sensibilisation de la population ou des soignants, surcharge de travail ou addition d'autres problèmes de santé, l'ostéoporose peut souvent être reléguée au second rang des priorités. Pour ce point, il est intéressant de comparer les résultats obtenus du point de vue des MG interrogés à ceux de la littérature sur le point de vue des patients.

En effet, une étude de cohorte parue en 2018 dans le Journal of Rheumatology interrogeant des patients de plus de 50 ans avec un antécédent de fracture de fragilité et non dépistés pour l'ostéoporose, répertorie les raisons suivantes de ce manquement : les patients ne jugent pas nécessaire de revoir leur MG ni utile de le déranger pour une fracture, parfois ils ne l'ont pas consulté par manque de temps, certains l'ont revu sans en parler au vu de l'addition d'autres problèmes de santé jugés prioritaires, parfois le MG leur a dit que l'ODM était inutile dans leur cas, ou il leur a prescrit des suppléments en vitamine D et en calcium sans ODM, dans d'autres cas encore, les patients ont refusé le traitement, ne l'ont jamais débuté ou l'ont interrompu soit par oubli, soit par crainte ou expérience d'effets indésirables attribués aux anti-ostéoporotiques. (26) Cette étude permet également de mettre en évidence l'importance de questionner le patient sur chaque frein pour le contourner en y apportant une réponse spécifique. Donc l'identification des obstacles auprès des patients est associée à un meilleur dépistage et suivi du traitement et participe à réduire le treatment gap. (26)

Il existe effectivement, un parallélisme avec les hypothèses avancées par les MG interrogés. Selon eux, l'ostéoporose n'est pas la priorité du patient qui, en raison sans doute d'un manque d'information, de fausses croyances et du caractère silencieux de la maladie jusqu'aux complications, n'en mesure pas l'importance. D'autre part, le généraliste dans son emploi du temps chargé, fait souvent face à d'autres problèmes à gérer tels que l'antalgie, des cas de polypathologie, ou dispose de peu de place pour la prévention. Il s'écoule parfois un long délai avant que le patient ne soit revu en consultation.

5.2.2 Mal informés, peu compliant

Au-delà du gap de traitement, il existe un gap de suivi avec une faible compliance observée autant en prévention primaire avec les suppléments en calcium et en vitamine D, qu'en prévention secondaire avec les anti-ostéoporotiques spécifiques. En témoignent ces chiffres concernant les biphosphonates : seuls 20 à 25% des patients les prennent toujours après un an, et parmi ceux qui continuent, le taux de compliance est de l'ordre de 60%. (27)

Les MG interrogés pointent aussi ce problème, même si une minorité d'entre eux jugent la compliance satisfaisante. Les raisons évoquées sont diverses : manque de sensibilisation à cette pathologie qui demeure silencieuse, faible tolérance de certains suppléments calciques notamment, manque de contrôle sur les suppléments non soumis à prescription donc non mentionnés du renouvellement des médicaments, coût, prise hebdomadaire pouvant être source d'oubli. En effet, la fréquence d'administration variable peut être considérée comme un avantage dans certains cas, mais exige malgré tout une organisation.

En 2016, une étude transversale a interrogé des patientes ostéoporotiques de plus de 55 ans qui ont soit interrompu, soit changé leurs biphosphonates oraux sur le rôle des effets indésirables, de l'implication de leur médecin généraliste et de leur perception sur le manque de compliance au traitement. (27) Les raisons principales de leur manque d'adhésion thérapeutique comprennent : des effets indésirables gastro-intestinaux ou autres, des recommandations du médecin traitant, des inquiétudes par rapport à certains effets secondaires rares mais graves tels que l'ostéonécrose de la mâchoire ou la fracture fémorale atypique, des gestes dentaires pour lesquels ils ont interrompu la médication sans la reprendre ensuite. Certains patients ont préféré arrêter le traitement car ils n'en perçoivent pas "directement" le bénéfice. Cette étude permet de mettre en évidence le rôle de facteurs intrinsèques à la médication, liés au patient ou au médecin dans la faible compliance aux biphosphonates oraux. (27) Elle donne également quelques pistes pour l'améliorer, tel que la recherche de traitements mieux tolérés, avec principalement moins d'effet gastro-intestinaux, une plus grande implication du médecin pour motiver le patient et informer plus justement sur les bénéfices et risques, la possibilité d'individualiser le traitement grâce à l'arrivée sur le marché de médicaments très variés de par leur fréquence et mode d'administration et d'impliquer le patient dans ce choix et dans sa prise en charge,

notamment en visant les mesures hygiéno-diététiques. Ces solutions se recoupent avec celles citées par les MG interrogés, et renvoient à la notion d'information du patient.

En effet, au-delà du gap de compliance, il existe un gap d'information important comme en témoigne par exemple l'arrêt du biphosphonate par le patient qui n'en a pas perçu le bénéfice. Ce constat laisse penser qu'il a été insuffisamment informé par le soignant sur le but des anti-ostéoporotiques. Une revue systématique de la littérature parue en 2018 s'est attachée à repérer les gaps d'information auprès des patients pour améliorer le suivi dans l'ostéoporose. (28) Les patients demandent plus d'information sur la nature de la maladie, ses symptômes et son pronostic, mais également sur le rôle de l'ODM et les différents traitements existants avec leurs effets indésirables. Les consultations se focalisent principalement sur la pharmacologie, et trop peu sur les mesures non pharmacologiques et conseils pour le quotidien. Il est également nécessaire de dépister les fausses croyances, notamment sur les éventuelles précautions à prendre pour vivre suite à un tassement vertébral. En effet, sans être correctement informé à ce sujet, le patient peut développer des craintes exagérées et restreindre à tort ses activités jusqu'à induire une sédentarité et d'autres conséquences psycho-sociales. (28) Dans l'enquête de ce travail, un médecin signale que les patients confondent "arthrose" et "ostéoporose", s'attendent donc à des "douleurs d'ostéoporose" et peuvent également mélanger leurs anti-ostéoporotiques avec leurs suppléments calciques. Quoi qu'il en soit, selon l'étude, le manque d'information altère la compliance et même la qualité de la relation médecin-patient. L'attitude du soignant, ayant l'air plus ou moins désintéressé ou renseigné sur le problème d'ostéoporose, et au demeurant, la perception qu'en a le patient influencent également la manière dont l'information sera reçue et analysée. Le contexte dans lequel l'information est transmise joue également un rôle. Comme le mentionne un MG interrogé, la surcharge de travail ne permet pas toujours d'aborder ces thèmes de prévention, du moins de façon adéquate et complète. Il propose de dégager du temps exclusivement pour les prises en charge de patients chroniques nécessitant une vision transversale du dossier. Un outil pour pallier le manque de temps, serait de renvoyer le patient vers le site <http://www.mongeneraliste.be> assez complet sur le sujet de l'ostéoporose entre autres. (29) Un bémol concerne cependant la clarification du problème d'ostéonécrose de la mâchoire, redouté par certains patients mais non mentionné à ce jour sur le site.

5.2.3 Davantage de réticences du patient que du MG

Une hypothèse au gap de traitement lors de l'élaboration du guide d'entretien était celle des réticences des médecins à initier un traitement à cause du risque d'ostéonécrose de la mâchoire. En effet, conjointement à l'arrivée en pharmacie de nouveaux traitements de formes différentes permettant d'éviter la prise orale journalière, différents médias ont pu alerter tant la population générale que les soignants sur ce problème et ainsi influencer l'opinion.

Dans l'enquête, les MG se disent pourtant globalement rassurés concernant la sécurité des traitements spécifiques de l'ostéoporose. Ils mentionnent toutefois les effets gastro-intestinaux et des problèmes de tolérances attribués aux suppléments calciques. Ils signalent d'emblée le risque d'ostéonécrose de la mâchoire même si seule une minorité d'entre eux en ont rencontré à des doses non oncologiques. Ces derniers déclarent ne pas avoir modifié leur prescription suite à ces incidents, conscients du fait que la fracture ostéoporotique reste considérablement plus fréquente que cet effet secondaire grave.

Davantage de craintes sont relevées de la part des médecins chez les patients qui, souvent informés par leur dentiste, ont des inquiétudes par rapport à l'ostéonécrose. Souvent, le MG envoie le patient chez le dentiste pour un contrôle avant initiation. Parfois, la comparaison des incidences respectives des effets indésirables graves et des fractures de fragilité suffit à atténuer les doutes. En effet, le taux d'incidence de l'ostéonécrose de la mâchoire sous traitement anti-ostéoporotique varie entre 1/100 000 et 1/10 000 patient-années. Celui de la fracture fémorale atypique, autre effet indésirable redoutable et rare, est de 3,2 à 50/100 000 patient-années. (13) Dans la même étude de 2016 concernant les raisons du manque de compliance par les patients, est mentionné l'interruption du traitement avant un geste dentaire, sans le reprendre ensuite, que ce soit sur conseil du médecin ou du dentiste. (27) Or, selon l'American Society of Bone and Mineral Research (ASBMR), l'arrêt des biphosphonates avant un geste dentaire ne semble pas diminuer le risque d'ostéonécrose mais a des conséquences sur l'ostéoporose, et n'est dès lors pas recommandé. Une exception concerne la prise de biphosphonates depuis plus de 4 ans ou concomitante à la prise de corticoïdes. Il convient dans ce cas de stopper le médicament un mois à l'avance et de le reprendre après guérison totale. De plus, un contrôle dentaire systématique avant

initiation d'un traitement n'est pas recommandé non plus. Toutefois, si un geste dentaire invasif devait être déjà programmé, il est recommandé de retarder l'initiation du traitement à la fin de la cicatrisation totale, voire quelques mois plus tard. (13) Certains facteurs augmentant le risque d'ostéonécrose de la mâchoire sont toutefois à garder à l'esprit : une mauvaise hygiène bucco-dentaire, la durée prolongée du traitement, un antécédent d'irradiation de la mâchoire, la prise de corticoïdes, le tabagisme, un diabète, une affection parodontale, des gestes invasifs tels que des extractions dentaires ou la pose d'implants. Dans tous les cas, le patient doit être informé de ce risque.

Outre les éventuelles inquiétudes concernant ces effets secondaires rares mais dramatiques, certains MG interrogés ont des réticences à prescrire un traitement spécifique de l'ostéoporose chez le patient gériatrique ou polypathologique, redoutant alors le risque augmenté d'intolérance, notamment gastro-intestinale. L'arrivée d'alternatives aux bisphosphonates oraux contre-indiqués dans certains cas de lésions œsophagiennes et fausses déglutitions peut dès lors y remédier.

5.2.4 Le patient âgé, (grand-) parent pauvre de l'ostéoporose

Comme décrit précédemment, les conséquences de l'ostéoporose en termes de morbi-/mortalité et de coût sont considérables, et ce d'autant plus dans le cadre d'une fracture du col fémoral chez un patient âgé. Les MG de l'enquête en sont bien conscients. Selon la littérature, le risque de fractures ostéoporotiques va augmenter de 24% entre 2010 et 2025. (4) Ces changements sont directement liés au vieillissement de la population. Pourtant, malgré une incidence de l'ostéoporose qui augmente en fonction de l'âge, les personnes âgées sont largement sous-diagnostiquées et sous-traitées. Plusieurs explications à ce phénomène sont citées : le traitement serait jugé inutile au-delà d'un certain âge, une balance bénéfice-risques défavorable, des obstacles dus à la polymédication et à la polypathologie, et toujours le manque de compliance et le coût.

Même si les avis des MG interrogés diffèrent sur ce point comme décrit dans les résultats, réduire le gap chez ces patients reste un challenge. En effet, le patient âgé avec une fragilité osseuse doit être considéré comme "fragile" d'un point de vue gériatrique avec de potentielles difficultés lors de la revalidation post-fracturaire, des comorbidités qui peuvent

augmenter le risque d'effets indésirables et donc limiter les options thérapeutiques, une incidence élevée des récives, un risque plus élevé de déclin fonctionnel et d'institutionnalisation ensuite, et donc une morbi-/mortalité accrue. Si l'incidence de l'ostéoporose augmente avec l'âge, il en va de même pour le risque de chutes et l'incidence des fractures de hanche. Ainsi, le type de fracture de fragilité varie également en fonction de l'âge étant donné que la perte de l'os cortical s'accélère encore après 75 ans et expose donc le patient à davantage de fracture de hanche (alors que le risque de tassement vertébral survient plus tôt dans la vie parallèlement à la perte de l'os trabéculaire). A 80 ans, l'incidence cumulée de la fracture de hanche atteint les 30%, celle du tassement vertébral est alors proche de 40%. (6) Ces différents facteurs intriqués exposent la personne âgée avec une fragilité osseuse à de plus lourdes conséquences. Pourtant, la proportion du coût total de l'ostéoporose allouée à sa prévention passe de 5% toutes tranches d'âges confondues à moins de 3% lorsqu'il s'agit des patients de plus de 80 ans. (3) Il serait en outre nécessaire de disposer de plus de données rassurantes sur la sécurité des traitements dans cette population. En effet, la plupart des études de sécurité des traitement anti-ostéoporotiques incluent des patientes de 70 à 75 ans, avec peu de comorbidités.

En 2017, le BBC a émis une série de recommandations sur la prise en charge de l'ostéoporose chez différentes catégories de patients fragiles, dont les plus âgés chez qui le bénéfice de traiter existe encore. (6) Il convient de tenir compte de certaines spécificités gériatriques souvent liées à la polymédication et à des comorbidités limitant la tolérance des traitements, comme par exemple le risque de fausses déglutitions et de lésions œsophagiennes contre-indiquant les biphosphonates oraux, et d'axer la prise en charge sur les mesures non pharmacologiques de prévention des chutes, maintien d'une activité physique et d'une alimentation équilibrée.

Les suppléments en calcium et en vitamine D sont primordiaux chez le patient âgé. En effet, si la proportion de patients carencés en vitamine D (avec une concentration en vitamine D inférieure à 10ng/ml) est de 2 à 30% selon les endroits pour la population générale, elle avoisine les 80% chez les patients en MRS. À partir de 70 ans, une dose quotidienne de 800 UI pour atteindre une concentration minimale de 20ng/ml est recommandée. (6)

En conclusion, l'ostéoporose chez le patient âgé est un challenge qui devrait être au centre des préoccupations au vu du changement démographique que nous connaissons. Les

mesures non pharmacologiques, la prévention des chutes et la prise de suppléments en calcium et en vitamine D sont essentiels. Ajouter un traitement anti-ostéoporotique spécifique chez le patient âgé avec une ostéoporose avérée peut diminuer le risque de tassement vertébral, et probablement de fracture du col fémoral. Chez les patients gériatriques avec une fragilité osseuse documentée, le traitement serait même plus efficace que chez les plus jeunes. (6) Malgré certaines spécificités liées à la personne âgée, le traitement peut être prescrit avec des données malgré tout rassurantes quant à la sécurité. Il est important d'impliquer le patient, son entourage et le MG dans cette prise en charge.

5.2.5 Le FLS, une solution pour les patients en post-fracturaire ?

Comme décrit plus haut, le Fracture Liaison Service (FLS) est une équipe pluridisciplinaire qui œuvre transversalement au sein des hôpitaux pour évaluer la fragilité osseuse des patients qui présentent une première fracture de fragilité, et leur permettre de recevoir les soins nécessaires à la prévention de fractures ultérieures. (30) Ces services voient le jour dans le contexte des patients orthogériatriques en Ecosse, fin des années 90 déjà. (31) Selon les études, ils permettent de diminuer de 30% le risque de seconde fracture et sont donc efficaces en prévention secondaire. Une autre étude indique que le Number Needed to Treat (NNT) est de 20, autrement dit il serait nécessaire de traiter 20 patients pendant trois ans pour éviter une récurrence fracturaire. (31)

Même si le FLS sort a priori du cadre de la médecine générale, le MG reste indispensable à son succès. En effet, une de ces missions est de sensibiliser et d'informer le patient mais aussi son MG dès l'identification de la fragilité osseuse et de collaborer pour garantir un suivi adéquat. Or, certains généralistes interrogés déplorent un manque de communication de la part des spécialistes dans les rapports d'hospitalisation ne mentionnant pas l'ostéoporose. De plus, l'étude de Rontondi NK et al. en 2018 révèle un manque de sensibilisation des patients qui ne jugent pas nécessaire de revoir leur MG en post-fracturaire.

Un exemple concret de FLS voit le jour en 2015 au CHU Brugmann. Dans un article de la Revue Médicale de Bruxelles, le Dr S. Cappelle, gériatre co-responsable de ce service, en décrit les missions de la manière suivante : 1) identification des patients à risque via la révision hebdomadaire des admissions pour fractures ; 2) évaluation du risque fracturaire en

collaboration avec le gériatre et le rhumatologue, en hôpital de jour gériatrique, via l'outil FRAX, l'ODM, la recherche des facteurs favorisant les chutes et d'autres examens si jugés pertinent au cas par cas, par exemple pour exclure une ostéoporose secondaire, kiné de revalidation à la marche et initiation d'un éventuel traitement spécifique avec demande de remboursement au médecin conseil ; 3) sensibilisation des patients, de leur entourage, et de leur médecin traitant via un appel téléphonique précédant un courrier détaillé en termes de fragilité osseuse. Les patients sont revus en consultation trois mois et un an plus tard, et le médecin généraliste est recontacté par téléphone également. (18)

Ce service permettrait donc de pallier les gaps d'identification, de traitement et surtout de suivi en sensibilisant notamment à la fois le patient et son entourage et le médecin généraliste au problème d'ostéoporose sous-jacent à la fracture. Il n'y a malheureusement pas de données disponibles sur l'évaluation du projet en question.

5.2.6 DMI et red flags

Les généralistes interrogés désignent l'intérêt d'avoir des "red flags" rappelant l'intérêt de dépister l'ostéoporose chez certaines catégories de patients. Qu'ils soient plus prégnants dans l'esprit du MG grâce à une meilleure sensibilisation ou à une formation enrichie, ces red flags peuvent ne pas suffire à remédier au gap d'identification. La notification précise dans le DMI de certains facteurs de risque surajoutés est une piste évoquée par les MG de l'enquête. Certains programmes fournissent probablement déjà des rappels et des alarmes de prévention selon l'un d'entre eux.

Dans cet ordre d'idée, une étude réalisée en 2013 en France montre l'efficacité d'un système de rappels via des notifications envoyées au patient de plus de 50 ans avec une fracture de fragilité et/ou à son MG sur la réduction du treatment gap. (35)

5.2.7 Flou et trop complexe pour la pratique

Une méconnaissance ou un manque d'application des guidelines peut résulter de leur complexité. Certains MG interrogés accusent le flou qu'il existe notamment dans les

différents délais de répétition des ODM, variables en fonction des thérapeutiques. Alors qu'il est présent dans la plupart des guidelines, rares sont ceux qui utilisent l'outil FRAX dans leur pratique quotidienne.

Selon l'ASBMR en 2020, la durée optimale de traitement chez le patient avec une fracture de fragilité n'est pas connue. Il existe des recommandations au cas par cas. La plupart des guidelines réévaluent cependant la densité osseuse après 3 à 5 ans en tenant compte d'une part, de la durée de demi-vie du traitement dans l'os, et d'autre part, des risques d'effets indésirables à long terme. (15) Une fenêtre thérapeutique généralement envisagée, complexifiant sans doute encore davantage la prise en charge et le suivi.

Dans la littérature grise, un médecin français a interrogé dans le cadre de sa thèse des MG bretons sur la prise en charge de l'ostéoporose post-ménopausique au départ de cas cliniques. Son travail met en évidence un manque de connaissance d'applicabilité des guidelines françaises. 60% des MG déclarent qu'elles ne sont pas adaptées à leur pratique professionnelle car ne tiennent pas compte de la réalité du terrain. (25) Or, elles se rapprochent des guidelines belges et internationales, un parallèle peut dès lors être réalisé dans notre pays.

L'étude française EPIFRACT interroge cette fois en 2020 des patients de plus de 50 ans ayant subi une fracture de fragilité sur leur prise en charge. À nouveau, les résultats démontrent que les recommandations ne sont pas appliquées et qu'il est donc urgent d'améliorer la communication (via les FLS par exemple), la formation et la sensibilisation à leur propos. (30)

Le flou s'exerce aussi au niveau des bénéfices réellement apporté par les biphosphonates. En effet, l'encre continue de couler quant à leur potentiels effets sur la réduction de la mortalité chez les patients traités. Une récente méta-analyse de MINERVA conclut que même si la diminution du risque fracturaire grâce aux biphosphonates est bien documentée, la réduction de la mortalité n'est pas significative. Dans la revue Medi-Sphere de septembre 2020, le même constat désigne la nécessité de disposer de davantage d'études de cohorte pour clarifier ce point. (31)

5.2.8 Du portefeuille du patient au gouffre financier de l'état

L'aspect financier est un obstacle fréquemment cité par les MG de l'enquête. Il intervient en effet à tous les niveaux de la prise en charge de l'ostéoporose : prévention, identification, traitement et suivi. Effectivement, l'ostéodensitométrie est d'une part nécessaire au remboursement de certaines spécialités pharmacologiques, et d'autre part, remboursée sous conditions une fois tous les cinq ans comme décrit plus tôt dans la partie théorique de ce travail. De plus, en fonction du traitement choisi, l'ODM doit être répétée à échéances variables et souvent plus rapprochées. La Belgique est de loin le pays membre de l'Union Européenne doté du plus grand nombre de centres proposant cet examen par nombre d'habitants. Le délai d'attente moyen jusqu'à sa réalisation est de 14 jours. (1) Son accès y est toutefois plus restreint qu'ailleurs, probablement en raison des conditions requises imposées par l'INAMI. La politique de remboursement de l'ODM s'appuie, de manière variable en fonction des pays, tantôt sur l'âge du patient, tantôt sur la présence d'un antécédent fracturaire ou encore de la prescription par un médecin spécialiste. Dès lors, en Belgique, le patient à faible risque fracturaire ou ayant déjà bénéficié d'un examen dans les cinq ans ne sera pas remboursé. D'un autre côté, le gouvernement dépense déjà 606 millions d'euros chaque année pour l'ostéoporose et la morbidité qui en résulte, soit 1,5% du coût total des soins de santé. Or, la moyenne européenne est de l'ordre de 3% des coûts totaux en santé. (1) La Belgique n'en ferait-elle donc pas, contrairement à certains voisins, une priorité ? Comme détaillé plus haut, seuls 5% de ces coûts sont octroyés à la prévention. Cette dépense est légèrement supérieure à celle du traitement du diabète (sans ses complications) et va s'accroître avec le changement démographique. Les 150 millions d'euros dépensés rien que pour l'ostéoporose fracturaire seront multipliés d'un facteur 7 d'ici 2050. En effet, même si la fracture du col fémoral ne représente que 14% de toutes les fractures dites de fragilité, elle à elle seule responsable de 92% des frais engendrés par la pathologie ostéoporotique, et son incidence augmente chez la personne âgée, passant par exemple d'une patiente sur 10 à l'âge de 55 ans à 5 patientes sur 10 au-delà de 80 ans. (14) Injecter plus de subsides dans la prévention permettrait-il de minimiser ce gouffre financier à long terme ? La Belgique peut-elle se le permettre ?

5.3 Biais, limitations et forces de l'enquête

L'étude présente certains biais. Premièrement, l'échantillon se voulant diversifié, des médecins moins expérimentés ont été inclus. Il se peut néanmoins que leur témoignage soit moins riche pour certaines questions concernant davantage le suivi des patients sur le très long terme. A contrario, ils peuvent être plus au courant de certaines recommandations, ou plus familiers de l'outil FRAX qui nous est enseigné. Même si la durée moyenne d'années de pratique des MG interrogé est de 24,2 ans, aucun participant dans la tranche d'ancienneté de 20 à 25 ans n'a été interrogé. Ensuite, selon les disponibilités des médecins, les entretiens se sont parfois déroulés en milieu de journée, entre deux consultations, ce qui peut être source de stress ou d'empressement. D'un autre côté, une certaine fatigue et une moindre concentration ont pu intervenir lors de certains entretiens en fin de journée. Une interview a été réalisée en vidéoconférence, appauvrissant ainsi l'interaction. Concernant la sélection des MG, ils exerçaient pratiquement tous en zone dite semi-rurale, et ont donc une pratique potentiellement plus proche de la mienne, ou travaillent avec les mêmes structures hospitalières. J'ai pu rencontrer la plupart des médecins participants dans des contextes de réunions "GLEM" ou en MRS. Cet aspect ainsi que mon statut d'assistante ont pu favoriser leur acceptation à répondre à mes questions. Enfin, même si je me suis attelée à tenir compte du contexte global dans lequel chaque verbatim a été énoncé, leur catégorisation des en différents thèmes est influencée par mon interprétation.

Concernant les forces de l'enquête, j'ai fait le choix d'interroger les MG plutôt que les patients et je pense que cette approche permet de limiter certains biais et de cibler les réponses. Le choix de la méthodologie qualitative par entretiens semi-dirigés en y incluant beaucoup de questions ouvertes confère une plus grande liberté à l'interlocuteur et permet de balayer le sujet de façon plus large. J'ai retranscrit intégralement et avec précision les verbatims de chaque interview moi-même. Cette approche m'a permis de disposer d'une vision globale et précise de tout ce qui a été énoncé et de rapidement faire des liens. Le guide d'entretien a été élaboré au préalable et a dû très peu évoluer au fil de l'enquête, adoptant juste quelques clarifications. Par conséquent, tous les MG participants ont été soumis globalement au même canevas de questions. Ce guide a fait l'objet d'une réflexion sur les différents gaps et types de patients concernés, repris dans une grille de lecture en

annexe (cfr Annexe 3). La grille m'a permis de cerner le sujet et a facilité l'analyse des réponses par la suite.

De différents échanges ressortaient les mêmes sujets mais avec des priorités et des argumentations différentes. Même si le dernier entretien n'a pas réellement apporté d'élément nouveau par rapport aux autres, je ne pense pas avoir atteint la saturation dans cette enquête. J'ai dû me limiter à dix interviews pour une question de temps.

6. Conclusion et perspectives

En conclusion, la présente étude a permis de mettre en évidence que l'ostéoporose fait partie du rôle de la médecine générale et que les MG rencontrent toutefois certaines difficultés dans sa prise en charge. Ces obstacles peuvent, entre autres, expliquer le treatment gap dans l'ostéoporose. Ils comprennent notamment le manque de compliance, des réticences des patients et des MG, le coût, la surcharge de travail, un manque de communication et de sensibilisation. Ils interviennent aux différents niveaux du gap : prévention, identification, traitement, suivi et communication avec les spécialistes. Différentes pistes citées par les MG interrogés et/ou issues de la littérature ont été retenues. Elles encouragent l'accent sur la prévention et la sensibilisation, la personnalisation du traitement et implication du patient, l'amélioration de la communication via des équipes dédiées à la fragilité osseuse au sein des hôpitaux, la diversification des données de sécurité des traitements chez le patient âgé ou présentant des comorbidités, l'élaboration de recommandations claires et adaptées à la médecine générale et la notification systématique des facteurs de risques et des antécédents fracturaires dans les DMI. Des efforts doivent encore être fournis en parallèle de l'implication des médecins généralistes pour permettre de réduire le treatment gap dans l'ostéoporose.

Le sujet de cet écrit se veut large de par son choix de méthodologie d'interroger des médecins généralistes. Un travail ultérieur, à mon avis sous une autre forme alors, pourrait s'intéresser spécifiquement à la prise en charge de l'ostéoporose secondaire, post-fracturaire uniquement, chez l'homme, en récoltant l'avis des patients, ou en évaluant un

système de FLS au niveau de la communication avec les MG, ou encore, en ciblant chaque “gap” individuellement.

Bilan personnel

Après plusieurs hésitations quant au choix de sujet de mon travail de fin d'études, j'ai trouvé un thème qui m'intéresse et qui clôture mon assistantat de façon symbolique. En effet, l'ostéoporose peut être au carrefour entre, d'abord, mon expérience la première année aux urgences, avec l'admission de patients avec des fractures de hanche ou des tassements vertébraux, mon passage en gériatrie ensuite et cette phrase récurrente concernant le patient âgé *“Une chute, c'est le début de la fin”*, et enfin mon expérience de deux ans en médecine générale avec le suivi de patients chroniques. En outre, il s'agit d'un sujet s'inscrivant à la fois dans la prévention primaire et secondaire, aspect que je souhaite essayer de développer davantage en tant que jeune médecin.

Ce travail m'a également permis de rencontrer des confrères de tout âge et d'échanger parfois sur d'autres sujets une fois l'entretien terminé. J'ai particulièrement apprécié cet aspect, les occasions de se rencontrer étant devenues rares en raison du covid19.

Depuis que je m'y intéresse, j'ai eu l'occasion de dépister ou de parler de l'ostéoporose avec plusieurs patient(e)s et d'en discuter lors d'une présentation avec mes confrères du cabinet médical.

7. Références bibliographiques

- (1) Kanis JA, Borgström F, Compston J et al. SCOPE : a scorecard for osteoporosis in Europe. 2013. DOI 10. 1007/s11657-013-0144-1
- (2) Webinaire des Dr D Linsmaux et B Jandrain, du 25/03/2021, intitulé “L’ostéoporose : Pourquoi et quand dépister ? Comment traiter ?”
- (3) E-learning du Pr JJ Body, intitulé “Os et ostéoporose : état des lieux et perspectives pour le clinicien” visionnable via le site de la Société Scientifique de Médecine Générale. [En ligne]. <https://www.medihomejournal.eu/ssmg/MoviePage/tabid/455/language/fr-FR/Default.aspx?movid=941>
- (4) Svedbom A, Hernlund E, Ivergård M, Compston J, Cooper C, et al. Osteoporosis in the European Union: a compendium of country-specific reports. Arch Osteoporos. déc 2013;8(1-2):137. DOI 10.1007/s11657-013-0137-0
- (5) Sanchez-Rodriguez D, Bergmann P, Body JJ, Cavalier E, Gielen E, Goemaere S, et al. The Belgian Bone Club 2020 guidelines for the management of osteoporosis in postmenopausal women. Maturitas. sept 2020;139:69-89. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2020.05.006>
- (6) Gielen E, Bergmann P, Bruyère O, Cavalier E, Delanaye P, Goemaere S, et al. Osteoporosis in Frail Patients: A Consensus Paper of the Belgian Bone Club. Calcif Tissue Int. août 2017;101(2):111-31. DOI 10.1007/s00223-017-0266-3
- (7) Institut National Assurance Maladie-Invalidité : <https://www.inami.fgov.be/fr/>
- (8) Yu EW (2020). Screening for osteoporosis. In JE Mulder (Ed.), UpToDate. (consulté le 11/11/2020). [En ligne]. <https://www.uptodate.com/contents/screening-for-osteoporosis>
- (9) Rosen HN, Drezner MK (2020). Clinical manifestations, diagnosis, and evaluation of osteoporosis in postmenopausal women. In JE Mulder (Ed.), UpToDate. (consulté le 09/11/2020). [En ligne]. <https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-diagnosis-and-evaluation-of-osteoporosis-in-postmenopausal-women>

- (10) Rosen HN (2020). The use of bisphosphonates in postmenopausal women with osteoporosis. In JE Mulder (Ed.), UpToDate. (consulté le 11/11/2020). [En ligne]. <https://www.uptodate.com/contents/the-use-of-bisphosphonates-in-postmenopausal-women-with-osteoporosis>
- (11) Lewiecki EM (2019). Prevention of osteoporosis. In JE Mulder (Ed.), UpToDate (consulté le 09/11/2020). [En ligne]. <https://www.uptodate.com/contents/prevention-of-osteoporosis>
- (12) Rosen HN, Drezner MK (2020). Overview of the management of osteoporosis in postmenopausal women. In JE Mulder (Ed.), UpToDate. (consulté le 11/11/2020). [En ligne]. <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-the-management-of-osteoporosis-in-postmenopausal-women>
- (13) Rosen HN (2021). Risks of bisphosphonate therapy in patients with osteoporosis. In JE Mulder (Ed.), UpToDate. (consulté le 01/05/2021). [En ligne]. <https://www.uptodate.com/contents/risks-of-bisphosphonate-therapy-in-patients-with-osteoporosis>
- (14) E-learning des Pr JJ Body et Pr E Gielen, intitulé “Ostéoporose, quels sont les profils à risque ?” publié le 13/10/2020 sur la plateforme Braintop. [En ligne]. <https://www.braintop.be/fr/cours/osteoporose-quels-sont-les-profils-a-risque/204>
- (15) Conley RB, Adib G, Adler RA, Åkesson KE, Alexander IM, Amenta KC, et al. Secondary Fracture Prevention: Consensus Clinical Recommendations from a Multistakeholder Coalition. J Bone Miner Res. janv 2020;35(1):36-52. DOI: 10.1002/jbmr.3877
- (16) 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. <https://doi.org/doi:10.1016/j.rhum.2018.02.005>
- (17) Outil START/STOPP disponible en ligne sur le site du Louvain Médical <https://www.louvainmedical.be/sites/default/files/content-site/tap-dalleur-startstopp-v03-mn.pdf>
- (18) Cappelle S. La prévention secondaire de l’ostéoporose passe par un circuit multidisciplinaire. Rev Med Brux. 2015;5.

- (19) Centre Belge d'Information Pharmacothérapeutique : <https://www.cbip.be/fr/>
- (20) Järvinen TLN, Michaëlsson K, Aspenberg P, Sievänen H. Osteoporosis: the emperor has no clothes. J Intern Med. juin 2015;277(6):662-73.
doi: 10.1111/joim.12366
- (21) Jarvinen TL, Michaelsson K, Jokihaara J, Collins GS, Perry TL, Mintzes B, et al. Overdiagnosis of bone fragility in the quest to prevent hip fracture. BMJ. 26 mai 2015;350(may26 12):h2088-h2088. doi: 10.1136/bmj.h2088
- (22) Prescrire Rédaction. Fractures liées à une fragilité osseuse : prévention. Prescrire novembre 2020.
- (23) Prescrire Rédaction. Infos-Patients Prescrire. Fractures liées à une fragilité osseuse : prévention. Prescrire novembre 2020.
- (24) Prescrire Rédaction. Infos-Patients Prescrire. Quand l'ostéodensitométrie est-elle utile ? Prescrire novembre 2020.
- (25) Niclet O. Etude de pratique des médecins généralistes concernant la prise en charge de l'ostéoporose post-ménopausique dans trois départements bretons. [Thèse de Doctorat d'Université, Sciences du Vivant]. Université de Rennes Faculté de Médecine; 2017.
- (26) Rotondi NK, Beaton DE, Sujic R, Sale JEM, Ansari H, Elliot-Gibson V, et al. Identifying and Addressing Barriers to Osteoporosis Treatment Associated with Improved Outcomes: An Observational Cohort Study. J Rheumatol. nov 2018;45(11):1594-601. DOI: 10.3899/jrheum.170915
- (27) Goldshtein I, Rouach V, Shamir-Stein N, Yu J, Chodick G. Role of Side Effects, Physician Involvement, and Patient Perception in Non-Adherence with Oral Bisphosphonates. Adv Ther. août 2016;33(8):1374-84. DOI 10.1007/s12325-016-0360-3
- (28) Raybould G, Babatunde O, Evans AL, Jordan JL, Paskins Z. Expressed information needs of patients with osteoporosis and/or fragility fractures: a systematic review. Arch Osteoporos. déc 2018;13(1):55. <https://doi.org/10.1007/s11657-018-0470-4>
- (29) mongeneraliste.be - Ostéoporose. Décembre 2015. (Consulté le 07/02/2021). [En ligne]. <http://www.mongeneraliste.be/>

- (30) Briot K, Grange L, Cortet B, Feron J-M, Chauvin P, Coulomb A, et al. Real-world care for individuals aged over fifty with fractures in France: Evidence for a wide care gap—The EPIFRACT Study. *Joint Bone Spine*. oct 2020;87(5):467-73.
<https://doi.org/doi:10.1016/j.jbspin.2020.04.007>
- (31) Schray D, Stumpf U, Kammerlander C, Böcker W, Neuerburg C. Diagnosis and therapy of osteoporosis in geriatric trauma patients: an update. *Innovative Surgical Sciences*. 1 déc 2016;1(2):65-71. DOI 10.1515/iss-2016-0028
- (32) Jayaswal A. Les médicaments contre l'ostéoporose ne réduisent pas la mortalité dans l'ostéoporose. 2021;20:2. DOI : 10.1001/jamainternmed.2019.2779
- (33) Ebpracticenet. (page consultée le 05/04/2021). Plateforme de référence EBP pour les prestataires de soins belges. [En ligne].
<https://www.ebpnet.be/fr/pages/display.aspx?ebmid=ebm00419>
- (34) Geusens P. Les biphosphonates dans le cadre de la prévention des fractures réduisent-ils aussi le risque de décès ? *Medi-Sphere* 660. 9 septembre 2020.
- (35) Roux S, Beaulieu M, Beaulieu M-C, Cabana F, Boire G. Priming Primary Care Physicians to Treat Osteoporosis After a Fragility Fracture: An Integrated Multidisciplinary Approach. *J Rheumatol*. mai 2013;40(5):703-11. doi:10.3899/jrheum.120908

8. Annexes

Annexe 1 : Indexation des thématiques

Qcodes : QS41 (Médecin de famille) ; QD41 (Prévention primaire) ; QD42 (Prévention secondaire) ; QR31 (Etude qualitative).

CISP-2 codes : A98 (Gestion santé/médecine préventive) ; L95 (Ostéoporose).

Annexe 2 : Guide d'entretien et grille d'analyse

GUIDE D'ENTRETIEN

Points à aborder avant de débiter le questionnaire :

- Remerciements
- Se présenter et présenter le sujet du TFE
- Rappeler que le questionnaire est totalement anonyme
- Redemander accord pour enregistrement audio de l'entretien
- Merci de bien développer vos réponses

Données concernant les médecins généralistes participants :

- Nombre d'années de pratique en MG : <5 – 5-10 – 10-15 – 15-20 – 20-25 – 25-30 – 30-35 – >35
- Sexe : Homme – Femme
- Type de pratique : solo – association – maison médicale – intra-hospitalier – autre :
- Statut : Médecin - Assistant en MG

INTRODUCTION

1. Est-ce que pour vous l'ostéoporose est une maladie **significative** qui a des répercussions en termes de morbidité et/ou mortalité chez vos patients ?

2. Avez-vous l'habitude de **parler** de l'ostéoporose en consultation ? Si oui, dans quel contexte de consultation / chez quel profil de patient ?

PREVENTION ¹

3. Parmi les facteurs de risque de fracture de fragilité (principalement tassement vertébral, fracture du col fémoral et du poignet), il existe des **facteurs de risque non modifiables** et d'autres qui le sont. Pouvez-vous en lister quelques-uns (modifiables) ? ¹
4. Concernant la **prévention** de l'ostéoporose : Que mettez-vous en place avec vos patients ? Avez-vous l'habitude de prescrire de la vitamine D et du Calcium aux patients plus âgés ? Si oui, comment sont-ils tolérés, quelle est leur observance en général ? Veillez-vous à l'apport protéique des patients âgés ? Veillez-vous à la prévention des chutes ? ¹
5. Avez-vous l'habitude de faire de la **prévention des chutes** chez vos patients ? Quelles sont vos pistes pour ce faire ? ¹
6. Selon vous, la population et le corps médical sont-ils assez **sensibilisés** en termes de prévention et dépistage de l'ostéoporose ? ^{1,2}

DIAGNOSTIC / IDENTIFICATION ^{2,5}

7. Lorsque vous recevez un protocole, avez-vous l'habitude de répertorier dans le DMG les **antécédents fracturaires** de vos patients (âgés) (sachant que le fait d'avoir présenté une première fracture de fragilité est un facteur de risque prépondérant d'en faire une seconde) ? ^{2b}
8. Quels sont vos **outils** pour dépister l'ostéoporose ? (*réponse attendue : ostéodensitométrie*) ²
9. Quelles sont les situations dans lesquelles vous prescrivez une **ostéodensitométrie** ? (*Connaissez-vous ses critères de remboursement ? / Le fait qu'elle ne soit remboursée que tous les cinq ans peut-il selon vous être un frein à sa prescription ?*) ^{2a,b,c}
10. Utilisez-vous parfois l'outil **FRAX** qui permet de calculer la probabilité de fracture ostéoporotique à 10 ans, avec ou sans ostéodensitométrie préalable ? ²

11. Jugez-vous que c'est à vous de pallier le (gap) manque de prise en charge des **différentes spécialités** ? C'est-à-dire, jugez-vous que c'est à vous de dépister pour l'ostéoporose : ^{5a,b,c}

- Une patiente post-ménopausée quand le gynécologue ne l'a pas fait ?
- Un patient avec un facteur de risque quand le spécialiste ne l'a pas fait ? (ex : patient sous corticoïdes pour une sarcoïdose non dépisté pour l'ostéoporose par le pneumo, patient avec des troubles de l'absorption comme un Crohn non dépisté pour l'ostéoporose par le gastro, certains patients onco...)
- Un patient en post-fracturaire quand le chirurgien orthopédiste ne l'a pas fait ?

TRAITEMENT ³

12. Avez-vous l'habitude d'**initier** un traitement de l'ostéoporose ? Si oui, comment ? ³

13. Avez-vous certaines **réticences** à prescrire un traitement de l'ostéoporose ? Si oui, pourquoi et dans quels cas ? Le dentiste, ou le patient a-t-il lui-même des réticences à débiter un traitement de l'ostéoporose ? ³

14. Est-ce lié à l'âge du patient ? (*Seriez-vous par exemple plus enclin à prescrire un traitement de l'ostéoporose à un patient de moins de 75 ans plutôt qu'à un patient plus âgé ?*) ³

15. Bis. Avez-vous des craintes par rapport à certains **effets indésirables** des traitements de l'ostéoporose ? Les plus connus/redoutés étant l'ostéonécrose de la mâchoire, ou la fracture fémorale atypique ? ³

16. En avez-vous **déjà rencontré(s)** dans votre pratique ? Avez-vous déjà vu des patients avec une ostéonécrose de la mâchoire sous traitement anti-ostéoporotique ? (Cette question ne concerne pas les patients qui sont sous traitement à des doses oncologiques) ³

17. Chez vos patients sous **corticothérapie** de longue durée, avez-vous l'habitude de débiter un traitement protecteur de l'ostéoporose en parallèle ? ^{3,5}

SUIVI ⁴

18. Avez-vous l'habitude de **réévaluer** un traitement de l'ostéoporose ? C'est-à-dire le prescrivez-vous généralement « à vie », ou pour une durée déterminée, en fixant un certain objectif ? ⁴

19. On observe un **treatment gap** (ou **fossé thérapeutique**) dans l'ostéoporose, en particulier en post-fracturaire chez les patients qui n'ont pas reçu de traitement de l'ostéoporose. Quelles sont à votre avis les explications de ce phénomène ? Comment pourrait-on y remédier ? Merci de bien développer cette dernière réponse.

2b et autres

GRILLE D'ANALYSE DU GUIDE D'ENTRETIEN

GAP de prévention	1
GAP d'identification	2
Tout patient, femme postménopausée	2a
Patient en post-fracturaire	2b
Patient avec facteur de risque	2c
GAP de traitement	3
GAP de suivi	4
GAP des spécialités	5
Femme postménopausée non dépistée par gynéco	5a
Patient post-fracturaire non dépisté par ortho	5b
Patient avec facteur de risque non dépisté par spécialiste : ex : sarcoïdose et pneumo, onco, Crohn et gastro, cortico et prescripteur...	5c

Entretien n°1 du 12/02/2021

Médecin 1 (M1)

- Nombre d'années de pratique en MG : 5-10
- Sexe : Homme
- Type de pratique : association

Tout d'abord, merci beaucoup de m'accorder un moment de votre temps aujourd'hui pour répondre à mon questionnaire de TFE. Comme annoncé par téléphone, il porte sur l'ostéoporose en médecine générale et les éventuels obstacles à sa prise en charge. Les questions sont assez générales, et c'est totalement anonyme. Avant tout, j'ai besoin de vous redemander votre accord pour enregistrer l'entretien que j'effacerai ensuite après retranscription... êtes-vous d'accord que j'enregistre ?

- « Oui, pas de problème. »
- Merci. Ma première question...

INTRODUCTION

1. Est-ce que pour vous l'ostéoporose est une maladie **significative** qui a des répercussions en termes de morbidité et/ou mortalité chez vos patients ?

- « Oui. Mais les gens sont peu concernés euh parce que ce n'est pas une maladie qui fait mal. Ils sont plutôt concernés quand il y a des complications... fractures, fractures de fatigue ou des choses comme ça, tassement vertébral, là ça joue, mais avant ça les gens se sentent peu concernés. »

2. Avez-vous l'habitude de **parler** de l'ostéoporose en consultation ? Si oui, dans quel contexte de consultation / chez quel profil de patient ?

- « On en parle soit, souvent chez les femmes ménopausées euh ou alors quand il y a eu une complication qui est apparue. »

PREVENTION

3. Parmi les facteurs de risque de fracture de fragilité (principalement tassement vertébral, fracture du col fémoral et du poignet), il existe des **facteurs de risque non modifiables** et d'autres qui le sont. Pouvez-vous en lister quelques-uns (modifiables) ?

- « Mmh, qu'est-ce qui peut être modifiable... euh la prise de calcium, de vitamine D, euh un traitement hormonal, un traitement contre l'ostéoporose, l'activité physique, l'alimentation. Je pense que c'est... si on fait tout ça, c'est déjà pas mal (rire). »

4. Concernant la **prévention** de l'ostéoporose : Que mettez-vous en place avec vos patients ? Avez-vous l'habitude de prescrire de la vitamine D et du Calcium aux patients plus âgés ? Si oui, comment sont-ils tolérés, quelle est leur observance en général ? Veillez-vous à l'apport protéique des patients âgés ? Veillez-vous à la prévention des chutes ?

- « Ça oui, maintenant d'un point de vue prise du traitement c'est plus compliqué, les gens sont souvent peu... peu compliants à leur prise de traitement vitamine D parce que pour eux c'est normal, de toute façon y a pas de soleil donc on n'a pas besoin d'avoir assez de vitamine D, et le calcium, ben c'est difficilement digérable, donc les gens accrochent peu, vraiment peu, dans l'ensemble hein. »

5. Avez-vous l'habitude de faire de la **prévention des chutes** chez vos patients ? Quelles sont vos pistes pour ce faire ?

- « Ben on fait attention quand on va chez les gens à la maison, on fait attention aux tapis, attention... des choses pareilles. Maintenant généralement c'est après un accident généralement qu'on fait de la prévention, c'est rarement anticipativement donc... »

6. Selon vous, la population et le corps médical sont-ils assez **sensibilisés** en termes de prévention et dépistage de l'ostéoporose ?

- « Oui, mais **comme ça reste...une maladie qui ne fait pas mal ça n'intéresse pas les gens. Du moins ça ne les n'interpelle pas beaucoup. Quand tu regardes dans les cabinets c'est souvent ce qui a le plus de folders, c'est l'ostéoporose, attention l'ostéoporose etc. »**

DIAGNOSTIC / IDENTIFICATION

7. Lorsque vous recevez un protocole, avez-vous l'habitude de répertorier dans le DMI les **antécédents fracturaires** de vos patients (âgés) (sachant que le fait d'avoir

présenté une première fracture de fragilité est un facteur de risque prépondérant d'en faire une seconde) ?

- « Non, ça on liste. On liste, on suit et on supplémente si nécessaire. »

*8. Quels sont vos **outils** pour dépister l'ostéoporose ? (Réponse attendue : ostéodensitométrie)*

*- « Mmh en termes de diagnostic ou en terme euh ? Pour le diagnostic de l'ostéoporose ? Ben généralement c'est le suivi euh des ostéodensitométries après... après la ménopause. Mais c'est vrai que euh on n'est pas très réguliers honnêtement. En général, on laisse passer quelques années puis on se souvient qu'il faut en faire une autre, et puis on laisse passer quelques années, on se souvient qu'il faut... C'est rare que les dames le fassent à dates régulières Je pense que c'est deux, trois ans je pense qu'on a le remboursement...je pense que c'est trois ans...ou deux ans. **C'est rare que les gens soient euh tip top au niveau délais. Parce qu'ils ne sont pas demandeurs d'examens complémentaires, c'est des examens pour chercher des choses pour lesquelles ils ne ressentent rien donc...et qui potentiellement n'est pas mortel en soi, donc ce n'est pas comme quand tu expliques à quelqu'un qu'il va boucher une artère au niveau de son cœur, ça le touche plus que ben vous allez être tout déformé ou...vous risquez une fracture quoi. »***

*9. Quelles sont les situations dans lesquelles vous prescrivez une **ostéodensitométrie** ?*

- « Je ne sais plus à quel âge, je ne sais plus quand on commence. Dans le suivi en post-ménopausique oui...maintenant spontanément comme ça, c'est quand même pas fréquent. Les gynécos y pensent aussi de temps en temps...ça dépend dans les suivis euh, dans les frottis etc ils font refaire ostéo etc. Ça dépend des gynécos mais eux aussi initient parfois après suivi comme ça de l'ostéoporose, après une ménopause. Ça arrive, certains gynécos le font, 'fin moi j'en ai. Après une fracture, je réfléchis hein mais c'est rare ou après un autre épisode où t'as fait une radio et où on te dit « attention risque d'ostéoporose » et là tu feras une ostéodensitométrie. »

*10. Utilisez-vous parfois l'outil **FRAX** qui permet de calculer la probabilité de fracture ostéoporotique à 10 ans, avec ou sans ostéodensitométrie préalable ?*

- « Non, je le vois dans les rapports mais je ne sais pas à quoi ça correspond.

11. Jugez-vous que c'est à vous de pallier le (gap) manque de prise en charge des **différentes spécialités** ? C'est-à-dire, jugez-vous que c'est à vous de dépister pour l'ostéoporose :

- Une patiente post-ménopausée quand le gynécologue ne l'a pas fait ?
- « Oui, en termes de prévention primaire c'est quand même nous les premiers normalement, alors même si on n'a peu le temps de le faire, on devrait. On devrait. »
- Un patient avec un facteur de risque quand le spécialiste ne l'a pas fait ? (ex : patient sous corticoïdes pour une sarcoïdose non dépisté pour l'ostéoporose par le pneumo, patient avec des troubles de l'absorption comme un Crohn non dépisté pour l'ostéoporose par le gastro, certains patients onco...)
- « Oui, normalement oui. Parce qu'on est là pour rassembler toutes les informations et normalement aiguiller le patient correctement donc oui si ya un manquement normalement on devrait le faire. »
- Un patient en post-fracturaire quand le chirurgien orthopédiste ne l'a pas fait ?
- « Ça oui. Plus qu'en post-cortico ou des choses pareilles. »

TRAITEMENT

- Concernant le traitement, en bref...

12. Avez-vous l'habitude d'**initier** un traitement de l'ostéoporose ? Si oui, comment ?

- « Oui. Ça, ça dépend de l'importance de l'ostéoporose et des résultats de l'ostéodensitométrie. Mais ça arrive que ce soit aussi bien simplement du calcium ou de la vitamine D ou alors un biphosphonate mais ça arrive. Ou même des injectables parfois. »

13. Avez-vous certaines **réticences** à prescrire un traitement de l'ostéoporose ? Si oui, pourquoi et dans quels cas ?

- « Non. Non. Ben non parce que ce sont des patients qu'on connaît de toute façon. Et euh on sait que y a parfois des facteurs de risque auxquels il faut faire attention notamment le problème dentaire etc mais voilà on le sait, on surveille et finalement les gens on les connaît bien donc on leur signale et on commence le traitement. S'il y a un problème de toute façon ils reviennent vers nous. »

- Et est-ce que les patients peuvent avoir eux-mêmes des réticences à démarrer un traitement ?

- « Oui, oui. Moi j'ai une dame que toi tu n'as jamais vu, mais que je suis depuis peu de temps et euh elle est dépistée comme ostéoporotique. Elle doit normalement prendre une injection deux fois par an et euh elle a peur du produit, elle ne fait rien. Donc elle prend juste vitamine D – calcium, mais elle ne veut pas plus. Et elle a été renseignée et par moi, et par le spécialiste mais elle a peur, et euh elle a déjà pris des biphosphonates avant, ça ne s'est pas bien passé. Effets secondaires et depuis elle ne veut plus euh.. Et elle sait, elle connaît les risques elle sait qu'il y a des risques fracturaires. Elle préfère une fracture que des médicaments. Je ne saurais plus te dire comme ça parce qu'il y a un petit temps que je ne l'ai plus vue mais elle a été mal. C'était pas moi à l'époque hein mais elle se sentait mal avec le produit. C'était un mal-être général, c'était pas une éruption, c'était pas... »

- Pas l'ostéonécrose de la mâchoire ?

- « Non, non sinon... elle se sentait mal d'un point de vue physique, elle a arrêté elle s'est sentie de suite mieux. C'est compliqué, c'est un ressenti. Et elle n'a pas voulu switcher vers un autre médicament. Alors que c'est une ostéoporose sévère et que c'est une dame active. »

14. Est-ce lié à l'âge du patient ? Seriez-vous par exemple plus enclin à prescrire un traitement de l'ostéoporose à un patient de moins de 75 ans plutôt qu'à un patient plus âgé ?

- « Ben on est conscient que plus le patient va vivre longtemps avec son ostéoporose plus elle risque de s'aggraver et plus y a un risque de fracture donc Plus on prend en charge tôt, mieux c'est. Ça c'est logique. **Maintenant est-ce qu'on commence certains médicaments plus lourds quand le patient est plus âgé, ben c'est en fonction du bénéfice et risque, faut voir si le bénéfice d'ajouter le médicament surplombe le risque de le donner. C'est au cas par cas.**

»

15. Bis. Avez-vous des craintes par rapport à certains **effets indésirables** des traitements de l'ostéoporose ? Les plus connus/redoutés étant l'ostéonécrose de la mâchoire, ou la fracture fémorale atypique ?

- « Non. Non. »

16. En avez-vous **déjà rencontré(s)** dans votre pratique ? Avez-vous déjà vu des patients avec une ostéonécrose de la mâchoire sous traitement anti-ostéoporotique ? (Cette

question ne concerne pas les patients qui sont sous traitement à des doses oncologiques)

- « Non. Mais on est prudent quand on initie le traitement. »

17. Chez vos patients sous **corticothérapie** de longue durée, avez-vous l'habitude de débiter un traitement protecteur de l'ostéoporose en parallèle ?

- « Pas toujours. Non. C'est une erreur mais non (rire). On devrait y penser plus. »

SUIVI

18. Avez-vous l'habitude de **réévaluer** un traitement de l'ostéoporose ? C'est-à-dire le prescrivez-vous généralement « à vie », ou pour une durée déterminée, en fixant un certain objectif ?

- « Généralement on réévalue et on voit dans le temps si à un moment on ne l'arrête pas. Généralement, quand on initie un biphosphonate, j'estime qu'au ou de cinq ans on doit avoir atteint l'objectif. Du moins une correction mesurable en ostéodensitométrie. »

19. On observe un **treatment gap** (ou **fossé thérapeutique**) dans l'ostéoporose, en particulier en post-fracturaire chez les patients qui n'ont pas reçu de traitement de l'ostéoporose. Quelles sont à votre avis les explications de ce phénomène ? Comment pourrait-on y remédier ? Merci de bien développer cette dernière réponse.

- « C'est une bonne question tiens ça... Ben je pense qu'on doit être attentif, en plus maintenant on a des dossiers qui sont quand même bien suivis. A partir du moment où on identifie une fracture qui semble plutôt spontanée ou un tassement ou..., ça doit se suivre obligatoirement, je pense que ça doit être automatique on doit prescrire une ostéodensitométrie et suivre l'histoire. c'est pas logique qu'il y ait une fracture spontanée ou une fracture après une chute banale. Mais ça c'est plus chez les patients fragiles, les patients plus âgées...et je pense qu'il faut garder en tête certains points et se dire 'oh ben là y a un signe d'alerte, on doit le faire'. Et je ne pense pas que ce soit spécialement le rôle du chirurgien. Le chirurgien, il répare. La prévention qui va autour, c'est pas son rôle à lui, je pense que c'est plus le nôtre que le sien. Donc quand on loupe un traitement comme ça de quelqu'un qui se fracture, ben c'est pas une erreur du chirurgien, je pense pas. C'est une erreur à nous parce qu'on n'a pas fait le suivi après. Je pense que c'est plus dans ce sens-là. Mais alors comment y remédier, ben il faut euh qu'on y pense plus. Parce qu'il y a des

solutions...je pense que dans les dossiers, on doit être plus systématiques dans le fait d'encoder les antécédents correctement...il y a eu une fracture, la personne est ménopausée, voilà d'avoir des points d'alarme, qui nous permettent de dire ben si quelqu'un est à risque, il faut qu'on fasse quelque chose. »

- Y a-t-il quelque chose que vous voulez ajouter ?

Non, c'était fort bien (rire).

Entretien n°2 du 14/02/2021

Médecin 2 (M2)

- Nombre d'années de pratique en MG : plus de 35ans (37)
- Sexe : Homme
- Type de pratique : solo

INTRODUCTION

1. *Est-ce que pour vous l'ostéoporose est une maladie **significative** qui a des répercussions en termes de morbidité et/ou mortalité chez vos patients ?*

Oui. Surtout en relation avec les fractures, fractures de hanche, tassements vertébraux etc. Certainement, oui.

2. *Avez-vous l'habitude de **parler** de l'ostéoporose en consultation ? Si oui, dans quel contexte de consultation / chez quel profil de patient ?*

Occasionnellement et surtout après...dans le contexte d'une prise de sang, voire d'une densitométrie osseuse...préconisée auparavant.

PREVENTION ¹

3. *Parmi les facteurs de risque de fracture de fragilité (principalement tassement vertébral, fracture du col fémoral et du poignet), il existe des **facteurs de risque non modifiables** et d'autres qui le sont. Pouvez-vous en lister quelques-uns (modifiables) ?*

Première chose peut-être l'arrêt du tabac, bouger et la consommation évidemment régulière de produits laitiers hein, fromage et lait, la sédentarité je rejoins un peu ce que j'ai dit out à l'heure, bouger et en gros alors l'observation des médicaments pris pour d'autres raisons qui pourraient avoir des répercussions sur la calcémie, et directement et indirectement sur l'ostéoporose.

4. Concernant la **prévention** de l'ostéoporose : Que mettez-vous en place avec vos patients ? Avez-vous l'habitude de prescrire de la vitamine D et du Calcium aux patients plus âgés ? Si oui, comment sont-ils tolérés, quelle est leur observance en général ? Veillez-vous à l'apport protéique des patients âgés ? Veillez-vous à la prévention des chutes ?¹

Oui. Très régulièrement vitamine D et calcium. Je pense que la compliance est bonne de façon générale, c'est un sujet qui leur tient à coeur je pense, aux personnes âgées, et en particulier les dames.

- Veillez-vous à l'apport protéique des patients âgés ?

Oui, oui certainement souvent et au départ d'une prise de sang.

5. Avez-vous l'habitude de faire de la **prévention des chutes** chez vos patients ? Quelles sont vos pistes pour ce faire ?¹

Oui, quand même oui, j'attire quand même l'attention du patient ou de son entourage sur les risques de chutes. Et donc en conséquence essayer d'y remédier d'améliorer l'environnement... En plus, bien entendu, des conseils alimentaires, l'alimentation et de lutte contre la sédentarité relative, et je parlais tout à l'heure du tabac. Et de nouveau aussi la limitation dans la mesure du possible des médicaments corticoïdes par exemple, et d'autres médicaments diurétiques qui pourraient voir des effets délétères sur le calcium, la calcémie.

6. Selon vous, la population et le corps médical sont-ils assez **sensibilisés** en termes de prévention et dépistage de l'ostéoporose ?^{1,2}

Ben je crois que oui, je crois que oui. Je crois qu'on a quand même... Il y a eu plusieurs campagnes, et je crois qu'on est quand même conscientisés dans ce domaine-là oui, je pense.

DIAGNOSTIC / IDENTIFICATION ^{2,5}

7. Lorsque vous recevez un protocole, avez-vous l'habitude de répertorier dans le DMI les **antécédents fracturaires** de vos patients (âgés) (sachant que le fait d'avoir présenté une première fracture de fragilité est un facteur de risque prépondérant d'en faire une seconde) ? ^{2b}

J'ai pas l'habitude de le faire non, pas dans le cadre du DMG non. Je le mentionne mais pas systématiquement dans le cadre d'un DMG, non.

8. Quels sont vos **outils** pour dépister l'ostéoporose ? (réponse attendue : ostéodensitométrie) ²

Ben la densité osseuse dans un premier temps...et puis la biologie à première vue.

9. Quelles sont les situations dans lesquelles vous prescrivez une **ostéodensitométrie** ? (Connaissez-vous ses critères de remboursement ?/Le fait qu'elle ne soit remboursée que tous les cinq ans peut-il selon vous être un frein à sa prescription ?) ^{2a,b,c}

Généralement une dame, une dame ménopausée, ou alors éventuellement une personne à risque par le fait qu'elle prend un médicament qui pourrait entamer son capital osseux. Et alors éventuellement aussi, je crois qu'il ne faut pas l'oublier non plus, l'aspect héréditaire aussi. Je crois que c'est un profil de patient qui doit attirer l'attention aussi.

10. Utilisez-vous parfois l'outil **FRAX** qui permet de calculer la probabilité de fracture ostéoporotique à 10 ans, avec ou sans ostéodensitométrie préalable ? ²

Non.

11. Jugez-vous que c'est à vous de pallier au (gap) manque de prise en charge des **différentes spécialités** ? C'est-à-dire, jugez-vous que c'est à vous de dépister pour l'ostéoporose : ^{5a,b,c}

- Une patiente post-ménopausée quand le gynécologue ne l'a pas fait ?
- Un patient avec un facteur de risque quand le spécialiste ne l'a pas fait ? (ex : patient sous corticoïdes pour une sarcoïdose non dépisté pour l'ostéoporose par le pneumo, patient avec des troubles de l'absorption comme un Crohn non dépisté pour l'ostéoporose par le gastro, certains patients onco...)
- Un patient en post-fracturaire quand le chirurgien orthopédiste ne l'a pas fait ?

Oui, oui quand le gynécologue ne l'a pas fait, oui certainement...ou en parallèle avec le gynécologue d'une façon ou d'une autre oui, prescription d'examen s'il ne l'a pas fait, attirer l'attention du patient tous les deux oui.

Oui, oui certainement, une prise en charge s'impose, oui.

- C'était votre rôle en médecine générale ?

Oui ça doit l'être. Je pense oui

Oui, oui certainement aussi.

TRAITEMENT ³

*12. Avez-vous l'habitude d'**initier** un traitement de l'ostéoporose ? Si oui, comment ? ³*

Euh je dirais à peu près 50%. 50% des traitements je les initie. Et 50% des autres c'est plutôt le gynécologue, le rhumatologue...Oui une bonne moitié certainement, je les initie.

*13. Avez-vous certaines **réticences** à prescrire un traitement de l'ostéoporose ? Si oui, pourquoi et dans quels cas ? Le dentiste, ou le patient a-t-il lui-même des réticences à débiter un traitement de l'ostéoporose ? ³*

A première vue non, c'est un domaine qui est assez sécurisant. Je dirais non.

- Et est-ce que les patients peuvent avoir eux-mêmes des réticences à démarrer un traitement ?

Oui, ça oui là évidemment il y a le problème de la nécrose dentaire donc ça c'est vrai. C'est un problème auquel les dames, plus souvent les dames, sont sensibilisées...et par l'intermédiaire de leur dentiste évidemment. Là, c'est peut-être quand même une précaution à prendre.

14. Est-ce lié à l'âge du patient ? (Seriez-vous par exemple plus enclin à prescrire un traitement de l'ostéoporose à un patient de moins de 75 ans plutôt qu'à un patient plus âgé ?) ³

Non mais j'ai toujours en tête qu'il fallait peut-être - mais peut-être que les choses ont changé - ne pas imposer un traitement au-delà de 10 ans. Ou revoir la situation du moins après 10 ans, au cas par cas. Parce qu'on en connaît pas nécessairement le bénéfice à ce moment-là, non pas les effets secondaires mais les bénéfices.

15. Bis. Avez-vous des craintes par rapport à certains **effets indésirables** des traitements de l'ostéoporose ? Les plus connus/redoutés étant l'ostéonécrose de la mâchoire, ou la fracture fémorale atypique ?

Non.

Oui, euh rarement. En dehors de cela, je n'ai pas de craintes. C'est déjà arrivé mais c'est rare qu'il y ait eu une ostéonécrose de la mâchoire. Et qui a pu être un problème, parfois même conflictuel, entre le dentiste et par exemple le médecin traitant, ou même le rhumatologue aussi.

16. En avez-vous **déjà rencontré(s)** dans votre pratique ? Avez-vous déjà vu des patients avec une ostéonécrose de la mâchoire sous traitement anti-ostéoporotique ? (Cette question ne concerne pas les patients qui sont sous traitement à des doses oncologiques)³

Dame âgée, mince, passé les 70 ans certainement, ancienne fumeuse...et chez laquelle le dentiste avait attiré l'attention sur la problématique de l'ostéonécrose de la mâchoire qui pose un problème bien entendu pour initier un traitement.

17. Chez vos patients sous **corticothérapie** de longue durée, avez-vous l'habitude de débiter un traitement protecteur de l'ostéoporose en parallèle ?^{3,5}

Pas systématiquement. Je devrais peut-être le faire, mais je n'y pense pas systématiquement. Par contre, je l'invite à faire une prise de sang et j'attire son attention sur l'apport en calcium et vitamine D si c'est une longue durée.

SUIVI⁴

18. Avez-vous l'habitude de **réévaluer** un traitement de l'ostéoporose ? C'est-à-dire le prescrivez-vous généralement « à vie », ou pour une durée déterminée, en fixant un certain objectif ?⁴

Pour ça je me base un petit peu sur les densitos au cas par cas et l'invitation par le spécialiste éventuellement à refaire un contrôle à une échéance bien déterminée, sinon le délai est en général de minimum 3 ans...certainement 3 ans, sauf cas particulier.

19. On observe un **treatment gap** (ou **fossé thérapeutique**) dans l'ostéoporose, en particulier en post-fracturaire chez les patients qui n'ont pas reçu de traitement de

l'ostéoporose. Quelles sont à votre avis les explications de ce phénomène ? Comment pourrait-on y remédier ? Merci de bien développer cette dernière réponse. ^{2b et autres}

Peut-être en développant davantage euh...comment dirais-je, notre collaboration avec le spécialiste, avec le chirurgien orthopédiste et en étant encore plus attentif à la chose pour tous les patients opérés. Je crois qu'il n'y a pas d'autre façon de le faire.

- Y a-t-il quelque chose que vous voulez ajouter ?

Non sinon qu'elle existe aussi chez les hommes mais c'est beaucoup plus rare mais j'ai quelques cas mais c'est beaucoup plus rare chez l'homme.

On devrait avoir l'attention plus souvent attirée avec les corticoïdes mais on n'en donne plus beaucoup de corticoïdes par voie orale, c'est très rare, parce que...ici je parle pour la patho respiratoire hein, mais avant on n'avait que le MEDROL, oui le BECOTIDE, maintenant on a des SERETIDES, des SYMBICORT donc on n'a plus vraiment de traitement...Ben si j'ai encore des gens qui sont sous MEDROL, je ne vais pas dire le contraire, mais des petites doses en général. Je parle au niveau respiratoire ici bien sûr. Parce qu'en rhumato évidemment...

Oui mais on est freinés aussi avec les conditions de remboursement. Chez les hommes je n'en parle même pas, mais c'est rare...Mais même chez les dames hein c'est pas évident, il faut moins de -2,5 de déviations standard. Tu peux le faire hein c'est pas ça, mais c'est pas remboursé.

Entretien n°3 du 16/02/2021

Médecin 3 (M3)

- Nombre d'années de pratique en MG : entre 0 et 5 ans
- Sexe : Homme
- Type de pratique : solo

INTRODUCTION

1. Est-ce que pour vous l'ostéoporose est une maladie **significative** qui a des répercussions en termes de morbidité et/ou mortalité chez vos patients ?

Euh morbidité oui, mortalité non, mais c'est significatif. J'ai eu quelques patients durant mon assistanat et ici j'ai une patiente qui a de l'ostéoporose mais vu qu'elle est traitée, elle n'est plus dans les critères de morbidité euh surajoutée.

2. Avez-vous l'habitude de **parler** de l'ostéoporose en consultation ? Si oui, dans quel contexte de consultation / chez quel profil de patient ?

Euh donc c'est souvent des patientes âgées qui ont des douleurs... euh voilà. La dernière avec qui j'en ai discuté c'était l'année passée, c'était une dame qui avait tout le temps des douleurs et qui était suivie pour l'ostéoporose. Et elle prenait depuis des années du Pantoprazole, alors ce médicament-là c'est connu pour réduire l'absorption de calcium donc j'ai dit qu'il fallait en discuter. Donc voilà, on en a discuté avec le rhumatologue. C'est la dernière vraie discussion que j'ai eue sur l'ostéoporose je crois.

PREVENTION¹

3. Parmi les facteurs de risque de fracture de fragilité (principalement tassement vertébral, fracture du col fémoral et du poignet), il existe des **facteurs de risque non modifiables** et d'autres qui le sont. Pouvez-vous en lister quelques-uns (modifiables) ?

¹

Euh ben l'alimentaire, enfin voilà la prise de calcium... Moi je me souviens d'un vieux monsieur qui était venu pour une espèce de lumbago, il était très âgé, et finalement ça c'était avéré être un tassement vertébral. Donc il ne buvait pas de lait, il n'avait aucun apport en calcium et en plus il était contre les médicaments. Mais finalement il a accepté de prendre vitamine D, calcium etc.

Donc ah oui, j'en ai cité un... Ben je sais pas, les traitements ça peut rentrer dans le modifiable ? Donc voilà les traitements, l'alimentaire, le sport peut-être...

4. Concernant la **prévention** de l'ostéoporose : Que mettez-vous en place avec vos patients ? Avez-vous l'habitude de prescrire de la vitamine D et du Calcium aux patients plus âgés ? Si oui, comment sont-ils tolérés, quelle est leur observance en

général ? Veillez-vous à l'apport protéique des patients âgés ? Veillez-vous à la prévention des chutes ?¹

Oui oui, bien tolérés, parfois il y a des oublis pour la vitamine D donc ça il faut bien répéter que c'est par semaine. Moi je dis souvent le dimanche matin au petit-déjeuner quoi, c'est le seul truc qui est mal observé sinon les traitements ben ça dépend vraiment... Sinon au niveau préventif ça va je pense

- Veillez-vous à l'apport protéique des patients âgés ?

5. Avez-vous l'habitude de faire de la **prévention des chutes** chez vos patients ? Quelles sont vos pistes pour ce faire ?¹

Ben parfois des tapis de bains qui sont plus adhérents, ou alors des pantoufles avec des semelles, ça c'est un gros problème. Je me souviens c'était une patiente âgée qui était allée en maison de repos, elle se déplaçait en petites claquettes mais ça glissait super fort et euh bon ça j'ai dit qu'il fallait jouer là-dessus. Mais en maison de repos il y a un ergothérapeute donc c'est facile, c'est lui qui fait un peu le suivi de prévention des chutes.

6. Selon vous, la population et le corps médical sont-ils assez **sensibilisés** en termes de prévention et dépistage de l'ostéoporose ?^{1,2}

Euh ben on n'a pas beaucoup d'outils en fait, on n'a pas d'ostéodensitométrie et puis pour faire des scores, c'est un peu compliqué puisqu'on n'a pas de quoi calculer... C'est compliqué. Sinon prévention, ben je dirais prévention à l'aveugle quoi, calcium et vitamine D pour toutes les femmes ménopausées. Je dirais qu'on a quand même une mauvaise prévention.

DIAGNOSTIC / IDENTIFICATION^{2,5}

7. Lorsque vous recevez un protocole, avez-vous l'habitude de répertorier dans le DMI les **antécédents fracturaires** de vos patients (âgés) (sachant que le fait d'avoir présenté une première fracture de fragilité est un facteur de risque prépondérant d'en faire une seconde) ?^{2b}

Oui c'est ça « la fracture appelle la fracture », mon prof de rhumato disait ça, euh ben je note ostéoporose et je note ce qui a été fracturé mais je ne note pas le risque fracturaire, je note pas l'ostéodensitométrie avec euh comment ça s'appelle...le T score, je note pas non plus ça.

Je mets juste « ostéoporose » et ce qu'il y a eu une fracture sinon ça me fait des trucs de fou...

8. Quels sont vos **outils** pour dépister l'ostéoporose ? (réponse attendue : ostéodensitométrie) ²

Euh ben donc j'envoie chez le rhumato, je fais une ostéodensitométrie mais chez le rhumato quoi.

9. Quelles sont les situations dans lesquelles vous prescrivez une **ostéodensitométrie** ? (Connaissez-vous ses critères de remboursement ? /Le fait qu'elle ne soit remboursée que tous les cinq ans peut-il selon vous être un frein à sa prescription ?) ^{2a,b,c}

Euh ben quand il y a des douleurs un peu suspectes hein, comme j'avais dit avec le vieux monsieur qui avait un lumbago bizarre qui durait depuis des semaines, ou alors des facteurs de risque. Donc la patiente âgée qui devient un petit peu cyphotique donc ostéodensitométrie chez tout patient avec facteurs de risque et éléments suspects.

10. Utilisez-vous parfois l'outil **FRAX** qui permet de calculer la probabilité de fracture ostéoporotique à 10 ans, avec ou sans ostéodensitométrie préalable ? ²

Euh non, je connais mais j'utilise pas, c'est souvent le rhumato qui l'utilise en fait, il le met dans son rapport.

11. Jugez-vous que c'est à vous de pallier le (gap) manque de prise en charge des **différentes spécialités** ? C'est-à-dire, jugez-vous que c'est à vous de dépister pour l'ostéoporose : ^{5a,b,c}

- Une patiente post-ménopausée quand le gynécologue ne l'a pas fait ?
- Un patient avec un facteur de risque quand le spécialiste ne l'a pas fait ? (ex : patient sous corticoïdes pour une sarcoïdose non dépisté pour l'ostéoporose par le pneumo, patient avec des troubles de l'absorption comme un Crohn non dépisté pour l'ostéoporose par le gastro, certains patients onco...)
- Un patient en post-fracturaire quand le chirurgien orthopédiste ne l'a pas fait ?

De dépister ?

Ah euh oui, ben en fait si c'est moi qui dois le faire, je le fais. Mais je ne me sens pas l'obligation quoi. C'est celui qui arrive le premier qui le fait.

Ben vu qu'en médecine générale, on est dans le suivi au long cours, je me dis que si ça fait longtemps qu'elle prend des corticoïdes, c'est quand même un vrai facteur de risque, ça vaut le coup de l'envoyer faire un petit bilan.

Euh c'est vrai que ça me fait pas souvent tilt mais euh, quand il chute euh **en fait ils le mettent jamais les chirurgiens qu'il y a de l'ostéoporose donc non je ne le fais pas, mais c'est vrai qu'on devrait.**

TRAITEMENT³

12. Avez-vous l'habitude d'**initier** un traitement de l'ostéoporose ? Si oui, comment ?³

Ben la base quoi, vitamine D et calcium parce que tout le reste, c'est même super compliqué. Que ce soit de l'hormonothérapie substitutive ou les biphosphonates, enfin je ne sais pas à quel âge et à quel pourcentage d'ostéoporose il faut prescrire ces traitements. Donc là je préfère orienter chez le rhumato qui connaît mieux le domaine.

13. Avez-vous certaines **réticences** à prescrire un traitement de l'ostéoporose ? Si oui, pourquoi et dans quels cas ? Le dentiste, ou le patient a-t-il lui-même des réticences à débiter un traitement de l'ostéoporose ?³

Non si c'est des renouvellements. Je me souviens, c'était il y a deux ans, j'avais une patiente qui avait des biphosphonates en injectable donc ça ne me dérangeait pas de le faire si tout le monde était sur la même longueur d'onde.

- Et est-ce que les patients peuvent avoir eux-mêmes des réticences à démarrer un traitement ?

Ben oui **c'est l'ostéonécrose de la mâchoire, ça c'est courant hein venant des dentistes. Ils veulent pas, je pense qu'ils demandent qu'on arrête les traitements,** enfin je ne sais plus ça m'est arrivé une fois durant mon assistantat et je ne sais plus comment on fait.

14. Est-ce lié à l'âge du patient ? (Seriez-vous par exemple plus enclin à prescrire un traitement de l'ostéoporose à un patient de moins de 75 ans plutôt qu'à un patient plus âgé ?)³

Ben c'est compliqué la prise orale des biphosphonates, donc c'est peut-être mieux en injectables parfois. Donc si le rhumato dit biphosphonates par voie orale chez une patiente qui passe son temps couchée parfois ben je vais dire non écoutez c'est compliqué. Alors ce qui me dérange, c'est l'hormonothérapie concernant les cancers du sein etc, j'ai un peu de mal donc je discute beaucoup avec les gynéco avant de commencer ce genre de truc mais si tout le monde est rassuré et si tout le monde est d'accord...

15. Bis. Avez-vous des craintes par rapport à certains **effets indésirables** des traitements de l'ostéoporose ? Les plus connus/redoutés étant l'ostéonécrose de la mâchoire, ou la fracture fémorale atypique ?³

Non, j'en n'ai jamais vu donc c'est pas forcément une crainte. Souvent les craintes, c'est quand ça nous est arrivé donc j'espère que ça ne m'arrivera jamais en tout cas je n'en ai jamais vu.

16. En avez-vous **déjà rencontré(s)** dans votre pratique ? Avez-vous déjà vu des patients avec une ostéonécrose de la mâchoire sous traitement anti-ostéoporotique ? (Cette question ne concerne pas les patients qui sont sous traitement à des doses oncologiques)³

/

17. Chez vos patients sous **corticothérapie** de longue durée, avez-vous l'habitude de débiter un traitement protecteur de l'ostéoporose en parallèle ?^{3,5}

Euh mais je n'en ai pas eu...ah si l'année passée, j'ai une patiente avec une corticothérapie de longue durée pour de l'arthrose mais vu qu'elle avait un suivi rhumato, elle avait d'office un traitement de prévention. Mais c'était préventif de base si je me souviens bien, donc vitamine D et calcium... Sinon j'y penserai quoi

SUIVI⁴

18. Avez-vous l'habitude de **réévaluer** un traitement de l'ostéoporose ? C'est-à-dire le prescrivez-vous généralement « à vie », ou pour une durée déterminée, en fixant un certain objectif ?⁴

Euh je suis l'avis du rhumato parce qu'en fait, comme j'expliquais vu que c'est compliqué, je ne sais pas les périodes où il faut prescrire et l'évolution des demandes de prescription en fonction de ce qui est calculé au niveau de l'ostéodensitométrie et de quand il faut prescrire. Je me fie beaucoup à ce que dit le rhumato.

19. On observe un **treatment gap** (ou **fossé thérapeutique**) dans l'ostéoporose, en particulier en post-fracturaire chez les patients qui n'ont pas reçu de traitement de l'ostéoporose. Quelles sont à votre avis les explications de ce phénomène ? Comment pourrait-on y remédier ? Merci de bien développer cette dernière réponse. ^{2b et autres}

D'accord euh pourquoi est-ce qu'on ne pense pas à prescrire après une fracture, c'est vrai que c'est une bonne question... Euh à mon avis, il doit y avoir plusieurs facteurs qui font ça. Généralement, le spécialiste n'y pense pas, et on n'y pense pas parce qu'on a tellement de trucs à penser. Souvent on se dit que la fracture a été traitée en chirurgie et que maintenant que c'est renforcé, ça ne se produira plus à ce niveau. Et vu qu'il y a un bilan de revalidation, on se dit qu'il y aura moins de risque que l'autre articulation se fracture...voilà, sinon qu'est-ce qui pourrait expliquer ça ?

On n'a pas assez de red flags peut-être à ce niveau-là je ne sais pas, il faut plus y penser.

D'y penser systématiquement, de se dire quand il y a une fracture, dans le suivi il faut vraiment bien regarder s'il y a une prévention pour d'autres fois où il tomberait et risquerait de se fracturer.

- Y a-t-il quelque chose que vous voulez ajouter ?

Non, ça a l'air intéressant comme sujet.

Entretien n° 4 du 05/03/2021

Points à aborder avant de débiter le questionnaire :

- Remerciements

- Se présenter et présenter le sujet du TFE
- Rappeler que le questionnaire est totalement anonyme
- Redemander accord pour enregistrement audio de l'entretien
- Merci de bien développer vos réponses

Données concernant les médecins généralistes participants : **Médecin 4 (M4)**

- Nombre d'années de pratique en MG : <5 – **5-10** – 10-15 – 15-20 – 20-25 – 25-30 – 30-35 – >35
- Sexe : **Homme** – Femme
- Type de pratique : solo – **association** – maison médicale – intra-hospitalier – autre :
- Statut : **Médecin** - Assistant en MG

INTRODUCTION

1. Est-ce que pour vous l'ostéoporose est une maladie **significative** qui a des répercussions en termes de morbidité et/ou mortalité chez vos patients ?

Oui. Ben ça dépend de l'âge des patients, qu'est-ce que tu entends par significatif ? Donc euh oui c'est significatif et je dirais qu'on remarque ça souvent chez les personnes âgées à partir de 70 ans avec une fracture du col. Donc une mortalité assez conséquente en fonction de l'âge. Je crois que c'est quoi...une mortalité de 30% après prothèse de hanche ? **Donc c'est significatif pour la tranche d'âge je dirais, à partir de 65 ans et plus.**

2. Avez-vous l'habitude de **parler** de l'ostéoporose en consultation ? Si oui, dans quel contexte de consultation / chez quel profil de patient ?

Profil de patient femme, ménopausée, la cinquantaine, fumeuse... Euh oui en termes de dépistage, j'aborde la question et j'en parle aussi dans la vingtaine. On introduit chez les gens une contraception souvent, donc dans la prévention primaire. Et aussi la prévention à partir de 50 ans, ou chez quelqu'un qui a une ménopause précoce.

PREVENTION ¹

3. Parmi les facteurs de risque de fracture de fragilité (principalement tassement vertébral, fracture du col fémoral et du poignet), il existe des **facteurs de risque** non

modifiables et d'autres qui le sont. Pouvez-vous en lister quelques-uns (modifiables) ?

1

Tu veux dire l'aménagement de l'intérieur, des tapis etc. et régler les problèmes de vue...principalement ça, et la prise de vitamine D et de calcium. Et une médication si nécessaire.

4. Concernant la **prévention** de l'ostéoporose : Que mettez-vous en place avec vos patients ? Avez-vous l'habitude de prescrire de la vitamine D et du Calcium aux patients plus âgés ? Si oui, comment sont-ils tolérés, quelle est leur observance en général ? Veillez-vous à l'apport protéique des patients âgés ? Veillez-vous à la prévention des chutes ?¹

Prescrire oui, à partir de 50 ans chez la femme hein souvent. C'est vrai que chez l'homme on le fait moins peut-être la vitamine D. On délaisse les hommes mais il faudrait peut-être travailler sur les hommes aussi, à partir de 70 ans, ou l'andropause. Euh la compliance est difficile on remarque, j'introduis le traitement souvent mais je ne vérifie pas la compliance pour le calcium et la vitamine D. Les gens prennent ça un temps puis ils arrêtent souvent et c'est là qu'on devrait peut-être faire un focus plus sur le suivi.

5. Avez-vous l'habitude de faire de la **prévention des chutes** chez vos patients ? Quelles sont vos pistes pour ce faire ?¹

Prévention des chutes c'est difficile hein, ils tiennent à leurs tapis, je ne sais pas pourquoi (rires). Prévention des chutes, oui on essaie mais il y a une grosse résistance de la part des patients. Le changement chez les personnes âgées c'est difficile et puis il faut souvent impliquer la famille, les aidants etc. C'est du travail de longue haleine.

6. Selon vous, la population et le corps médical sont-ils assez **sensibilisés** en termes de prévention et dépistage de l'ostéoporose ?^{1,2}

Ben j'ai une vue biaisée, je pense que oui mais je pratique depuis peu donc euh probablement biaisé. Enfin moi je vais y faire attention de moi-même, mais la prévention c'est difficile. Le « case finding » là, je pense qu'il est bon.

Peu. C'est rare, les gens en parlent peu d'eux-mêmes.

DIAGNOSTIC / IDENTIFICATION^{2,5}

7. Lorsque vous recevez un protocole, avez-vous l'habitude de répertorier dans le DMI les **antécédents fracturaires** de vos patients (âgés) (sachant que le fait d'avoir présenté une première fracture de fragilité est un facteur de risque prépondérant d'en faire une seconde) ?^{2b}

S'il y a une fracture, je vérifie s'il y a un traitement en cours pour l'ostéoporose et je vérifie s'il faut pas faire d'exams complémentaires. Mais répertorier, pas directement, je dirais.

8. Quels sont vos **outils** pour dépister l'ostéoporose ? (réponse attendue : ostéodensitométrie)²

Le profil des patients et puis l'évaluation des risques fracturaires, le FRAX.

9. Quelles sont les situations dans lesquelles vous prescrivez une **ostéodensitométrie** ? (Connaissez-vous ses critères de remboursement ? /Le fait qu'elle ne soit remboursée que tous les cinq ans peut-il selon vous être un frein à sa prescription ?)^{2a,b,c}

Des profils types, je dirais. La femme ménopausée, de 50 ans, qui fume et avec un IMC assez bas, toute fine. Là où il y a une fracture et il y a un doute de cause d'ostéoporose ou euh... C'est principalement ça.

10. Utilisez-vous parfois l'outil **FRAX** qui permet de calculer la probabilité de fracture ostéoporotique à 10 ans, avec ou sans ostéodensitométrie préalable ?²

Oui.

11. Jugez-vous que c'est à vous de pallier le (gap) manque de prise en charge des **différentes spécialités** ? C'est-à-dire, jugez-vous que c'est à vous de dépister pour l'ostéoporose :^{5a,b,c}

- Une patiente post-ménopausée quand le gynécologue ne l'a pas fait ?
- Un patient avec un facteur de risque quand le spécialiste ne l'a pas fait ? (ex : patient sous corticoïdes pour une sarcoïdose non dépisté pour l'ostéoporose par le pneumo, patient avec des troubles de l'absorption comme un Crohn non dépisté pour l'ostéoporose par le gastro, certains patients onco...)
- Un patient en post-fracturaire quand le chirurgien orthopédiste ne l'a pas fait ?

Oui.

Oui.

Certainement. C'est rare que les orthos le fassent hein, c'est de la médecine interne en vrai. Faut pas demander trop aux orthopédistes.

TRAITEMENT³

12. Avez-vous l'habitude d'**initier** un traitement de l'ostéoporose ? Si oui, comment ?³

Oui, biphosphonate souvent.

13. Avez-vous certaines **réticences** à prescrire un traitement de l'ostéoporose ? Si oui, pourquoi et dans quels cas ? Le dentiste, ou le patient a-t-il lui-même des réticences à débiter un traitement de l'ostéoporose ?³

Problèmes dentaires, c'est surtout ça. Quand ils ont une bouche comme une poubelle. Mais de manière globale, je demande un check-up, enfin qu'ils aillent chez le dentiste avant. Visite chez le dentiste avant d'initier un traitement à chaque fois ? Souvent s'ils me disent qu'ils viennent d'y aller ça va, mais c'est rarement le cas.

14. Est-ce lié à l'âge du patient ? (Seriez-vous par exemple plus enclin à prescrire un traitement de l'ostéoporose à un patient de moins de 75 ans plutôt qu'à un patient plus âgé ?)³

Si euh, plus jeune je serais comment dire plus enclin à le prescrire, que quelqu'un de 70 ans ou plus, ça dépend des autres pathologies et de l'espérance de vie je pense. S'il a une espérance de vie courte, je ne vois pas l'intérêt.

15. Bis. Avez-vous des craintes par rapport à certains **effets indésirables** des traitements de l'ostéoporose ? Les plus connus/redoutés étant l'ostéonécrose de la mâchoire, ou la fracture fémorale atypique ?³

C'est une crainte euh mais peut-être biaisée (mon père est chirurgien maxillo-facial). Voilà oui donc j'ai pas de patients qui ont des antécédents d'ostéonécrose mais c'est comment dire, une précaution.

Oui l'oncologie, c'est différent bien sûr.

16. En avez-vous **déjà rencontré(s)** dans votre pratique ? Avez-vous déjà vu des patients avec une ostéonécrose de la mâchoire sous traitement anti-ostéoporotique ? (Cette question ne concerne pas les patients qui sont sous traitement à des doses oncologiques)³

/

17. Chez vos patients sous **corticothérapie** de longue durée, avez-vous l'habitude de débiter un traitement protecteur de l'ostéoporose en parallèle ?^{3,5}

Non. Je suis en train de réfléchir...qui est-ce que j'ai sous cortico de longue durée, non.

SUIVI⁴

18. Avez-vous l'habitude de **réévaluer** un traitement de l'ostéoporose ? C'est-à-dire le prescrivez-vous généralement « à vie », ou pour une durée déterminée, en fixant un certain objectif ?⁴

Donc l'Alendronate ou les biphosphonates c'est souvent 5 ans et puis on switch. Et puis ensuite c'est le problème avec le Prolia. Oui je refais une évaluation avec une ostéodensitométrie je dirais souvent après 5 ans de traitement. Le problème avec le Prolia, c'est qu'il n'y a pas de recommandations claires enfin si on peut le passer. Il faut continuer à faire des demandes d'autorisation parfois ils ont une masse osseuse qui a repris, qui est bonne en fait et là c'est le genre de personne où on ne sait pas trop ce qu'on doit faire, continuer le traitement ou arrêter, il y a un peu un flou.

19. On observe un **treatment gap** (ou **fossé thérapeutique**) dans l'ostéoporose, en particulier en post-fracturaire chez les patients qui n'ont pas reçu de traitement de l'ostéoporose. Quelles sont à votre avis les explications de ce phénomène ? Comment pourrait-on y remédier ? Merci de bien développer cette dernière réponse.^{2b et autres}

C'est souvent des prises en charge à l'hôpital, c'est des hospitalisations plus longues. Le patient revient à domicile et il y a d'autres choses à prendre en charge dans un premier temps, je dirais. Souvent dans les rapports, on n'a pas les images. Il y a un protocole où le chirurgien met un diagnostic et qui ne met pas l'image ou le protocole de radiologie en copie. Il ne parle pas d'ostéoporose.

Une meilleure communication avec le chirurgien orthopédiste peut-être, je ne sais pas...mieux lire les rapports. C'est difficile, je suis en train de réfléchir si j'ai des cas où ça a été mal pris en charge. Souvent ils ont eu au moins de la vitamine D et du Calcium mais peut-être pas d'Alendronate et d'ostéodensitométrie.

Ou ce sont des patients qui sont passés par la gériatrie, on se dit que normalement tout a été fait. Une personne qui passe peut-être sous le radar, c'est la personne de 60 ans-là qui tombe, fracture du poignet où il n'y a pas de protocole de radio et on a « ostéoporose » nulle part, mais ce sont des gens qu'on ne voit pas directement après donc c'est un peu difficile de s'y retrouver. Mais j'ai pas beaucoup de cas qui me viennent à l'esprit. Ceux qui sont en home, d'habitude ils sont bien pris en charge, c'est pas eux qui passent sous le radar, c'est des personnes relativement jeunes qui ne passent pas par la gériatrie. Ou c'est des personnes qui passent par la gériatrie et que ça a été mal pris en charge.

C'est vrai que les cortico, je n'y pense peut-être pas. Particulièrement les cortico inhalés. Maintenant les gens qui sont sous cortico, ils ont souvent d'autres problèmes... Je pense à une patiente, l'ostéoporose est son plus petit souci, quand ils sont polypathologiques, ça devient compliqué.

- Souhaitez-vous ajouter quelque chose ?

Je pense pas.

Entretien n°5 du 10/03/2021

Points à aborder avant de débiter le questionnaire :

- Remerciements
- Se présenter et présenter le sujet du TFE
- Rappeler que le questionnaire est totalement anonyme
- Redemander accord pour enregistrement audio de l'entretien
- Merci de bien développer vos réponses

Données concernant les médecins généralistes participants : **Médecin 5 (M5)**

- Nombre d'années de pratique en MG : <5 – 5-10 – 10-15 – 15-20 – 20-25 – **25-30** – 30-35 – >35
- Sexe : Homme – **Femme**
- Type de pratique : solo – **association** – maison médicale – intra-hospitalier – autre :
- Statut : **Médecin** - Assistant en MG

INTRODUCTION

1. Est-ce que pour vous l'ostéoporose est une maladie **significative** qui a des répercussions en termes de morbidité et/ou mortalité chez vos patients ?

Oui, si je dois développer, ben **on a quand même quelques décès dans des fractures de hanches de l'ostéoporose non diagnostiquées, oui.**

2. Avez-vous l'habitude de **parler** de l'ostéoporose en consultation ? Si oui, dans quel contexte de consultation / chez quel profil de patient ?

Ben en post-ménopause, on fait du dépistage... euh lorsqu'il y a sur une radio même pour tout autre chose que ça, le radiologue qui attire l'attention ou bien sûr à la moindre fracture, que ce soit, le gros orteil, ou ailleurs, un tassement, ou quelque chose comme ça. Traitement aussi de cortisone au long cours ou des choses comme ça.

PREVENTION¹

3. Parmi les facteurs de risque de fracture de fragilité (principalement tassement vertébral, fracture du col fémoral et du poignet), il existe des **facteurs de risque non modifiables** et d'autres qui le sont. Pouvez-vous en lister quelques-uns (modifiables) ?

1

L'activité physique, que les gens bougent et l'alimentation, de leur demander s'ils mangent du lait, des produits laitiers du calcium ou s'ils prennent un complément. Euh de voir si effectivement il y a des gens...normalement c'est sur prescription mais il y a quand même des gens qui mangent de la cortisone un peu à notre insu, ils ont eu qui ont eu du MEDROL un schéma court et ils continuent à en prendre, ou ils s'en font prescrire. Le PANTOMED au long cours, on ne les fait pas arrêter et apparemment il y a quand même une baisse de la

réabsorption de calcium avec des répercussions là-dessus. Mais surtout l'activité physique et l'alimentation oui.

4. Concernant la **prévention** de l'ostéoporose : Que mettez-vous en place avec vos patients ? Avez-vous l'habitude de prescrire de la vitamine D et du Calcium aux patients plus âgés ? Si oui, comment sont-ils tolérés, quelle est leur observance en général ? Veillez-vous à l'apport protéique des patients âgés ? Veillez-vous à la prévention des chutes ?¹

Oui ben je la dose systématiquement dans la prise de sang annuelle et la plupart du temps c'est carencé, mais donc a maintenant suffisamment de formes pour que ce soit le calcium ou la vitamine D, pour faire plaisir à tout le monde quoi, pour qu'ils prennent quelque chose qui leur plait.

Elle est moyenne, quand ils ont quelque chose comme un carbonate qui colle aux dents, ils ne suivent pas bien. Mais il faut parfois redemander et reproposer une autre forme, un citrate ou un sachet, ou un autre goût, une autre forme pour un peu redynamiser le traitement. Le coût aussi, parler de ça, éventuellement prendre une autre forme peut-être magistrale si vraiment il y a un problème d'argent, ou des choses comme ça.

5. Avez-vous l'habitude de faire de la **prévention des chutes** chez vos patients ? Quelles sont vos pistes pour ce faire ?¹

Oui ben je pense que c'est souvent lors d'une chute qu'on se fait la réflexion sur l'habitat, les marches, la disposition, une barre dans la douche, une barre dans la toilette... mais en général c'est plus souvent quand il y a déjà eu une chute que qu'avant qu'ils ne chutent. Tant qu'ils ne chutent pas, on se dit que tout va bien.

6. Selon vous, la population et le corps médical sont-ils assez **sensibilisés** en termes de prévention et dépistage de l'ostéoporose ?^{1,2}

Sensibilisés oui, maintenant est-ce que c'est réalisable dans une consultation de médecine générale où les gens viennent pour autre chose. Il faut penser à la vaccination, à l'ostéoporose, à d'autres facteurs de risque... Je sais si on le fait suffisamment. On sait qu'on doit le faire mais est-ce qu'on le fait suffisamment, je ne suis pas sûre.

DIAGNOSTIC / IDENTIFICATION^{2,5}

7. Lorsque vous recevez un protocole, avez-vous l'habitude de répertorier dans le DMI les **antécédents fracturaires** de vos patients (âgés) (sachant que le fait d'avoir présenté une première fracture de fragilité est un facteur de risque prépondérant d'en faire une seconde) ? ^{2b}

J'essaie. J'essaie maintenant de vraiment le faire, mais voilà je ne suis pas sûre que je l'ai toujours fait. Mais j'essaie de vraiment m'astreindre à le faire parce que c'est un peu le point de départ.

8. Quels sont vos **outils** pour dépister l'ostéoporose ? (Réponse attendue : ostéodensitométrie) ²

L'ostéodensitométrie de dépistage chez la post-ménopausée et euh même si on a une fracture...enfin ça reste l'ostéodensitométrie.

9. Quelles sont les situations dans lesquelles vous prescrivez une **ostéodensitométrie** ? (Connaissez-vous ses critères de remboursement ? /Le fait qu'elle ne soit remboursée que tous les cinq ans peut-il selon vous être un frein à sa prescription ?) ^{2a,b,c}

Oui donc la femme post-ménopausée, des gens qui prennent du MEDROL au long cours, des gens qui prennent du PANTOMED au long cours...moi j'essaie d'y penser et euh ben s'il y a n'importe quoi sur une radio, que ce soit ostéoporose écrit noir sur blanc sur une radio, ou une fracture quelconque.

10. Utilisez-vous parfois l'outil **FRAX** qui permet de calculer la probabilité de fracture ostéoporotique à 10 ans, avec ou sans ostéodensitométrie préalable ? ²

Non, non.

11. Jugez-vous que c'est à vous de pallier le (gap) manque de prise en charge des **différentes spécialités** ? C'est-à-dire, jugez-vous que c'est à vous de dépister pour l'ostéoporose : ^{5a,b,c}

- Une patiente post-ménopausée quand le gynécologue ne l'a pas fait ?
- Un patient avec un facteur de risque quand le spécialiste ne l'a pas fait ? (ex : patient sous corticoïdes pour une sarcoïdose non dépisté pour l'ostéoporose par le pneumo, patient avec des troubles de l'absorption comme un Crohn non dépisté pour l'ostéoporose par le gastro, certains patients onco...)

- Un patient en post-fracturaire quand le chirurgien orthopédiste ne l'a pas fait ?

Ben je pense qu'on doit le faire dans toutes les situations, simplement on devrait nous permettre d'avoir des consultations de chroniques. Quand les gens ne viennent pas pour ça, hein ils viennent généralement pour une raison. Alors on doit déjà euh ben quand ils ont mal au dos, penser à... 'fin il faut d'abord les soigner, vérifier leur tension, faire leurs médicaments, voir s'ils ont fait une prise de sang et puis penser à toute une série de choses. Et donc parfois quand on arrive, ben il faudrait penser à l'ostéoporose, à leurs vaccins etc. mais y a des fois des choses qu'on laisse tomber. Donc je pense que c'est parfois le manque de temps ou le fait que la consultation soit... euh on devrait prévoir des consultations probablement plus longues pour ce genre de situations par rapport à des gens qui viennent juste pour une angine où on ne pose pas... et même des gens qui viennent juste pour une angine, s'ils sont plus âgés, ben c'est le moment où on les tient et on devrait pouvoir faire ça mais on le fait pas parce qu'il y a beaucoup de monde et voilà. Mais oui ce serait à nous, euh la réponse c'est oui ce serait à nous de le faire mais il faudrait que techniquement on puisse nous donner la possibilité de le faire.

Oui je pense qu'on doit le faire, mais on devrait pratiquement avoir quelque chose de plus réalisable quoi.

TRAITEMENT³

12. Avez-vous l'habitude d'**initier** un traitement de l'ostéoporose ? Si oui, comment ?³

Ben on va commencer par un Biphosphonate, et puis apparemment le PROLIA apporte quand même pas mal de bénéfice pendant un certain nombre d'années. Et puis euh faire attention quand on l'enlève pour remettre quelque chose. Quand ils ont eu trop d'années le PROLIA je pense qu'il y a quand même une limite dans le temps. Maintenant en général dans la région quand on fait une ostéodensitométrie, il y a quand même un médecin qui protocole avec « il faudrait faire ceci, il faudrait faire cela ». Donc est déjà quand même guidé, et parfois j'ai reçu un protocole en disant ben voilà « elle a pris le PROLIA pendant autant d'années, il faudrait penser à l'enlever mais à remettre quelque chose d'autre ». Et on est quand même guidé, maintenant on doit, nous, s'informer. Moi j'avais refait une conférence là-dessus parce qu'effectivement « pourquoi le PROLIA ? Quand ? Quand est-ce qu'on l'arrête » etc. pour être

bien informé quoi parce que c'est pas toujours, c'est souvent mais pas toujours dans les protocoles ou bien « nécessite un traitement » mais on ne précise pas lequel et comment.

13. Avez-vous certaines **réticences** à prescrire un traitement de l'ostéoporose ? Si oui, pourquoi et dans quels cas ? Le dentiste, ou le patient a-t-il lui-même des réticences à débiter un traitement de l'ostéoporose ?³

Tout à fait, tout à fait, ben j'essaie d'être attentive à l'état dentaire avant de le mettre, qu'ils aillent quand même bien faire ça et si des gens ont énormément de soins dentaires à faire, des dents à soigner, des arrachages etc. ben on attend, je vais pas faire à ce moment-là. Des gens peut-être avec une hygiène dentaire déplorable, où on sait qu'ils ne vont pas se faire soigner, est-ce que c'est judicieux d'aller risquer quelque chose ? Mais j'en tiens compte, oui.

- A part ça, pas de réticences ?

Non, c'est vrai qu'on a maintenant des formes beaucoup mieux tolérées au niveau gastro-intestinal. Moi j'ai encore connu les comprimés où il fallait pas se coucher, enfin ça existe toujours hein, mais où c'était quand même plus chaud à placer, les gens ne toléraient pas. Mais avec ce qu'on a maintenant, on a de quoi mettre de manière plus sécurisée, oui.

14. Est-ce lié à l'âge du patient ? (Seriez-vous par exemple plus enclin à prescrire un traitement de l'ostéoporose à un patient de moins de 75 ans plutôt qu'à un patient plus âgé ?)³

Bien sûr oui. Même si c'est conseillé, c'est vrai que quand on est vraiment en gériatrie profonde là, au-delà de 85 ans, je me dis parfois est-ce que ça a du sens ? Est-ce qu'on va vraiment reconstruire de l'os ? Est-ce que c'est pas... Avantage-bénéfice-risque, enfin voilà.

15. Bis. Avez-vous des craintes par rapport à certains **effets indésirables** des traitements de l'ostéoporose ? Les plus connus/redoutés étant l'ostéonécrose de la mâchoire, ou la fracture fémorale atypique ?³

/

16. En avez-vous **déjà rencontré(s)** dans votre pratique ? Avez-vous déjà vu des patients avec une ostéonécrose de la mâchoire sous traitement anti-ostéoporotique ? (Cette

question ne concerne pas les patients qui sont sous traitement à des doses oncologiques)³

Oui j'en ai déjà eu. J'en n'ai pas eu beaucoup, moins de cinq cas sur les dernières années, mais j'en ai déjà eu.

17. Chez vos patients sous **corticothérapie** de longue durée, avez-vous l'habitude de débiter un traitement protecteur de l'ostéoporose en parallèle ?^{3,5}

Je vais prescrire un examen mais...et en fonction du résultat je mettrai un traitement. Mais je ne mets pas d'office un traitement protecteur sans avoir une preuve d'ostéoporose par une ostéodensitométrie.

SUIVI⁴

18. Avez-vous l'habitude de **réévaluer** un traitement de l'ostéoporose ? C'est-à-dire le prescrivez-vous généralement « à vie », ou pour une durée déterminée, en fixant un certain objectif ?⁴

Oui tout à fait, mais je pense qu'on doit mais aussi s'informer. On sait pas toujours très bien et plutôt que de chercher « tiens combien de temps est-ce que c'est le PROLIA et après combien de temps doit-on changer ? » ben on represcrit dans la cohue de la journée quoi, donc je pense qu'il faut qu'on soit mieux formé. C'est vrai que moi j'avais fait cette conférence parce que je ne savais pas très bien les différences et qui, que, quoi...

19. On observe un **treatment gap** (ou **fossé thérapeutique**) dans l'ostéoporose, en particulier en post-fracturaire chez les patients qui n'ont pas reçu de traitement de l'ostéoporose. Quelles sont à votre avis les explications de ce phénomène ? Comment pourrait-on y remédier ? Merci de bien développer cette dernière réponse.^{2b et autres}

Je sais pas moi, j'essaie d'être attentive. J'ai eu des cas autour de moi, familiaux, et donc je suis plus attentive probablement pour ça. Mais j'essaie que quand il y a fracture, même fracture de fatigue d'un pied, de penser à faire vraiment des examens, à donner suite. Maintenant, je pense que c'est voilà la volonté, que le médecin soit bien conscient et qu'il ait l'attention attirée par ça, qu'il soit bien motivé. Et la deuxième chose, c'est ces consultations où on doit faire 250 choses quoi, le cholestérol, le sucre, le bazar, le machin, l'hygiène de vie...

Donc d'avoir pratiquement la place pour le faire. Mais normalement après une fracture, on doit le faire, ça ne devrait même pas être à discuter.

- Souhaitez-vous ajouter quelque chose ?

Non, ben quand on fait ce genre de questionnaire, on se dit que ben oui, il faut vraiment le faire et on se rend compte que c'est vraiment la charge de travail... Je pense que si je dois dire la raison qui fait que je ne le fais pas, c'est la charge de travail. Je dois le faire, mais pas aujourd'hui, il est déjà tard ou je suis en retard...ça ne devrait pas être un frein parce que, évidemment, ça a des conséquences.

Entretien n°6 du 11/03/2021

Points à aborder avant de débiter le questionnaire :

- **Remerciements**
- **Se présenter et présenter le sujet du TFE**
- **Rappeler que le questionnaire est totalement anonyme**
- **Redemander accord pour enregistrement audio de l'entretien**
- **Merci de bien développer vos réponses**

Données concernant les médecins généralistes participants : **Médecin 6 (M6)**

- Nombre d'années de pratique en MG : <5 – 5-10 – 10-15 – 15-20 – 20-25 – 25-30 – 30-35 – **>35**
- Sexe : **Homme** – Femme
- Type de pratique : solo – **association** – maison médicale – intra-hospitalier – autre :
- Statut : **Médecin** - Assistant en MG

INTRODUCTION

1. *Est-ce que pour vous l'ostéoporose est une maladie **significative** qui a des répercussions en termes de morbidité et/ou mortalité chez vos patients ?*

Oui bien sûr, surement même oui. Si je dois développer, ben c'est une maladie qui est méconnue souvent et je pense qu'on a tout intérêt à faire un peu plus attention. On a perdu un peu l'emprise si tu veux du dépistage parce que c'est en général les gynécos qui embrayent au moment de la ménopause et qui la recherchent et c'est un petit peu à la limite grâce à certaines firmes pharmaceutiques qui ont développé des nouvelles molécules et des nouvelles familles qu'on nous a un peu stimulés. On a attiré notre attention sur cette pathologie-là et de la dépister de façon un peu plus systématique.

2. Avez-vous l'habitude de **parler** de l'ostéoporose en consultation ? Si oui, dans quel contexte de consultation / chez quel profil de patient ?

Au point de départ, effectivement ben comme j'ai dit **les femmes au moment de la ménopause, elles sont beaucoup prises en charge par leur gynécologue. Donc on prolonge un peu les explications du gynécologue et puis alors on a quand même aussi la pris en charge qui est plus personnelle de la médecine générale.** Forcément les femmes deviennent un petit peu moins actives, et parfois elles tombent et se cassent les poignets, là on se dit « A votre âge vous auriez peut-être bien un peu d'ostéoporose » et on reçoit les rapports des fractures et on se dit oui, c'est une personne qui est ostéoporotique et voilà. C'est souvent hein, on a l'attention attirée d'une part par l'anamnèse si on fait un petit peu attention et d'autre part aussi par les radiologues quand on doit soigner un petit bobo qui fait qu'on doit réaliser une radio.

PREVENTION¹

3. Parmi les facteurs de risque de fracture de fragilité (principalement tassement vertébral, fracture du col fémoral et du poignet), il existe des **facteurs de risque non modifiables** et d'autres qui le sont. Pouvez-vous en lister quelques-uns (modifiables) ?

1

Ben premièrement, les traitements hormonaux quand on pense. C'est quand même une fameuse différence, je pense que la différence est significative entre les personnes qui ont un traitement hormonal de substitution à la ménopause et celles qui n'en ont pas.

Deuxièmement l'activité physique je pense que ça aussi c'est capital, c'est un truc qui me tient à cœur.

Alors le tabagisme, mais ça je ne suis pas sûr qu'on a vraiment de la prise là-dessus enfin par rapport à l'ostéoporose. Tu vas dire aux gens qu'il faut arrêter de fumer parce qu'ils ont de l'ostéoporose, ils s'en fichent complètement évidemment. Donc là je ne suis pas sûr qu'on sait vraiment agir sur ce facteur-là.

Et puis alors calcium et vitamine D bien sûr. Ça fait partie un peu des conseils qu'on donne aux personnes en péri-ménopause ou en pré-ménopause « Pensez quand même à vos apports calciques que ce soit médicamenteux ou alimentaire etc.

On fait aussi maintenant beaucoup de dépistage au niveau de la vitamine D, c'est une chose qu'on utilise pour sensibiliser les dames principalement et la prise de calcium évidemment. Ça ce sont des choses sur lesquelles on a quand même une prise.

4. Concernant la **prévention** de l'ostéoporose : Que mettez-vous en place avec vos patients ? Avez-vous l'habitude de prescrire de la vitamine D et du Calcium aux patients plus âgés ? Si oui, comment sont-ils tolérés, quelle est leur observance en général ? Veillez-vous à l'apport protéique des patients âgés ? Veillez-vous à la prévention des chutes ?¹

Mal hein, mauvaise de toute façon. Parce que c'est pas remboursé, c'est pas spécialement bon marché, c'est embêtant parce que c'est tout le temps. Soit les gens trouvent que ça devient trop cher, soit ils en ont marre de prendre ces trucs-là parce que c'est pas non plus facile à gober hein ces trucs pétillants là ou bien cette craie que tu dois croquer ou mâcher et donc ce ne sont pas forcément des traitements qui sont agréables à prendre. En plus je pense aussi que la longueur du traitement entraîne aussi un désenchantement et une déshabitude quoi « J'en ai marre de prendre ces trucs-là » ou bien « C'est mauvais » voilà.

5. Avez-vous l'habitude de faire de la **prévention des chutes** chez vos patients ? Quelles sont vos pistes pour ce faire ?¹

J'essaie, j'essaie qu'ils ne soient pas hypotendus. Maintenant c'est pas facile hein de faire de la prévention de chute. Les gens à la maison de retraite, c'est fait de toute façon à la maison de retraite. Mais les gens à domicile, on essaie mais ce n'est pas toujours quelque chose qui est fort écouté. Quand tu dis aux gens de faire attention, ben tu les retrouves la fois suivante quand tu vas chez eux, ils sont debout sur une chaise en train de faire leurs carreaux, de

repeindre le plafond etc. ça arrive souvent. Mais je ne peux pas crier parce que je dis toujours qu'il vaut mieux être actif que dans un fauteuil quoi. Mais il y a une nuance à mettre.

6. Selon vous, la population et le corps médical sont-ils assez **sensibilisés** en termes de prévention et dépistage de l'ostéoporose ? ^{1,2}

Non je trouve que non. Maintenant comme je dis, on l'est un peu plus mais je pense que c'est quand même une maladie qui est sous-diagnostiquée vraisemblablement. Mais c'est aussi lié au fait que tout est cher. Le traitement est cher, l'examen est cher donc toutes ces choses-là font que ça représente quand même un certain frein à la prescription mais surtout à l'observance. Les gens, quand tu leur dis d'aller faire un test pour l'ostéoporose « Quoi ? J'ai déjà été l'autre fois, ça m'a coûté 40 ou 50€ ». Et on ne sent pas l'ostéoporose, c'est pas comme les gens qui ont de l'arthrose, qui ont mal, ou qui sont essoufflés. Les gens ne voient pas forcément l'intérêt de faire des examens, c'est pas quelque chose qui est pénalisant en soi quand tout va bien, donc les gens ne voient pas forcément l'intérêt de prendre des médicaments ou d'aller faire un examen pour éviter ce genre de problème.

DIAGNOSTIC / IDENTIFICATION ^{2,5}

7. Lorsque vous recevez un protocole, avez-vous l'habitude de répertorier dans le DMI les **antécédents fracturaires** de vos patients (âgés) (sachant que le fait d'avoir présenté une première fracture de fragilité est un facteur de risque prépondérant d'en faire une seconde) ? ^{2b}

Est-ce que je répertorie ? Pas spécialement. Je ne vais pas passer mon temps à répertorier tout, on fait attention. Ah tiens il commence certainement à faire de l'ostéoporose, il a déjà eu une fracture du poignet...on sait qu'on doit faire un lien entre ce genre de protocole et les fractures antérieures éventuelles, ça c'est sûr. Maintenant est-ce que je le fais systématiquement ? Je ne suis pas très systématique.

8. Quels sont vos **outils** pour dépister l'ostéoporose ? (réponse attendue : ostéodensitométrie) ²

Ben c'est principalement l'ostéodensitométrie hein j'ai pas d'outils particuliers. Oui ben je vais faire mon anamnèse, je connais les gens et quand je vois qu'elles arrivent à la ménopause, de temps en temps je dis qu'il faudrait peut-être y penser. Mais j'ai pas des

clignotants qui s'allument partout, ça c'est vrai que j'ai pas d'aide-mémoire. Les jours où je suis en forme et motivé, je vais y penser. Les jours où j'ai trop de boulot, je vais probablement zapper.

9. Quelles sont les situations dans lesquelles vous prescrivez une **ostéodensitométrie** ? (Connaissez-vous ses critères de remboursement ? /Le fait qu'elle ne soit remboursée que tous les cinq ans peut-il selon vous être un frein à sa prescription ?)^{2a,b,c}

Tout ce qui est une suspicion parce que fracture de toute façon et certaines personnes chez qui on discute, on aborde le sujet de la ménopause. Et des personnes qui ont aussi déjà un traitement hormonal et qui vont l'arrêter. Parfois l'aspect hein des gens, tu as des personnes qui commencent à se voûter un petit peu fort, là tu te dis « Il a vraiment une tête d'ostéoporotique », ça m'arrive aussi.

10. Utilisez-vous parfois l'outil **FRAX** qui permet de calculer la probabilité de fracture ostéoporotique à 10 ans, avec ou sans ostéodensitométrie préalable ?²

Non.

11. Jugez-vous que c'est à vous de pallier le (gap) manque de prise en charge des **différentes spécialités** ? C'est-à-dire, jugez-vous que c'est à vous de dépister pour l'ostéoporose :^{5a,b,c}

- Une patiente post-ménopausée quand le gynécologue ne l'a pas fait ?
- Un patient avec un facteur de risque quand le spécialiste ne l'a pas fait ? (ex : patient sous corticoïdes pour une sarcoïdose non dépisté pour l'ostéoporose par le pneumo, patient avec des troubles de l'absorption comme un Crohn non dépisté pour l'ostéoporose par le gastro, certains patients onco...)
- Un patient en post-fracturaire quand le chirurgien orthopédiste ne l'a pas fait ?

Sûrement, sûrement même. C'est notre rôle de médecin généraliste, on doit avoir un rôle de dépisteur en médecine générale. Mais c'est vrai qu'il faudrait qu'on mette un peu plus l'accent sur le dépistage de l'ostéoporose et qu'on donne la possibilité aux gens d'avoir un dépistage moins coûteux.

C'est à nous à le faire, c'est à nous à y penser mais c'est vrai que c'est un peu plus rare ça, les malabsorptions et les patients sous corticoïdes. C'est vrai qu'on n'y pense pas d'emblée, mais on devrait.

Ça c'est clair, ça c'est clair et net hein.

TRAITEMENT³

*12. Avez-vous l'habitude d'**initier** un traitement de l'ostéoporose ? Si oui, comment ?³*

Oui ben tu sais bien, moi c'est l'Aclasta. 99 fois sur 100 je propose l'Aclasta. Les biphosphonates, je n'en donne quasi plus j'entretiens les gens qui en prennent toujours parce qu'ils trouvent que ça va bien comme ça. Le Prolia, je ne l'utilise jamais d'emblée moi-même. On les continue si tu veux, mais c'est le spécialiste qui le prescrit au départ et moi je le continue. Donc je mets en route l'Aclasta souvent.

*13. Avez-vous certaines **réticences** à prescrire un traitement de l'ostéoporose ? Si oui, pourquoi et dans quels cas ? Le dentiste, ou le patient a-t-il lui-même des réticences à débiter un traitement de l'ostéoporose ?³*

J'ai pas de réticences du tout. Surtout, surtout avant. Et maintenant, je fais un peu plus attention parce qu'on m'a cassé les oreilles avec les ostéonécroses de mâchoire que moi personnellement j'ai jamais vues. Aussi souvent j'ai fait des traitements de l'ostéoporose, aussi rarement je ne l'ai jamais vu. Mais à force d'entendre des gens qui « Ah mais c'est pas bon etc. etc. », je pose la question de savoir si les gens ont une dentition en bon état. Mais je ne suis pas un fada, comment dire, de la crainte de l'ostéonécrose, et donc de rechercher systématiquement l'ostéonécrose.

C'est le patient qui a entendu parler ou qui a lu des choses comme ça.

Certains dentistes, à la limite ils induisent chez les patients l'idée qu'ils ont une ostéonécrose de la mâchoire alors qu'ils n'en ont pas. Donc j'ai déjà eu des retours de dentistes qui disaient « Il ne faut surtout pas faire votre traitement parce que ci, parce que ça... ». Mais je n'ai jamais vu réellement même des gens que le dentiste avec envoyé chez le médecin traitant en disant que ça ne va pas, il ne faut pas faire ça parce qu'il y a une ostéonécrose de mâchoire. Jamais vu.

Certains patients ont pu dire « Non, je ne fais pas votre traitement parce que le dentiste a dit que », et là je me dis tant pis pour vous.

Mais ni de ma part personnelle, ni de la part des gens que le dentiste avait diagnostiqué une ostéonécrose.

14. Est-ce lié à l'âge du patient ? (Seriez-vous par exemple plus enclin à prescrire un traitement de l'ostéoporose à un patient de moins de 75 ans plutôt qu'à un patient plus âgé ?) ³

Non, plus tard. A la limite, des gens de 80 ans, je trouve que ça vaut encore vraiment la peine de les traiter. Et je les traite. Maintenant des gens de 90 ans, je nuance un peu, je fais au coup par coup en me disant on ne sait jamais. C'est rare que je recherche l'ostéoporose chez des gens de plus de 90 ans, là je fais un peu au coup par coup en pensant aux bénéfices et aux inconvénients. Mais des personnes de 75 ans surement, j'essaie de tous les traiter.

15. Bis. Avez-vous des craintes par rapport à certains **effets indésirables** des traitements de l'ostéoporose ? Les plus connus/redoutés étant l'ostéonécrose de la mâchoire, ou la fracture fémorale atypique ? ³

/

16. En avez-vous **déjà rencontré(s)** dans votre pratique ? Avez-vous déjà vu des patients avec une ostéonécrose de la mâchoire sous traitement anti-ostéoporotique ? (Cette question ne concerne pas les patients qui sont sous traitement à des doses oncologiques) ³

/ (déjà répondu)

17. Chez vos patients sous **corticothérapie** de longue durée, avez-vous l'habitude de débiter un traitement protecteur de l'ostéoporose en parallèle ? ^{3,5}

Non.

SUIVI ⁴

18. Avez-vous l'habitude de **réévaluer** un traitement de l'ostéoporose ? C'est-à-dire le prescrivez-vous généralement « à vie », ou pour une durée déterminée, en fixant un certain objectif ? ⁴

Ah oui, au bout de 3 ans on essaie d'y penser. Et quand ce n'est pas moi qui y pense, ce sont les patients parce que voilà. Donc on réévalue et on reconsidère le traitement et la nécessité de poursuivre ou pas le traitement. En général, même les biphosphonates j'essaie de faire au moins 5 ans, mais on réévalue après 3 à 5 ans oui bien sûr, quand on y pense.

19. On observe un **treatment gap** (ou **fossé thérapeutique**) dans l'ostéoporose, en particulier en post-fracturaire chez les patients qui n'ont pas reçu de traitement de l'ostéoporose. Quelles sont à votre avis les explications de ce phénomène ? Comment pourrait-on y remédier ? Merci de bien développer cette dernière réponse. ^{2b et autres}

Ben je pense que de toute façon, il y a des gens à qui on a proposé un traitement mais qui n'en ont rien à cirer ça c'est déjà une chose. Et il y a aussi des gens à qui on a proposé un traitement et que leur médecin traitant a dit « Non, il n'y a pas besoin », ce qui est une ineptie en général. Mais je pense que ça dépend de l'âge aussi même si c'est quand même dommage. Et puis il y a ceux pour qui on n'y a pas pensé, et c'est bien dommage aussi.

Maintenant, notre rôle à nous, c'est de dire qu'évidemment toutes les fractures ne sont pas nécessairement causées par l'ostéoporose. Mais c'est vrai que chez les personnes âgées, une première fracture devrait éventuellement attirer l'attention. Ce n'est pas toujours le cas parce que le radiologue ne l'a pas nécessairement vu ou ne l'a pas nécessairement signalé.

Nous, on devrait peut-être un peu mieux nous driller en disant qu'en cas de fracture chez une personnes âgée, il faut rechercher l'ostéoporose.

Mais encore une fois, je pense que dans l'inconscient collectif, et que ce soit chez les patients ou chez les médecins, « Oui mais attends, ce n'est pas remboursé cette affaire donc va entrer dans des dépenses qui ne sont quand même pas négligeables pour les gens et tout le monde ne vit pas dans le Brabant Wallon ».

- Souhaitez-vous ajouter quelque chose ?

Je souhaite recevoir une copie de tes conclusions et peut-être de ton TFE s'il n'est pas trop épais (rires).

Entretien n°7 du 20/03/2021

Points à aborder avant de débiter le questionnaire :

- Remerciements
- Se présenter et présenter le sujet du TFE
- Rappeler que le questionnaire est totalement anonyme
- Redemander accord pour enregistrement audio de l'entretien
- Merci de bien développer vos réponses

Données concernant les médecins généralistes participants : **Médecin 7 (M7)**

- Nombre d'années de pratique en MG : <5 – 5-10 – 10-15 – 15-20 – 20-25 – 25-30 – **30-35** – >35
- Sexe : Homme – **Femme**
- Type de pratique : **solo** – association – maison médicale – intra-hospitalier – autre :
- Statut : **Médecin** - Assistant en MG

INTRODUCTION

1. Est-ce que pour vous l'ostéoporose est une maladie **significative** qui a des répercussions en termes de morbidité et/ou mortalité chez vos patients ?

Oui.

2. Avez-vous l'habitude de **parler** de l'ostéoporose en consultation ? Si oui, dans quel contexte de consultation / chez quel profil de patient ?

Euh ben les femmes au moment de la ménopause, enfin après la ménopause. Maintenant c'est vrai qu'on n'en parle pas chaque fois non plus.

PREVENTION¹

3. Parmi les facteurs de risque de fracture de fragilité (principalement tassement vertébral, fracture du col fémoral et du poignet), il existe des **facteurs de risque** non

modifiables et d'autres qui le sont. Pouvez-vous en lister quelques-uns (modifiables) ?

1

Oui. L'exercice physique, le tabac, la consommation de produits qui contiennent du calcium, la prise de vitamine D, l'obésité, l'alcool...

4. Concernant la **prévention** de l'ostéoporose : Que mettez-vous en place avec vos patients ? Avez-vous l'habitude de prescrire de la vitamine D et du Calcium aux patients plus âgés ? Si oui, comment sont-ils tolérés, quelle est leur observance en général ? Veillez-vous à l'apport protéique des patients âgés ? Veillez-vous à la prévention des chutes ?¹

Oui. Vitamine D oui, calcium c'est parfois fonction de la consommation des produits laitiers. Je trouve que le calcium n'est pas toujours bien digéré par les gens, ça les constipe. Du coup ils arrêtent. Donc niveau digestif, constipation souvent.

(Apport protéique chez les PA ?) J'essaie, oui.

5. Avez-vous l'habitude de faire de la **prévention des chutes** chez vos patients ? Quelles sont vos pistes pour ce faire ?¹

Euh oui, de la kiné de rééducation à la marche pour les gens qui ont une amyotrophie, s'ils sont chez eux parfois ils ont des installations, des tapis, des choses qui sont dangereuses. Eviter les somnifères, les benzos, l'alcool...

6. Selon vous, la population et le corps médical sont-ils assez **sensibilisés** en termes de prévention et dépistage de l'ostéoporose ?^{1,2}

Je pense que oui, je dirais oui.

DIAGNOSTIC / IDENTIFICATION^{2,5}

7. Lorsque vous recevez un protocole, avez-vous l'habitude de répertorier dans le DMI les **antécédents fracturaires** de vos patients (âgés) (sachant que le fait d'avoir présenté une première fracture de fragilité est un facteur de risque prépondérant d'en faire une seconde) ?^{2b}

Oui. C'est pas souvent hein sur les simples radios. Il y a certains radiologues qui le stipulent, mais c'est pas fréquent je trouve.

8. Quels sont vos **outils** pour dépister l'ostéoporose ? (réponse attendue : ostéodensitométrie)²

L'ostéodensitométrie.

9. Quelles sont les situations dans lesquelles vous prescrivez une **ostéodensitométrie** ? (Connaissez-vous ses critères de remboursement ? /Le fait qu'elle ne soit remboursée que tous les cinq ans peut-il selon vous être un frein à sa prescription ?)^{2a,b,c}

Quelques années après la ménopause, et les dames qui ont un traitement, pour surveiller l'efficacité du traitement. J'ai pas d'hommes qui en ont. Parfois les hommes qui prennent des traitements à la cortisone. J'ai un patient diabétique insulino-requérant qui a aussi un problème d'ostéoporose.

10. Utilisez-vous parfois l'outil **FRAX** qui permet de calculer la probabilité de fracture ostéoporotique à 10 ans, avec ou sans ostéodensitométrie préalable ?²

Maintenant dans les protocoles ils le mettent systématiquement. En fait, c'est plus fiable ça que les valeurs de T-score je pense, enfin j'avais lu ça quelque part. Maintenant dans les protocoles il est souvent inscrit.

11. Jugez-vous que c'est à vous de pallier au (gap) manque de prise en charge des **différentes spécialités** ? C'est-à-dire, jugez-vous que c'est à vous de dépister pour l'ostéoporose :^{5a,b,c}

- Une patiente post-ménopausée quand le gynécologue ne l'a pas fait ?
- Un patient avec un facteur de risque quand le spécialiste ne l'a pas fait ? (ex : patient sous corticoïdes pour une sarcoïdose non dépisté pour l'ostéoporose par le pneumo, patient avec des troubles de l'absorption comme un Crohn non dépisté pour l'ostéoporose par le gastro, certains patients onco...)
- Un patient en post-fracturaire quand le chirurgien orthopédiste ne l'a pas fait ?

Oui.

Oui.

Oui logiquement oui, maintenant quand c'est des personnes très, très âgées, je n'envoie pas faire une ostéodensitométrie car aussi la tolérance non plus de ces médicaments-là n'est pas toujours exceptionnelle.

TRAITEMENT³

12. Avez-vous l'habitude d'**initier** un traitement de l'ostéoporose ? Si oui, comment ?³

Oui, en général ben le premier moi c'est souvent l'acide ibandronique. Donc biphosphonate per os.

13. Avez-vous certaines **réticences** à prescrire un traitement de l'ostéoporose ? Si oui, pourquoi et dans quels cas ? Le dentiste, ou le patient a-t-il lui-même des réticences à débiter un traitement de l'ostéoporose ?³

J'en discute avec la patiente. J'ai des patients qui à cause du problème d'ostéonécrose n'ont pas voulu continuer. Et avec le Prolia, j'ai eu quelques soucis avec des personnes BPCO qui, sous Prolia, ont commencé à faire des bronchites à répétition. J'en ai parlé au délégué de la firme, mais j'ai jamais eu de retour. Mais moi je l'ai constaté et un confrère aussi. Ça joue quand même au niveau immunitaire, enfin je sais pas c'est quand même des anticorps monoclonaux. Donc chez les BPCO, j'évite.

Non, elles ont vu une émission qui leur a fait très peur (rire).

14. Est-ce lié à l'âge du patient ? (Seriez-vous par exemple plus enclin à prescrire un traitement de l'ostéoporose à un patient de moins de 75 ans plutôt qu'à un patient plus âgé ?)³

Je dirais plus jeune oui.

15. Bis. Avez-vous des craintes par rapport à certains **effets indésirables** des traitements de l'ostéoporose ? Les plus connus/redoutés étant l'ostéonécrose de la mâchoire, ou la fracture fémorale atypique ?³

Ben oui par rapport au Prolia là chez les BPCO.

16. En avez-vous **déjà rencontré(s)** dans votre pratique ? Avez-vous déjà vu des patients avec une ostéonécrose de la mâchoire sous traitement anti-ostéoporotique ? (Cette

question ne concerne pas les patients qui sont sous traitement à des doses oncologiques)³

(Ostéonécrose) J'ai eu le cas, mais c'était quelqu'un qui était en traitement pour le cancer du sein et qui avait le Zometa je pense...mais bon c'était un cas vraiment particulier quoi, elle avait son traitement plutôt pour les effets secondaires de ce qu'elle devait prendre. Elle est décédée.

17. Chez vos patients sous **corticothérapie** de longue durée, avez-vous l'habitude de débiter un traitement protecteur de l'ostéoporose en parallèle ?^{3,5}

De la vitamine D et du calcium en général.

SUIVI⁴

18. Avez-vous l'habitude de **réévaluer** un traitement de l'ostéoporose ? C'est-à-dire le prescrivez-vous généralement « à vie », ou pour une durée déterminée, en fixant un certain objectif ?⁴

Au bout de 3 à 5 ans, je refais une ostéodensitométrie, oui.

19. On observe un **treatment gap** (ou **fossé thérapeutique**) dans l'ostéoporose, en particulier en post-fracturaire chez les patients qui n'ont pas reçu de traitement de l'ostéoporose. Quelles sont à votre avis les explications de ce phénomène ? Comment pourrait-on y remédier ? Merci de bien développer cette dernière réponse.^{2b et autres}

C'est vrai qu'on ne prend peut-être pas toujours conscience que la fracture est liée à un problème d'ostéoporose, donc ça devrait peut-être venir des protocoles de radio ou du chirurgien... donc améliorer la communication.

- Est-ce que vous souhaitez ajouter quelque chose ?

Non, je ne pense pas.

Entretien n°8 du 22/03/2021

Points à aborder avant de débiter le questionnaire :

- Remerciements
- Se présenter et présenter le sujet du TFE
- Rappeler que le questionnaire est totalement anonyme
- Redemander accord pour enregistrement audio de l'entretien
- Merci de bien développer vos réponses

Données concernant les médecins généralistes participants : **Médecin 8 (M8)**

- Nombre d'années de pratique en MG : <5 – 5-10 – 10-15 – 15-20 – 20-25 – 25-30 – 30-35 – **>35**
- Sexe : Homme – Femme
- Type de pratique : **solo** – association – maison médicale – intra-hospitalier – autre :
- Statut : **Médecin** - Assistant en MG

INTRODUCTION

1. Est-ce que pour vous l'ostéoporose est une maladie **significative** qui a des répercussions en termes de morbidité et/ou mortalité chez vos patients ?

Ah morbidité sûrement, oui mortalité aussi parce que quand tu as des fractures de hanche chez des personnes âgées connues pour être ostéoporotiques ou insuffisamment ou non traitées, on connaît les conséquences possibles. On sait que ça peut jouer sur la morbidité et sur la mortalité aussi bien sûr. J'ai déjà perdu des patients qui n'ont pas survécu à des fractures de hanche ou à l'opération et voilà.

2. Avez-vous l'habitude de **parler** de l'ostéoporose en consultation ? Si oui, dans quel contexte de consultation / chez quel profil de patient ?

Eh ben je suis assez sensible à ce sujet, ça c'est un fait. Donc toutes les dames de plus de...je ne vais pas dire 50 ans parce qu'aujourd'hui ça passe peut-être un peu plus difficilement, mais à partir de 60 ans en tout cas je les sensibilise. Souvent, je demande déjà le dosage de la vitamine D dans n'importe quelle prise de sang de bilan global. Pour moi, la vitamine D fait

partie systématiquement du bilan, chez les hommes aussi et chez les femmes. Et donc souvent, comme tu le sais, on est à un niveau bien en-deçà la plupart du temps. Donc j'en profite, j'embraye pour dire « Vous avez trop peu de vitamine D et à quoi ça sert, ben ça ne sert pas seulement à lutter contre le covid, mais aussi à préserver la bonne qualité des os. Et pour ça il faut aussi du calcium. A partir de 50 ans chez les femmes, il y a une raréfaction qui peut commencer, plus ou moins intense en fonction de facteurs génétiques etc ». Et donc j'essaie de sensibiliser à ça, je demande si elles prennent du calcium. **La plupart du temps non, ou alors c'est le gynéco qui en a prescrit et donc j'essaie d'embrayer un petit peu là-dessus.** Maintenant si tu as un profil de femme fumeuse, mince, sédentaire etc. je suppose qu'il peut y avoir ou qu'il y a des antécédents familiaux connus d'ostéoporose, donc là j'explique la densitométrie et je propose la mesure de la densitométrie. Euh voilà et puis la suie en fonction du FRAX/T-score.

PREVENTION¹

3. Parmi les facteurs de risque de fracture de fragilité (principalement tassement vertébral, fracture du col fémoral et du poignet), il existe des **facteurs de risque non modifiables** et d'autres qui le sont. Pouvez-vous en lister quelques-uns (modifiables) ?

1

Ben je viens de le dire un petit peu, donc l'hérédité ça n'est pas le cas, mais le tabagisme la sédentarité. Pour moi ce sont peut-être les deux principaux. Il y a évidemment le problème des traitements corticoïdes à long terme chez des personnes, mais qui est souvent obligatoire, là c'est plus compliqué. Donc voilà j'en oublie peut-être. C'est surtout la sédentarité, la constitution longiligne mais on ne sait pas y faire grand chose... Donc le tabagisme bien sûr, les exercices physiques et le manque d'exercices, l'absorption de boissons lactées même si moi je ne suis pas tout à fait convaincu. Mieux vaut donner du calcium à ce moment-là.

4. Concernant la **prévention** de l'ostéoporose : Que mettez-vous en place avec vos patients ? Avez-vous l'habitude de prescrire de la vitamine D et du Calcium aux patients plus âgés ? Si oui, comment sont-ils tolérés, quelle est leur observance en général ? Veillez-vous à l'apport protéique des patients âgés ? Veillez-vous à la prévention des chutes ?¹

La compliance, c'est compliqué ça c'est clair. Alors je prescris en général des gélules de calcium à 1,25g. Là les gens sont obligés d'avoir une ordonnance pour bénéficier du tarif préférentiel. Les Steovit et autres qui sont assez chers, on n'a pas de contrôle sur le traitement. Tu ne sais pas s'ils en prennent, tandis que les gélules de calcium à 1,25g, là tu as plus d'emprise dessus. La vitamine D, elle va avec je vais dire à partir du moment où les gens prennent du calcium, je leur explique bien que s'ils ne prennent pas de vitamine D, ben ils jettent leur argent par les fenêtres tout simplement. Et ils bouchent les égouts parce que le calcium va dans les selles et il passe dans les égouts et c'est les égouts qui vont être bouchés et non dans les os... C'est pour rire hein. Donc je leur explique bien, il faut vraiment les motiver, ça c'est la compliance.

La tolérance elle est bonne en général, je pense qu'il n'y a pas de problème. Je pense que les gélules de calcium à 1,25g sont mieux tolérées que la plupart des spécialités pharmaceutiques qui sont beaucoup plus chères et qui ne passent pas toujours, surtout les comprimés effervescents.

Alors il y a une mention particulière pour le citrate qui est mieux toléré au niveau digestif que le carbonate, plus efficace aussi je pense car mieux résorbé. Et on peut prescrire aussi du citrate de calcium en préparation magistrale, on peut fabriquer du citrate de calcium.

5. Avez-vous l'habitude de faire de la **prévention des chutes** chez vos patients ? Quelles sont vos pistes pour ce faire ?¹

Alors la prévention des chutes ben je ne vois qu'une seule chose, c'est la kiné. Alors il y a ce forfait de 60 séances l'année pour prévention des chutes chez la personne âgée au-delà de 65 ans, ou je ne saurais plus dire exactement. Où le kiné vient une fois la semaine faire de la rééducation, massage, mobilisation etc. Je ne vois que ça.

6. Selon vous, la population et le corps médical sont-ils assez **sensibilisés** en termes de prévention et dépistage de l'ostéoporose ?^{1,2}

La population médicale, j'espère. La population générale, là non certainement pas. Parce que pas plus tard qu'il y a 2-3 jours encore, les gens confondent arthrose et ostéoporose. Tout ça c'est un melting pot, ils ne savent pas très bien.

Maintenant la population médicale...je ne saurais pas répondre à cette question. Moi j'essaie, mais voilà.

DIAGNOSTIC / IDENTIFICATION ^{2,5}

7. Lorsque vous recevez un protocole, avez-vous l'habitude de répertorier dans le DMI les **antécédents fracturaires** de vos patients (âgés) (sachant que le fait d'avoir présenté une première fracture de fragilité est un facteur de risque prépondérant d'en faire une seconde) ? ^{2b}

Oui, oui bien sûr oui qu'ils soient pathologiques ou pas, s'il y a une fracture pathologique forcément elle sera notée. Même quelqu'un qui a eu un traitement de corticoïdes pendant un certain nombre d'années, c'est noté. Parce que ce sont des éléments en défaveur oui. Je suis assez précis dans mes DMI.

8. Quels sont vos **outils** pour dépister l'ostéoporose ? (réponse attendue : ostéodensitométrie) ²

Mes outils ? Oh écoute, je n'en ai pas spécialement. Ce sont les facteurs de risque. Il y a des années, mais ça fait bien longtemps, à deux, trois reprises on m'avait prêté un appareil qu'une firme déposait ici dans ton cabinet et tu pouvais faire une mesure au pied chez les gens et tu avais une sorte de densitométrie à minima un peu comme on mesurait une glycémie au cabinet mais c'était quand même pas mal. Mais c'est quelque chose que j'ai plus jamais retrouvé, c'est fini. C'était je pense au début de l'ère des biphosphonates. Les biphosphonates n'étaient pas vraiment présents quand j'ai débuté la médecine, en tout cas pas sous forme de comprimés disponibles en ambulatoire et c'est quand ils sont sortis que les firmes qui commercialisaient ce type de médicament ont débarqué chez les médecins traitants en disant « Voilà, on vous laisse l'appareil pendant une semaine, essayez de dépister un maximum de gens et puis si c'est le cas, mettez-les sous Alendronate ou autre quoi. Les critères de la densito ne suffisaient pas pour avoir un accord de la mutuelle qui n'était pas encore nécessaire à l'époque.

9. Quelles sont les situations dans lesquelles vous prescrivez une **ostéodensitométrie** ? (Connaissez-vous ses critères de remboursement ? /Le fait qu'elle ne soit remboursée que tous les cinq ans peut-il selon vous être un frein à sa prescription ?) ^{2a,b,c}

J'essaie de la proposer, je la prescris en tout cas chez toute femme de plus de 60 ans. Je t'ai dit, je recule la limite à plus de 60 parce que je considère que les personnes de 50 ans sont encore des personnes très actives en général, et bon même indépendamment de la ménopause, je commence donc à 60 ans. J'insiste vraiment là-dessus et je ne les prescris pas de manière systématique hein, soyons honnête. Mais chez les personnes que je considère vraiment à risque en fonction de leur profil, ou alors les personnes qui ont eu une première densitométrie donc qui ont accepté de faire une première ostéodensitométrie, j'essaie de la répéter au moins tous les 3 à 4 ans. Si le score était bon à la première, je persiste, je poursuis le contrôle.

10. Utilisez-vous parfois l'outil **FRAX** qui permet de calculer la probabilité de fracture ostéoporotique à 10 ans, avec ou sans ostéodensitométrie préalable ?²

Je t'avoue que non.

11. Jugez-vous que c'est à vous de pallier au (gap) manque de prise en charge des **différentes spécialités** ? C'est-à-dire, jugez-vous que c'est à vous de dépister pour l'ostéoporose :^{5a,b,c}

- Une patiente post-ménopausée quand le gynécologue ne l'a pas fait ?
- Un patient avec un facteur de risque quand le spécialiste ne l'a pas fait ? (ex : patient sous corticoïdes pour une sarcoïdose non dépisté pour l'ostéoporose par le pneumo, patient avec des troubles de l'absorption comme un Crohn non dépisté pour l'ostéoporose par le gastro, certains patients onco...)
- Un patient en post-fracturaire quand le chirurgien orthopédiste ne l'a pas fait ?

Ben si, si personne ne la fait, si on tombe dessus, bien sûr on peut le faire et on doit le faire. C'est de nouveau le patient à risque qui n'a pas été dépisté. Moi j'ai deux cas de sarcoïdose pour l'instant, chez un jeune et chez un moins jeune, deux hommes ben qui sont tous les deux sous Medrol depuis un certain temps, mais le pneumologue n'a jamais évoqué, n'a jamais signalé « Ah il faudrait peut-être faire une densito », voilà bon. Et chez le plus jeune je ne l'ai pas proposé, mais chez le deuxième bien.

TRAITEMENT³

12. Avez-vous l'habitude d'**initier** un traitement de l'ostéoporose ? Si oui, comment ?³

Pendant des années, j'ai utilisé l'Aclasta. Je l'ai perfusé au cabinet moi-même donc c'était très régulier comme ça, ils venaient une fois par an je l'ai fait et je le fais encore d'ailleurs. Je trouve ça sympa, je ne délègue pas à une infirmière. Il est vrai que maintenant avec le système de rendez-vous, j'ai beaucoup moins de temps donc je ne crois pas que je vais continuer, mais je le faisais sinon. Et je n'ai jamais eu une réaction, ni de problème d'ostéonécrose de la mâchoire, tout ça je n'ai pas connu heureusement. J'en ai donc fait pas mal, une quinzaine de patients qui avaient ça toutes les années mais maintenant avec le moins de disponibilité dont je bénéficie comme je suis de nouveau seul sans assistant, et bien je me suis attaqué au Prolia. C'est un très, très bon produit donc qu'est-ce que je fais, je prescris 4 semaines d'Alendronate pour respecter les critères, et après 4 semaines, je fais la demande de Prolia et ça fonctionne, ils ont une piqûre de Prolia tous les 6 mois.

13. Avez-vous certaines **réticences** à prescrire un traitement de l'ostéoporose ? Si oui, pourquoi et dans quels cas ? Le dentiste, ou le patient a-t-il lui-même des réticences à débiter un traitement de l'ostéoporose ? ³

Si moi j'ai des réticences ? Non à partir du moment où c'est bien conduit, je ne vois pas pourquoi non. Evidemment, la compliance est peut-être un peu plus compliquée à obtenir hein je pense quand c'est un comprimé par semaine. Chaque fois qu'ils reviennent au bout de 3 mois et que je veux renouveler, « Tiens vous en avez encore, comment est-ce possible ? ». Je trouve que l'Aclasta ou le Prolia c'est beaucoup mieux, bien sûr la compliance est nettement meilleure. Mais il reste quand même calcium et vitamine D à prendre correctement. Est-ce que les patients sont réticents ? Il y a toujours des patients réticents ou qui ne comprennent pas « Docteur, pourquoi je dois prendre ça, je ne sens rien ». Mais je crois que quand on leur explique bien au départ d'une densitométrie positive, je pense que ça fonctionne.

14. Est-ce lié à l'âge du patient ? (Seriez-vous par exemple plus enclin à prescrire un traitement de l'ostéoporose à un patient de moins de 75 ans plutôt qu'à un patient plus âgé ?) ³

Oui, ben je pense que oui. 75 ans, je ne sais pas par contre, mais en tout cas moi au-delà de 80 ans je n'insiste plus trop. Oui sauf si c'est quelqu'un qui est encore très mobile, très actif, là je discute avec eux. Mais je ne sais pas ce qu'on recommande actuellement. On a même dit à un moment donné que ça pouvait être néfaste.

Un patient grabataire, certainement pas. Je n'ai aucun patient en home par exemple qui est traité pour ça, sauf s'ils sont encore bien mobiles etc. et qu'ils vont promener dehors, je réfléchis. Mais les patients qui ne sortent plus de leur chambre, non c'est logique.

15. Bis. Avez-vous des craintes par rapport à certains **effets indésirables** des traitements de l'ostéoporose ? Les plus connus/redoutés étant l'ostéonécrose de la mâchoire, ou la fracture fémorale atypique ?³

Je n'en ai jamais eu. Franchement, j'ai eu une personne qui avait une dentition exécrable et là je ne l'ai pas fait, je lui ai prescrit de l'Alendronate mais pas d'Aclasta etc, je n'ai pas osé. Je l'ai envoyée chez la dentiste mais elle n'y est jamais allée.

16. En avez-vous **déjà rencontré(s)** dans votre pratique ? Avez-vous déjà vu des patients avec une ostéonécrose de la mâchoire sous traitement anti-ostéoporotique ? (Cette question ne concerne pas les patients qui sont sous traitement à des doses oncologiques)³

/

17. Chez vos patients sous **corticothérapie** de longue durée, avez-vous l'habitude de débiter un traitement protecteur de l'ostéoporose en parallèle ?^{3,5}

Donc un traitement préventif de vitamine D et calcium.

Et ce ne sera pas remboursé un biphosphonate...Ah oui ben non peut-être qu'avec l'Alendronate, on peut prescrire oui. Honnêtement, non. J'essaie avec le calcium et la vitamine D, c'est déjà pas mal. C'est vrai que ce sont toutes les polyarthrites rhumatoïdes etc. ils ont des anti-TNF. Maintenant ils ont d'autres traitements plus performants.

SUIVI⁴

18. Avez-vous l'habitude de **réévaluer** un traitement de l'ostéoporose ? C'est-à-dire le prescrivez-vous généralement « à vie », ou pour une durée déterminée, en fixant un certain objectif ?⁴

Ah oui, oui les gens qui sont sous traitement anti-ostéoporotique, ils ont forcément une densitométrie au moins tous les 3 ans, deux à trois ans, ça c'est sûr. Et puis on voit que le

chiffre s'améliore donc ça conforte les gens à continuer leur traitement, ça les stimule, ça les motive.

19. On observe un **treatment gap** (ou **fossé thérapeutique**) dans l'ostéoporose, en particulier en post-fracturaire chez les patients qui n'ont pas reçu de traitement de l'ostéoporose. Quelles sont à votre avis les explications de ce phénomène ? Comment pourrait-on y remédier ? Merci de bien développer cette dernière réponse. ^{2b et autres}

La question me surprend un tout petit peu parce qu'il est clair que si j'ai un patient, on n'en a quand même pas des tas hein, un patient qui a une fracture pathologique...sauf évidemment si c'est métastatique, là c'est un autre problème. Mais une fracture pathologique où on détecte dans les suites de cette fracture une ostéoporose avérée, moi il ne va pas passer à la trappe, il va être traité rapidement. Donc je ne pense pas avoir loupé un cas de ce type-là. Non je ne crois pas, c'est vraiment important parce que là on peut expliquer aux gens ce qui s'est passé. Voilà c'est parce que vous avez une ostéoporose, quelle que soit l'origine, que vous avez fait votre fracture donc on doit vous soigner sinon vous allez récidiver.

Au jour d'aujourd'hui, quand tu es informatisé, même si ton patient fait un séjour en gériatrie tu as quand même des rapports qui tombent. Tu les lis même si tu ne vois pas ton patient qu'il est toujours là-bas, oui tu vois fracture ostéoporotique, tu te dis quand que quand il va revenir, si je le revois je ne vais pas le louter.

- Souhaitez-vous ajouter quelque chose ?

Euh non, je pense qu'on a pas mal discuté, c'est bien, très bien.

Entretien n°9 du 25/03/2021

Points à aborder avant de débiter le questionnaire :

- Remerciements
- Se présenter et présenter le sujet du TFE
- Rappeler que le questionnaire est totalement anonyme
- Redemander accord pour enregistrement audio de l'entretien

- **Merci de bien développer vos réponses**

Données concernant les médecins généralistes participants : **Médecin 4 (M4)**

- Nombre d'années de pratique en MG : <5 – 5-10 – **10-15** – 15-20 – 20-25 – 25-30 – 30-35 – >35
- Sexe : Homme – **Femme**
- Type de pratique : solo – **association** – maison médicale – intra-hospitalier – autre :
- Statut : **Médecin** - Assistant en MG

INTRODUCTION

1. Est-ce que pour vous l'ostéoporose est une maladie **significative** qui a des répercussions en termes de morbidité et/ou mortalité chez vos patients ?

Oui. En fait euh ça peut avoir un impact important point de vue morbidité si on ne la traite pas et si on ne la trouve pas tôt assez. Les patients qui ont des fractures surtout vertébrales dues à l'ostéoporose, ils sont impactés pour le reste de leur vie souvent par des douleurs chroniques. Là c'est souvent la morbidité qui est importante. Chez les patients très âgés, même la mortalité est assez importante. Point de vue fracture de hanche, les statistiques montrent bien que à ce moment-là si un patient grabataire ou gériatrique est touché par une fracture due à l'ostéoporose, la mortalité est assez importante aussi.

2. Avez-vous l'habitude de **parler** de l'ostéoporose en consultation ? Si oui, dans quel contexte de consultation / chez quel profil de patient ?

Surtout chez les patientes en ménopause, enfin qui débutent leur ménopause. A ce moment-là on y pense, on parle du sujet mais je dois avouer que je pense qu'on n'en parle pas assez. Parce que souvent si c'est pas à ce moment-là, souvent on attend des problèmes, on attend une fracture pour se poser la question « est-ce qu'il y aurait peut-être une ostéoporose ? » et on fait une ostéodensitométrie et oui on découvre ostéoporose carabinée, c'est dommage de trouver ça trop tard. J'en parle mais je pense pas assez.

PREVENTION¹

3. Parmi les facteurs de risque de fracture de fragilité (principalement tassement vertébral, fracture du col fémoral et du poignet), il existe des **facteurs de risque non**

modifiables et d'autres qui le sont. Pouvez-vous en lister quelques-uns (modifiables) ?

1

Par rapport à l'ostéoporose ben les facteurs de risque de ménopause traitement euh antihormonal euh là c'est les causes iatrogènes, c'est vraiment important de prévenir par calcium et vitamine D. D'y penser au moment où on initie un traitement qui est probablement générateur d'ostéoporose, corticothérapie par exemple. A ce moment-là c'est notre boulot de penser à la prévention et de moduler l'outcome. La ménopause, le rachitisme ça n'existe plus vraiment mais les carences en vitamine D, tout ça c'est des points en tant que généraliste où on peut travailler et prévenir. Et puis l'autre spectre de la prévention de l'ostéoporose chez les patients âgés, c'est la prévention des chutes, c'est un autre domaine mais ça rentre dans le même ordre d'idée. Prévention secondaire à ce moment-là.

4. Concernant la **prévention** de l'ostéoporose : Que mettez-vous en place avec vos patients ? Avez-vous l'habitude de prescrire de la vitamine D et du Calcium aux patients plus âgés ? Si oui, comment sont-ils tolérés, quelle est leur observance en général ? Veillez-vous à l'apport protéique des patients âgés ? Veillez-vous à la prévention des chutes ?¹

En fait, oui chez les patients âgés, si je vois maintenant surtout les patients dans les homes, là on y pense peut-être plus, et oublie un peu les patients gériatriques à domicile. Si un patient est dans un home, on a tout une autre optique de le traiter parce que c'est un patient âgé et fragile, mais ceux à la maison il faudrait y penser un peu plus je suppose. Chez eux j'essaie de donner systématiquement calcium et vitamine D, **mais j'adapte la forme au patient et en faisant ça la compliance est bien meilleure. Il y a tellement de produits sur le marché qu'on peut utiliser que là j'essaie vraiment d'être systématique mais quand même personnaliser, adapter aux patients.** Parce que si on donne un Steovit à croquer à tout le monde, après quelques semaines la moitié va dire « j'ai plus envie de manger votre craie là, j'ai arrêté ». Ou ils disent « oui, oui Docteur je le prends ». Dans les homes, là c'est plus facile parce qu'on a les infirmières qui font attention, mais à la maison on fait la prescription ou en consultation, systématiquement on met le Steovit avec, et à un moment on va en visite à domicile et il y a nulle part ça, et « Ah oui Docteur, ça fait longtemps, je barre chaque fois parce que c'est pas bon ». **Il faut poser la question « est-ce que vous le prenez bien toujours ? »** et s'ils disent « euh non...ouais... » à ce moment-là il faut demander « est-ce que vous

préféreriez avoir un autre goût ou une autre présentation, en liquide ou quoi ce soit ? ».
Souvent on a les délégués qui disent « ah oui il faut absolument prendre la forme soluble, il faut absolument prendre la forme à croquer, il faut pas du tout prendre la magistrale » parce qu'ils n'y gagnent rien évidemment. Mais il faut absolument que le patient le prenne, et de la manière dont il est d'accord de le faire.

5. Avez-vous l'habitude de faire de la **prévention des chutes** chez vos patients ? Quelles sont vos pistes pour ce faire ? ¹

La chose la plus facile mais euh où on n'a le moins de temps, c'est d'aller voir systématiquement les patients âgés à domicile pour voir comment c'est chez eux. On le voit avec un peu d'expérience directement, ils ont des tapis, ils ont des coins et là il y a moyen de faire de la prévention très bien, mais les visites à domicile c'est de plus en plus rare, de moins en moins de médecins les font. Et ça c'est dommage parce que faire de la prévention ici au cabinet, c'est pas si évident que ça. Il faut leur dire « pensez à...n'oubliez pas d'enlever tout ce qui peut poser problème ». Une autre chose très importante, c'est les somnifères. Discussion très difficile mais ils sont un grand risque de chutes donc de fracture. Mais ça c'est quelque chose où c'est difficile de sevrer les patients. Donc la prévention des chutes chez les patients en âge très avancé commence à l'âge de 50 ou 60 ans à ne pas prescrire des somnifères dès le départ comme ça ils ne s'y habituent pas. Je pense que c'est chez les jeunes qu'il faut commencer à les traiter pour leur grand âge.

Parfois aussi penser à la kiné chez des patients qui ont des faiblesses au niveau des membres pour leur faire faire de la rééducation à la marche pour qu'ils soient plus stables. On a tous des patients chez qui on sait ils vont tomber à un moment, en les regardant on se dit « il va tomber tout de suite ». Avec quelques séances de kiné, on peut un peu réduire le risque.

6. Selon vous, la population et le corps médical sont-ils assez **sensibilisés** en termes de prévention et dépistage de l'ostéoporose ? ^{1,2}

Assez, certainement pas. C'est quelque chose, il y a une partie de la population qui y pense parce qu'ils ont fait l'expérience dans leur entourage des conséquences de l'ostéoporose. Heureusement les gynéco chez les femmes y pensent quand même, même un peu plus que nous. Mais je crois qu'en médecine générale, il y a un manque. On se dit quand on a

tellement d'autres pathologies à faire à prévenir ou à régler, qui seraient plus dangereuses ou plus spécifiques de la médecine générale, je pense qu'on le laisse trop de côté.

DIAGNOSTIC / IDENTIFICATION ^{2,5}

7. Lorsque vous recevez un protocole, avez-vous l'habitude de répertorier dans le DMI les **antécédents fracturaires** de vos patients (âgés) (sachant que le fait d'avoir présenté une première fracture de fragilité est un facteur de risque prépondérant d'en faire une seconde) ? ^{2b}

Si, ça oui. Je trouve que c'est très important et que c'est un outil qui peut nous aider si on l'utilise convenablement, mais je reconnais que ça prend un peu de temps si on n'a pas l'habitude et je suppose que les confrères de la génération qui a travaillé sans ordinateur ne le font pas parce qu'ils ne sont pas tellement habitués à le faire. Mais je trouve que nous en tant que jeune médecine, il faut qu'on l'utilise parce que ça va faciliter le travail.

8. Quels sont vos **outils** pour dépister l'ostéoporose ? (réponse attendue : ostéodensitométrie) ²

L'ostéodensitométrie surtout.

9. Quelles sont les situations dans lesquelles vous prescrivez une **ostéodensitométrie** ? (Connaissez-vous ses critères de remboursement ? /Le fait qu'elle ne soit remboursée que tous les cinq ans peut-il selon vous être un frein à sa prescription ?) ^{2a,b,c}

Euh donc euh si on a une fracture, peut-être inhabituelle, chez un patient où on peut se dire que ça n'aurait pas dû casser à ce moment-là donc il doit y avoir une raison, donc là on cherche. Parfois on a aussi fait une radio pour une douleur ou quoi ce soit et le radiologue met dans son protocole « aspect de diminution de densité » donc à ce moment-là on cherche. Et parfois aussi parce qu'on y pense et la patiente demande aussi « est-ce qu'on pourrait faire ça parce que je suis en âge d'avoir de l'ostéoporose, ma mère en avait, ou ma cousine, ou mon amie m'a raconté que... ». Je pense que les patientes doivent trop souvent demander elles-mêmes, alors que nous on pourrait proposer plus, je trouve ça dommage que ce ne soit pas fait systématiquement. C'est aussi en partie parce que la sécurité sociale ne le propose pas, et ne nous pousse pas à le faire.

10. Utilisez-vous parfois l'outil **FRAX** qui permet de calculer la probabilité de fracture ostéoporotique à 10 ans, avec ou sans ostéodensitométrie préalable ?²

Non, je le connais. Quand on me l'a présenté je l'ai utilisé deux, trois fois mais c'est tombé dans les oubliettes.

11. Jugez-vous que c'est à vous de pallier le (gap) manque de prise en charge des **différentes spécialités** ? C'est-à-dire, jugez-vous que c'est à vous de dépister pour l'ostéoporose :^{5a, b, c}

- Une patiente post-ménopausée quand le gynécologue ne l'a pas fait ?
- Un patient avec un facteur de risque quand le spécialiste ne l'a pas fait ? (ex : patient sous corticoïdes pour une sarcoïdose non dépisté pour l'ostéoporose par le pneumo, patient avec des troubles de l'absorption comme un Crohn non dépisté pour l'ostéoporose par le gastro, certains patients onco...)
- Un patient en post-fracturaire quand le chirurgien orthopédiste ne l'a pas fait ?

De reprendre oui. Si j'y pense. **Je trouve que le rôle du généraliste, c'est tout ce qui nous vient en tête, si on a l'impression que ça devrait être fait, on peut le faire.** On n'est pas comme les spécialistes qui euh « Ah oui je suis gastro-entérologue, vous avez mal au cœur, allez voir le cardiologue ». Nous, si on voit un problème ou si on a l'impression qu'il y a quelque chose à faire, on le fait.

Tout à fait, tout à fait. C'est notre boulot.

Ah non, non, non ils ne le font jamais (rire).

TRAITEMENT³

12. Avez-vous l'habitude d'**initier** un traitement de l'ostéoporose ? Si oui, comment ?³

Oui, oui tout à fait.

Ostéopénie, calcium et vitamine D.

Ostéoporose, le plus souvent j'en parle avec les patients et souvent c'est un biphosphonate. Souvent, c'est quand même par facilité pour les patients parce qu'ils connaissent ça et ils le prennent plus facilement, c'est l'Alendronate. C'est un cachet, un cachet c'est plus connu. Moi j'aime bien l'Aclasta parce que je trouve que c'est efficace, c'est à faire une fois par an et

les patients ne doivent pas y penser toutes les semaines et il n'y a pas le risque des ulcères. Question de facilité, moi je trouve que c'est beaucoup mieux, et ici au cabinet on les fait nous-mêmes. Donc on a la possibilité de le faire aussi, mais le problème c'est qu'il faut vraiment avoir un bon DMI pour y penser après un an. Il faut aussi que le patient y pense, mais l'organisation doit être mise en place pour ne pas le faire une fois et on oublie, ça c'est important. Sinon à part ça, le Prolia j'aime bien aussi mais vu les... Quand ce n'était pas encore le cas, j'utilisais le Prolia plus souvent que l'Aclasta mais vu qu'il faut avoir un biphosphonate avant maintenant, ça a un peu changé.

13. Avez-vous certaines **réticences** à prescrire un traitement de l'ostéoporose ? Si oui, pourquoi et dans quels cas ? Le dentiste, ou le patient a-t-il lui-même des réticences à débiter un traitement de l'ostéoporose ?³

C'est pas le patient qui a des réticences, c'est son dentiste qui lui dit « Non, ne prenez pas ça, c'est dangereux et je ne vous traiterai plus » ou « si vous continuez à prendre ce traitement, je ne vous ferai plus rien ». Alors « Docteur, on doit changer le traitement parce que mon dentiste il a dit que c'était mauvais ». Je réponds « Ben c'est pas grave, vous allez chez un autre dentiste ». Je le fais aussi systématiquement et c'est important de voir son dentiste avant de commencer le traitement pour voir s'il y a un gros souci, s'il faut faire des traitements avant de débiter les biphosphonates. Mais de là à dire que je ne vais pas traiter l'ostéoporose de mon patient parce que peut-être à un moment il va devoir se faire retirer une dent et peut-être qu'il aura une ostéonécrose de la mâchoire...non, le risque fracturaire est bien plus important.

14. Est-ce lié à l'âge du patient ? (Seriez-vous par exemple plus enclin à prescrire un traitement de l'ostéoporose à un patient de moins de 75 ans plutôt qu'à un patient plus âgé ?)³

Chez les plus âgés euh là je m'orienterais encore davantage vers l'Aclasta pour ne pas les faire avaler des cachets qui sont...ils ne sont peut-être plus vigilants à les prendre convenablement et à bien boire. Après le risque d'ulcère œsophagien est plus important je pense chez les patients âgés donc là oui ça influence le traitement mais je crois que chez eux le fait de traiter est encore plus important parce que le risque de chute est plus important.

15. Bis. Avez-vous des craintes par rapport à certains **effets indésirables** des traitements de l'ostéoporose ? Les plus connus/redoutés étant l'ostéonécrose de la mâchoire, ou la fracture fémorale atypique ?³

(cfr plus haut) A nuancer, dépistage systémique avant mais qui ne devrait pas retarder un traitement.

16. En avez-vous **déjà rencontré(s)** dans votre pratique ? Avez-vous déjà vu des patients avec une ostéonécrose de la mâchoire sous traitement anti-ostéoporotique ? (Cette question ne concerne pas les patients qui sont sous traitement à des doses oncologiques)³

Oui j'ai eu 2 patientes, mais j'ai plein de patients sous biphosphonates donc c'est peu, je ne fais pas la statistique mais en 12 ans, 2 patients sur un nombre beaucoup plus important. Donc oui c'est un risque qui est là, qui est présent et il faut essayer d'éviter de le minimiser mais j'ai eu beaucoup plus de cas de fractures de hanche et de tassements vertébraux dû à l'ostéoporose que d'ostéonécrose.

17. Chez vos patients sous **corticothérapie** de longue durée, avez-vous l'habitude de débiter un traitement protecteur de l'ostéoporose en parallèle ?^{3,5}

Euh calcium, vitamine D.

SUIVI⁴

18. Avez-vous l'habitude de **réévaluer** un traitement de l'ostéoporose ? C'est-à-dire le prescrivez-vous généralement « à vie », ou pour une durée déterminée, en fixant un certain objectif ?⁴

Après 5 ans. Je ne sais pas si c'est EBM, je me suis dit plusieurs fois qu'il faudrait que je relise pour voir si c'est ok de refaire l'ostéodensitométrie seulement après 5 ans ou s'il faut le refaire plus tôt. J'ai en tête que c'est au minimum tous les 5 ans.

19. On observe un **treatment gap** (ou **fossé thérapeutique**) dans l'ostéoporose, en particulier en post-fracturaire chez les patients qui n'ont pas reçu de traitement de l'ostéoporose. Quelles sont à votre avis les explications de ce phénomène ? Comment pourrait-on y remédier ? Merci de bien développer cette dernière réponse.^{2b et autres}

Je crois que d'un côté, souvent on se focalise sur le traitement de la fracture, et sur l'antalgie et sur tout ce qui est très présent dans la tête ou dans la vie du patient et de son médecin d'ailleurs, et qu'on oublie peut-être les autres choses autour. Le problème, c'est que l'ostéoporose en elle-même, elle ne fait pas mal et donc le patient il veut quelque chose contre sa douleur et nous on pense « Ah oui, il y a une fracture donc il faut le traitement de la fracture ». On débute à ce moment, on pense oui l'ostéoporose, oui il faut traiter ça aussi, mais après un certain temps les autres choses prennent le dessus. Je pense que c'est souvent une question d'oubli parce que ça ne fait pas mal et à un moment si tout va mieux, on pense à autre chose et on laisse tomber.

- Souhaitez-vous ajouter quelque chose ?

Pas nécessairement, je pense que les questions étaient très complètes.

Entretien n°10 du 26/03/2021

Points à aborder avant de débiter le questionnaire :

- **Remerciements**
- **Se présenter et présenter le sujet du TFE**
- **Rappeler que le questionnaire est totalement anonyme**
- **Redemander accord pour enregistrement audio de l'entretien**
- **Merci de bien développer vos réponses**

Données concernant les médecins généralistes participants : **Médecin 10 (M10)**

- Nombre d'années de pratique en MG : <5 – 5-10 – 10-15 – 15-20 – 20-25 – 25-30 – 30-35 – **>35**
- Sexe : Homme – **Femme**
- Type de pratique : **solo** – association – maison médicale – intra-hospitalier – autre :
- Statut : **Médecin** - Assistant en MG

INTRODUCTION

1. Est-ce que pour vous l'ostéoporose est une maladie **significative** qui a des répercussions en termes de morbidité et/ou mortalité chez vos patients ?

Oui, oui. **Mortalité, c'est moins évident parce là c'est un complexe de choses.** C'est pas parce qu'ils vont se casser le col du fémur qu'ils meurent tout de suite, ils mourront après parce qu'ils sont moins mobiles, ils vont moins bien respirer, parce que ça va déclencher une phase de démence puis ils auront des difficultés pour avaler et puis une fausse déglut et puis des trucs comme ça. Mais de relation avec la mortalité ça c'est moins direct, ils ne meurent pas de leur fracture. En général, les chirurgiens font bien leur boulot, malgré tout le sucre qu'on casse dessus ils réparent très, très bien les gens donc **la mortalité est décalée par rapport à la fracture.**

2. Avez-vous l'habitude de **parler** de l'ostéoporose en consultation ? Si oui, dans quel contexte de consultation / chez quel profil de patient ?

Chez toutes les jeunes filles, j'essaie de compenser leur calcium. Chez tout le monde pour la prise de vitamine D et chez les dames ménopausées, j'insiste vraiment 10 minutes là-dessus.

PREVENTION¹

3. Parmi les facteurs de risque de fracture de fragilité (principalement tassement vertébral, fracture du col fémoral et du poignet), il existe des **facteurs de risque non modifiables** et d'autres qui le sont. Pouvez-vous en lister quelques-uns (modifiables) ?

1

Je n'en relève jamais aucun parce que c'est non correctible à mes yeux.

4. Concernant la **prévention** de l'ostéoporose : Que mettez-vous en place avec vos patients ? Avez-vous l'habitude de prescrire de la vitamine D et du Calcium aux patients plus âgés ? Si oui, comment sont-ils tolérés, quelle est leur observance en général ? Veillez-vous à l'apport protéique des patients âgés ? Veillez-vous à la prévention des chutes ?¹

(Ca et vit d) Ben je vais vous dire que ça suffit déjà amplement, parce que comme c'est la base et qu'ils oublient tout le temps, ils se démotivent et c'est comme si on n'avait jamais rien dit. « Ah tiens mon calcium » donc il faut chaque fois revenir à la charge pour ça, donc ça me suffit amplement. Evidemment, quand on leur fait une ostéodensitométrie et que ce sont

des gens très compliants, ils prennent bien leur bazar, à ce moment-là évidemment on passe à la troisième étape, et dans cette étape-là je préfère les injections de Prolia.

(compliance et tolérance) On y arrive toujours mais évidemment ils vous jettent la boîte après le deuxième cachet. C'est souvent la constipation qui revient, mais est-ce qu'elle est vraiment due à ça...ils n'insistent pas beaucoup.

5. Avez-vous l'habitude de faire de la **prévention des chutes** chez vos patients ? Quelles sont vos pistes pour ce faire ? ¹

Euh ça on sait surtout faire à la maison. Ici au cabinet, je repère systématiquement les chaussures, je leur fais racheter de nouvelles chaussures, ils ne sont pas contents évidemment quand leurs chaussures ne me plaisent pas. A la maison, je fais enlever les tapis, ça ils ne font jamais non plus, alors je leur dis qu'ils ont trop peu de lumière, ça ils ne font jamais non plus changer les ampoules. Ils épargnent hein voilà...donc ils shootent contre les moulins à vent.

6. Selon vous, la population et le corps médical sont-ils assez **sensibilisés** en termes de prévention et dépistage de l'ostéoporose ? ^{1,2}

Dépistage, ce sont les ostéodensitométries hein. Euh ça avait bien marché je pense jusqu'à il y a 5 ou 6 ans quand elle était mieux remboursée. A ce moment-là, ça commençait à être un réflexe comme la mammographie. On arrive à la ménopause, on fait son dépistage, on pense à ses os etc. Maintenant depuis que ça a été sorti du remboursement, c'est très, très vite tombé.

DIAGNOSTIC / IDENTIFICATION ^{2,5}

7. Lorsque vous recevez un protocole, avez-vous l'habitude de répertorier dans le DMI les **antécédents fracturaires** de vos patients (âgés) (sachant que le fait d'avoir présenté une première fracture de fragilité est un facteur de risque prépondérant d'en faire une seconde) ? ^{2b}

(rire) Mon DMI est très malheureux, donc je le notifie mais pas dans le DMI parce que je n'utilise pas trop ce bazar-là.

8. Quels sont vos **outils** pour dépister l'ostéoporose ? (réponse attendue : ostéodensitométrie)²

Ostéodensitométrie bien sûr, et c'est ce qui est un petit peu ennuyeux parce qu'on a besoin de ces critères-là et que si vous avez un 0,25 et pas un 0,26 il y en a un qui vous recale. Si vous n'avez que sur une vertèbre un 0,25 et que la moyenne est bonne malgré que ce soit surévalué du fait de l'arthrose, on n'a pas la valeur non plus. Le médecin conseil vous remballe et ça c'est très, très ennuyeux.

9. Quelles sont les situations dans lesquelles vous prescrivez une **ostéodensitométrie** ? (Connaissez-vous ses critères de remboursement ? /Le fait qu'elle ne soit remboursée que tous les cinq ans peut-il selon vous être un frein à sa prescription ?)^{2a,b,c}

Les profils de fumeuses, maigres, grandes et voilà essentiellement celles-là. Les gens qui sont sous corticoïdes jeunes, ça c'est quand même très rare, ça devient bon exceptionnel quand même euh...ceux qui sont sous cortico à long terme mais ça c'est...même dans les plus âgés, c'est rare. Et sinon systématiquement j'en parle au moment de la ménopause.

10. Utilisez-vous parfois l'outil **FRAX** qui permet de calculer la probabilité de fracture ostéoporotique à 10 ans, avec ou sans ostéodensitométrie préalable ?²

Je le remplis toujours mais je le trouve idiot (rire).

11. Jugez-vous que c'est à vous de pallier au (gap) manque de prise en charge des **différentes spécialités** ? C'est-à-dire, jugez-vous que c'est à vous de dépister pour l'ostéoporose :^{5a, b,c}

- Une patiente post-ménopausée quand le gynécologue ne l'a pas fait ?
- Un patient avec un facteur de risque quand le spécialiste ne l'a pas fait ? (Ex : patient sous corticoïdes pour une sarcoïdose non dépisté pour l'ostéoporose par le pneumo, patient avec des troubles de l'absorption comme un Crohn non dépisté pour l'ostéoporose par le gastro, certains patients onco...)
- Un patient en post-fracturaire quand le chirurgien orthopédiste ne l'a pas fait ?

On est de toute façon le filet de récupération de tout le monde, de toute façon. Avant une opération programmée de hanche, pensez-vous que la plupart des chirurgiens pensent à voir comment sont les os, ils regardent même pas ça. Et puis ils tombent sur quelque chose qui

s'effrite et puis alors tout d'un coup, la dame aura une différence de 2 cm avec sa prothèse. Mais ça, aucune prise de conscience j'ai l'impression, c'est exceptionnel.

TRAITEMENT³

12. Avez-vous l'habitude d'**initier** un traitement de l'ostéoporose ? Si oui, comment ?³

(Donc c'est plutôt le Prolia c'est ça ?) Oui c'est ça, mais on est obligé de commencer par un biphosphonate donc euh ils ont un peu de biphosphonate avant. En général je prends le 70 hebdomadaire parce que c'est plus facile, voilà. Et puis quand ils ont pris ça un petit peu, on passe aux injectables. (Prolia).

13. Avez-vous certaines **réticences** à prescrire un traitement de l'ostéoporose ? Si oui, pourquoi et dans quels cas ? Le dentiste, ou le patient a-t-il lui même des réticences à débiter un traitement de l'ostéoporose ?³

Ce qui revient le plus quand on parle du calcium, c'est les pierres au rein et les calcifications artérielles. Ça c'est ce qui freine le plus les patients, alors on est parti pour 10 minutes d'explications, et puis après ça ils reviennent quand même sans avoir pris leur traitement parce que la voisine a dit que...

Le dentiste non, par contre non ça j'ai jamais entendu. Tiens le coup du dentiste ils ne me l'ont pas fait ça !

14. Est-ce lié à l'âge du patient ? (Seriez-vous par exemple plus enclin à prescrire un traitement de l'ostéoporose à un patient de moins de 75 ans plutôt qu'à un patient plus âgé ?)³

Ah d'accord...euh **certainement pas l'âge, au contraire. Mais la polymédication.**

15. Bis. Avez-vous des craintes par rapport à certains **effets indésirables** des traitements de l'ostéoporose ? Les plus connus/redoutés étant l'ostéonécrose de la mâchoire, ou la fracture fémorale atypique ?³

Oui euh on se méfie bien sûr hein, on se méfie on essaie de leur faire traiter leurs dents avant, de repasser chez le dentiste avant. Je dois dire que moi je n'en ai jamais vu.

16. En avez-vous **déjà rencontré(s)** dans votre pratique ? Avez-vous déjà vu des patients avec une ostéonécrose de la mâchoire sous traitement anti-ostéoporotique ? (Cette

question ne concerne pas les patients qui sont sous traitement à des doses oncologiques)³

/

17. Chez vos patients sous **corticothérapie** de longue durée, avez-vous l'habitude de débiter un traitement protecteur de l'ostéoporose en parallèle ?^{3,5}

Oui toujours, sans attendre une ostéodensitométrie. Enfin déjà calcium et vitamine D quoi.

SUIVI⁴

18. Avez-vous l'habitude de **réévaluer** un traitement de l'ostéoporose ? C'est-à-dire le prescrivez-vous généralement « à vie », ou pour une durée déterminée, en fixant un certain objectif ?⁴

Oui c'est ça, là je suis peut-être un petit peu plus négligente parce que c'est quelque chose qu'on programme, enfin moi je le fais tous les 3 ans...tous les 3 à 5 ans à peu près quand ils sont pas très gravos. Les spécialistes aiment bien les avoir tous les 2 ans, moi je trouve que c'est fort tôt s'ils sont pas très gravos, de toute façon si on fait déjà tout, même si ça se dégrade, on fait quoi d'autre ? Là je suis peut-être un petit peu négligente. En tout cas, pas avant 3 ans.

19. On observe un **treatment gap** (ou **fossé thérapeutique**) dans l'ostéoporose, en particulier en post-fracturaire chez les patients qui n'ont pas reçu de traitement de l'ostéoporose. Quelles sont à votre avis les explications de ce phénomène ? Comment pourrait-on y remédier ? Merci de bien développer cette dernière réponse.^{2b et autres}

Je pense que c'est vraiment parce qu'on a tellement de choses dont il faut s'occuper. Déjà rien que prendre ça en charge, ça vous prend une consultation complète. Euh une consultation, comptez à Madame De Block un quart d'heure par personne hein, vous avez votre temps qui est déjà terminé. « Oui mais Docteur, je viens pour ça... », et puis c'est autre chose, ils ont mal au ventre et ben voilà on est cuit. Donc c'est essentiellement ça parce que ça prend du temps et parce que c'est pas prioritaire la plupart du temps chez les personnes qui font des fractures comme ça, ils sont en général malades par ailleurs. Donc le cas idéal, c'est celui qui n'a que ça. Tous les autres, c'est très, très difficile à mettre en place parce qu'ils ont leur décompensation cardiaque, leur FA, on doit équilibrer leurs NOACs, leur machin, leur

truc, ils ont la bronchite chronique... C'est la polymédication, bien souvent c'est cette catégorie de personnes qui a d'autres problèmes à gérer et fait toujours passer les os après.

- Souhaitez-vous ajouter quelque chose ?

Non du tout, c'était très agréable de vous rencontrer (rire).