



DOSSIER
20
09
DE PRESSE

20 OCTOBRE 2009

Journée
Mondiale
contre
l'Ostéoporose

ON NE CASSE PAS SES OS
PAR HASARD!

GRIO
www.grio.org



SOMMAIRE

En Préambule...	2
3 années de remboursement de l'ostéodensitométrie : Etat des lieux	3
L'ostéoporose, une charge lourde, potentiellement gravissime...	7
Et pourtant des pays sont en progrès...	9
Les pistes en France...	10
Quelques questions complémentaires...	11
Le GRIO	13



Contact Presse :

CATHERINE MARIELLE Communication
4, place de Séoul – 75014 PARIS
Tel. 01 43 21 03 60
CATHERINE-MARIELLE@wanadoo.fr



Le GRIO remercie pour leur soutien : Alliance, Amgen, Association Cerin, Danone, Pierre Fabre Médicament, Glaxo SmithKline, General Electric Lunar, Ipsen, Lilly France, Medtronic, Merck Sharp & Dohme-Chibret, Novartis Pharma SA, Nycomed, Roche, Servier, Stephanix.



Journée Mondiale contre l'Ostéoporose 2009

ON NE CASSE PAS SES OS PAR HASARD!

En Préambule...

« Docteur, j'ai lu que 8 femmes sur 10 ne sont pas correctement soignées après une fracture d'ostéoporose...vous trouvez ça normal ? »

« Docteur, je me suis cassée le poignet en tombant simplement...Ca me fait peur d'être aussi fragile !! Vous êtes sûr qu'il n'y avait rien à faire pour éviter ça ??? »

Ca se passe dans un cabinet de Médecin Généraliste et naturellement cela parait excessif. Et pourtant...

8 femmes sur 10 n'ont actuellement aucune exploration et donc aucun traitement, après un premier épisode de fracture qui s'avèrerait probablement ostéoporotique si on se donnait la peine de l'explorer. Car l'ostéoporose évolue sans douleur jusqu'à ce qu'elle se révèle par une fracture. Cette absence de manifestation n'en fait pas moins une **maladie couteuse pour la collectivité, pourvoyeuse de dépendance et de séquelles invalidantes et... potentiellement mortelle.**

Aujourd'hui l'examen de dépistage, l'ostéodensitométrie, est remboursé et il existe des traitements efficaces, alors où réside le problème?...

Depuis maintenant plus de 20 ans, **le GRIO** (Groupe de Recherche et d'Information sur les Ostéoporoses), **s'engage** auprès des professionnels de santé et du grand public, pour faire progresser les connaissances et diffuser l'information sur l'ostéoporose. L'un de ses objectifs majeurs est de combattre l'indifférence qui règne encore lorsque l'on évoque cette maladie, afin d'en améliorer la prise en charge au quotidien et d'atteindre, au plus vite, en accord avec l'objectif fixé en 2004 par la loi de Santé Publique, une réduction de 10% du nombre de fractures du col du fémur.

3 ANNÉES DE REMBOURSEMENT DE L'OSTÉODENSITOMÉTRIE : ETAT DES LIEUX

Selon un rapport de 2007, **l'ostéoporose concernerait, aujourd'hui une femme sur quatre à partir de 65 ans et la moitié de celles qui ont 80 ans ou plus**¹. Du fait de son évolution sournoise et de son mode de révélation, par une fracture le plus souvent, il est facile de concevoir que son dépistage est absolument capital.

L'ostéodensitométrie, méthode diagnostique de choix...

L'aspect radiographique d'un os dont la masse est diminuée et la microarchitecture globalement détériorée, comme c'est le cas dans l'ostéoporose, ne se modifie que tardivement. On ne peut donc pas, de manière fiable et surtout précoce, mettre cette maladie en évidence sur des clichés standards.

En revanche la densitométrie osseuse (absorptiométrie biphotonique à rayons X) permet de poser le diagnostic d'ostéoporose. Cet examen indolore, fiable et reproductible, effectue une mesure de la densité minérale osseuse en deux points précis (fémoral et lombaire essentiellement). **Cette densité témoigne à elle seule de 80% de la solidité de l'os.**

En pratique, les résultats de densité obtenus sont comparés à ceux d'une personne jeune de même sexe et de même origine ethnique. A partir de l'écart entre les valeurs « normales » de l'adulte jeune et celles du sujet exploré, on en déduit un paramètre, le T Score, qui a permis à l'OMS (Rapport de 1994) d'établir une classification diagnostique selon le degré de déminéralisation osseuse :

- valeur normale : T-score > -1
- ostéopénie : -1 < T-score < -2,5
- ostéoporose : T-score ≤ -2,5
- ostéoporose sévère : T-score ≤ -2,5 avec une ou plusieurs fractures de fragilité

Des indications larges...

L'ostéoporose est désormais reconnue comme un enjeu de santé publique et la réduction du nombre de fractures de l'extrémité supérieure du fémur fait partie des cent objectifs de la loi relative à la politique de santé publique de 2004. Ainsi, les autorités de tutelle ont instauré en juillet 2006 une prise en charge de cet examen par la sécurité sociale, non plus seulement en prévention secondaire, donc après une première fracture, mais aussi en prévention primaire, dans un large éventail de profils cliniques, qualifiés de situations « à risque ».

Schématiquement, on partira du principe fondamental selon lequel une ostéodensitométrie est indiquée, dès lors que les résultats de cet examen seront a priori susceptibles de modifier la prise en charge du patient :

(Prévention secondaire)

- Antécédent personnel de fracture de fragilité, incluant notamment la découverte radiologique d'une fracture vertébrale

(Prévention primaire)

- Pathologie génératrice d'ostéopénie (certaines atteintes endocriniennes, portant sur la glande thyroïde, les parathyroïdes, les surrénales...), traitement ostéopéniant (corticoïdes au long cours, médicaments induisant une oestrogéno- ou une androgénoprivation)

¹ - DREES. Objectif 82 - Ostéoporose. L'état de santé de la population en France - Indicateurs associés à la loi relative à la politique de santé publique - Rapport 2007.

- Chez la femme ménopausée, présence de facteurs de risques : antécédent familial (au 1^{er} degré) de fracture du col fémoral ; indice de masse corporel <19kg/m² ; ménopause précoce (<40ans) ; antécédent de traitement corticoïde prolongé
- Second examen à l'arrêt du traitement anti ostéoporotique, ou lorsqu'aucun traitement de cette nature n'a été mis en place après la première ostéodensitométrie.

Quelle stratégie de prévention?

L'ostéoporose expose en premier lieu au **risque de fracture** - après 50 ans, une femme sur deux cassera au cours de sa vie² - mais aussi à la **récidive par une autre fracture** - une fracture de hanche par exemple, expose à un risque x 2 de nouvelle fracture de hanche³ -. La prise en charge de l'ostéoporose aura donc comme objectif de prévenir la survenue de la première fracture ou bien de fractures en cascade après une fracture inaugurale, et par voie de conséquence, des complications éventuelles qui en résultent. La prévention affiche deux aspects⁴ :

- **Les mesures hygiéno-diététiques** visant d'une part, à favoriser durant les deux premières décennies, l'acquisition d'un capital osseux suffisant et d'autre part, à limiter la perte osseuse inévitable liée à l'âge en agissant sur des facteurs de risques « modifiables »
- Alimentation équilibrée, avec des apports suffisants en calcium et en vitamine D, exercice physique, lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme - *pourvoyeurs de déminéralisation osseuse* -, maintien d'un indice de masse corporelle suffisant.
- **Les traitements médicamenteux** dont l'utilisation est aujourd'hui bien codifiée⁵.

Ostéoporose avec fracture

	Raloxifène	Biphosphonates	Ranélate de Strontium	Teriparatide
Une fracture vertébrale et risque faible de fracture périphérique	Oui	Oui	Oui	Oui*
Une fracture vertébrale et risque de fracture périphérique (notamment du fémur) important	-	Oui	Oui	Oui*
Maladie sévère (deux fractures vertébrales ou plus)	Oui	Oui	Oui	Oui*

*Traitement remboursé s'il existe au moins deux fractures vertébrales

Ostéoporose en l'absence de fracture

	Raloxifène	Biphosphonates	Ranélate de Strontium	Teriparatide
< 60 ans	Oui	Oui	Oui	-
De 60 à 80 ans :				
- dans tous les cas	-	Oui	Oui	-
- ostéoporose à prédominance vertébrale	Oui	Oui	-	-
> 80 ans	-	Oui	Oui	-

2 - Holroyd C, Cooper C, Dennison E. Epidemiology of osteoporosis. Best Practice and Research Clinical Endocrinology and Metabolism. 2008; 22(5): 671-685.

3 - Melton III LJ, Kearns AE, Atkinson EJ, et al. Secular trends in hip fracture incidence and recurrence. Osteoporos Int. 2009; 20: 687-694.

4 - HAS. Prévention, diagnostic et traitement de l'ostéoporose. Note de synthèse - Juillet 2006.

5 - Traitement médicamenteux de l'ostéoporose post-ménopausique. Recommandations AFSSAPS – Actualisation janvier 2006

Dans ses recommandations de 2006, l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé considère qu'en **prévention secondaire (ostéoporose avec fracture), chez une femme ménopausée, un traitement médicamenteux est recommandé.** En prévention primaire, donc sans fracture, l'instauration du traitement médicamenteux avant 60 ans peut se discuter, mais entre 60 et 80 ans il doit être impérativement étudié.

Quelle est actuellement la place des traitements hormonaux substitutifs dans la prévention de l'ostéoporose post ménopausique⁴?

Les recommandations les plus récentes tendent à restreindre l'usage, en première intention, de l'hormonothérapie substitutive de la ménopause, à la correction des troubles climatiques (bouffées de chaleur) suffisamment intenses pour retentir sur la qualité de vie.

Toutefois, à distance de la ménopause, ces thérapeutiques pourront se justifier chez de femmes à haut risque fracturaire, en cas d'intolérance ou de contre-indication aux autres traitements préventifs de l'ostéoporose.

A ces deux aspects, il faut ajouter les mesures d'ergonomie et d'aménagement de l'espace de vie ayant comme but de prévenir le risque de chute, chez les personnes les plus âgées notamment. Enfin, le dépistage et la prise en charge des troubles de la vue et de l'équilibre, eux aussi pourvoyeurs de chutes, ne sont pas à oublier, d'autant que certains peuvent bénéficier de traitements efficaces.

Où en est-on 3 ans après le remboursement de l'ostéodensitométrie ?

En août 2004, la Loi relative à la Politique de Santé Publique, s'engageait dans une logique de résultats pour les actions mises en œuvre, et fixait comme objectif quantifiable, une réduction de 10% de l'incidence des fractures de l'extrémité supérieure du fémur - 67,9 / 100 000 chez les femmes à l'époque - d'ici à 2008.

Les dernières estimations tendent à montrer que l'objectif n'a pas été atteint.

L'incidence des fractures de hanche - nombre de ces fractures pour 100 000 habitants et survenant sur une année - est un marqueur intéressant de la charge que constitue l'ostéoporose, par la morbidité importante qui lui est liée et le coût qu'elle représente (hospitalisation, éventuelle dépendance résiduelle).

Comment évolue-t-elle au cours du temps ? Des années 30, où le recensement des fractures du col s'est amélioré, jusqu'aux années 90⁶, on a pu constater une augmentation de cette incidence, attribuée à l'allongement de l'espérance de vie, associée à une population de sujets âgés fragiles devenant plus nombreuse.

Une méta analyse sur six études françaises a permis d'estimer l'incidence des fractures du col fémoral à 47 000 / an en 1990. La projection de ces résultats à l'horizon 2050, prévoyait un triplement des chiffres, par le simple jeu du vieillissement de la population. L'étude récente de Maravic et Col. a, quant à elle, rapporté une incidence annuelle de 56 294 fractures en 2001⁷, incidence stable sur plusieurs années, alors que la loi de santé publique de 2004 prévoyait une diminution de 10% des fractures de la hanche en 2008. Dans certains pays scandinaves ou bien en Amérique du Nord, on observe bien un fléchissement de l'incidence de ces fractures, alors pourquoi cet échec français ?

6 - Baudoin C, Fardellone P, Thelot B, et al. Hip fractures in France: the magnitude and perspective of the problem. *Osteoporos Int.* 1996; 6 (suppl 3): 1-10.

7 - Maravic M, LeBihan C, Landais P, et al. Incidence and cost of osteoporotic fractures in France during 2001. A methodological approach by the national hospital database. *Osteoporos Int.* 2005; 16(12): 1475-1480.

Le vieillissement de la population en est-il la seule raison ? D'autres hypothèses pourraient aussi jouer un rôle : la sédentarité, réduisant nos performances musculaires, l'augmentation de notre taille favorisant un allongement – et donc une plus grande fragilité - de nos cols fémoraux, le tabagisme et l'alcoolisme qui interviennent dans l'ostéoporose, voire la fréquence de chirurgie d'ablation de l'utérus et des ovaires...

L'incidence des fractures de hanche qui ne baisse pas : éléments de réflexion...

Un examen de dépistage fiable et largement remboursé, des traitements performants, des recommandations officielles prônant la prise en charge... pourquoi ne pas avoir atteint l'objectif ?

Les données de différentes études de cohorte menées en région Rhône-Alpes depuis 2005 sur les bases de données PMSI et CNAM⁸, apportent déjà des éléments de réponse :

- Le remboursement de l'ostéodensitométrie n'a pas déclenché d'enthousiasme durable auprès des médecins prescripteurs : de moins de 1 000 examens pratiqués en juillet 2006, le niveau est passé à 6 000 / mois sur octobre et novembre de la même année, puis est retombé très rapidement à une moyenne de 3 795 ostéodensitométries mensuelles actuellement
- La proportion des femmes de 50 ans ou plus bénéficiant de l'examen de densité osseuse est de 5% et ce taux n'a pas augmenté entre 2006 et 2008, voire a régressé. Par comparaison, en Ontario, 2% des femmes de plus de 50 ans étaient dépistées par ostéodensitométrie en 1992, et huit fois plus (16%) en 2001⁹
- **Après dépistage, 27% des femmes seulement bénéficient d'une prescription de traitement anti ostéoporotique** (étude de cohorte sur 8 346 femmes entre janvier et mars 2007). Les données de la CNAM Rhône-Alpes de 2008 avancent que, globalement, 10% environ des femmes de plus de 65 ans, ont reçu une prescription de ce type. Ici encore, la confrontation avec la prise en charge en Ontario est édifiante : 23% des femmes de la même tranche d'âge ont un traitement contre l'ostéoporose !⁹

Ces éléments procurent un éclairage sur les éventuelles raisons de l'absence de recul de l'incidence des fractures de hanche.

Dans un même ordre d'idées, lorsque l'on s'intéresse aux 80% de femmes non suivies à l'issue d'une première fracture, force est de constater que dès lors qu'une hospitalisation n'est pas requise pour la prise en charge d'une fracture, - ce qui est le cas de la majorité des fractures du poignet – l'information du médecin de ville est souvent inexistante, a fortiori si la patiente elle-même n'en fait pas mention...

8 - Huot L, Couris CM, Tainturier V, Jaglal S, Colin C, Schott AM. Trends in HRT and anti-osteoporosis medication prescribing in a European population after the WHI study.

9 - Jaglal SB, Cameron C, Hawker GA, et al. Development of an integrated-care delivery model for post-fracture care in Ontario, Canada. *Osteoporos Int.* 2006; 17(9): 1337-1345.

L'OSTÉOPOROSE, UNE CHARGE LOURDE, POTENTIELLEMENT GRAVISSIME...

En dépit d'une banalisation largement répandue dans l'esprit, tant du grand public - *il est inévitable que les personnes âgées se fracturent le os... -*, que des soignants – *l'ostéoporose n'est pas une pathologie « high tech » ! ; On n'en meure pas trop souvent... -*, l'ostéoporose est un véritable fardeau pour la collectivité, d'autant plus inacceptable qu'on dispose de moyens efficaces de dépistage et de prévention.

Une pathologie qui a un coût...

Quel que soit le type de fracture ostéoporotique, celui-ci aura un coût de prise en charge, d'autant plus élevé qu'il aura nécessité une hospitalisation. Dans une étude récente ^{10,7}, reposant sur la base de données des hospitalisations en 2006 du Programme de Médicalisation du Système d'Information (PMSI), la revue des coûts liés à trois de fractures ostéoporotiques majeures (schématiquement épaule, poignet et hanche), permet d'appréhender l'ampleur des dépenses qui sont liées à l'ostéoporose :

	2006	Femmes	Hommes
Epaule (Age>30 ans)	Nombre d'hospitalisations	11 432	3 805
	Coûts hospitaliers	42 millions d'€	14,5 millions d'€
Poignet (Age>30 ans)	Nombre d'hospitalisations	30 889	8 090
	Coûts hospitaliers	69,2 millions d'€	16,8 millions d'€
Hanche (Age>40 ans)	Nombre d'hospitalisations	50 340	-
	Coût total (hors prothèse) :	Secteur public : 256 millions d'€ Secteur privé : 55 millions d'€	

L'enjeu économique de la prise en charge primaire, donc avant la première fracture, apparaît déjà clairement, à la lecture de ces chiffres.

Outre le poids économique, facilement appréhendable en termes de nombre et de coûts d'hospitalisation notamment, les fractures ostéoporotiques représentent aussi une charge qui peut être mesurée par d'autres indices faisant intervenir, en plus des couts financiers habituellement pris en compte, certains paramètres tels que la perte de productivité économique ou la qualité de vie.

La notion de DALYs (Disability Adjusted Life Years) quantifie, pour une pathologie donnée, la totalité des années de vie en bonne santé qui ont été perdues du fait des conséquences de cette maladie (invalidité, dépendance,...) ou d'une mort prématurée. L'indice DALY peut évaluer le fardeau global d'une maladie, notamment en termes de baisse de productivité des personnes malades ou, pour celles qui ne travaillent plus, en termes de coût d'une auxiliaire pour s'occuper du patient ¹¹. Cet indice permet par ailleurs des comparaisons : ainsi en 2001, l'ostéoporose fracturaire « pesait » 2 006 000 années perdues à l'échelon mondial. Ce chiffre positionne l'ostéoporose non loin de la cirrhose (2 734 000 années) ou de la maladie d'Alzheimer (2 936 000 années) et devant la cardiopathie hypertensive (1 217 000 années) ¹² (Fig1).

10 - Maravic M et al. *Osteoporos Int.* 2008 ; 23 : S324.

11 - Thomas T. *Importance des fractures non vertébrales et prise en charge thérapeutique. Revue du Rhumatisme.* 2007 ; 74 : S5-S8.

12 - Johnell O, Kanis JA. *An estimate of the worldwide prevalence and disability associated with osteoporotic fractures. Osteoporos Int.* 2006; 17: 1726-1733.

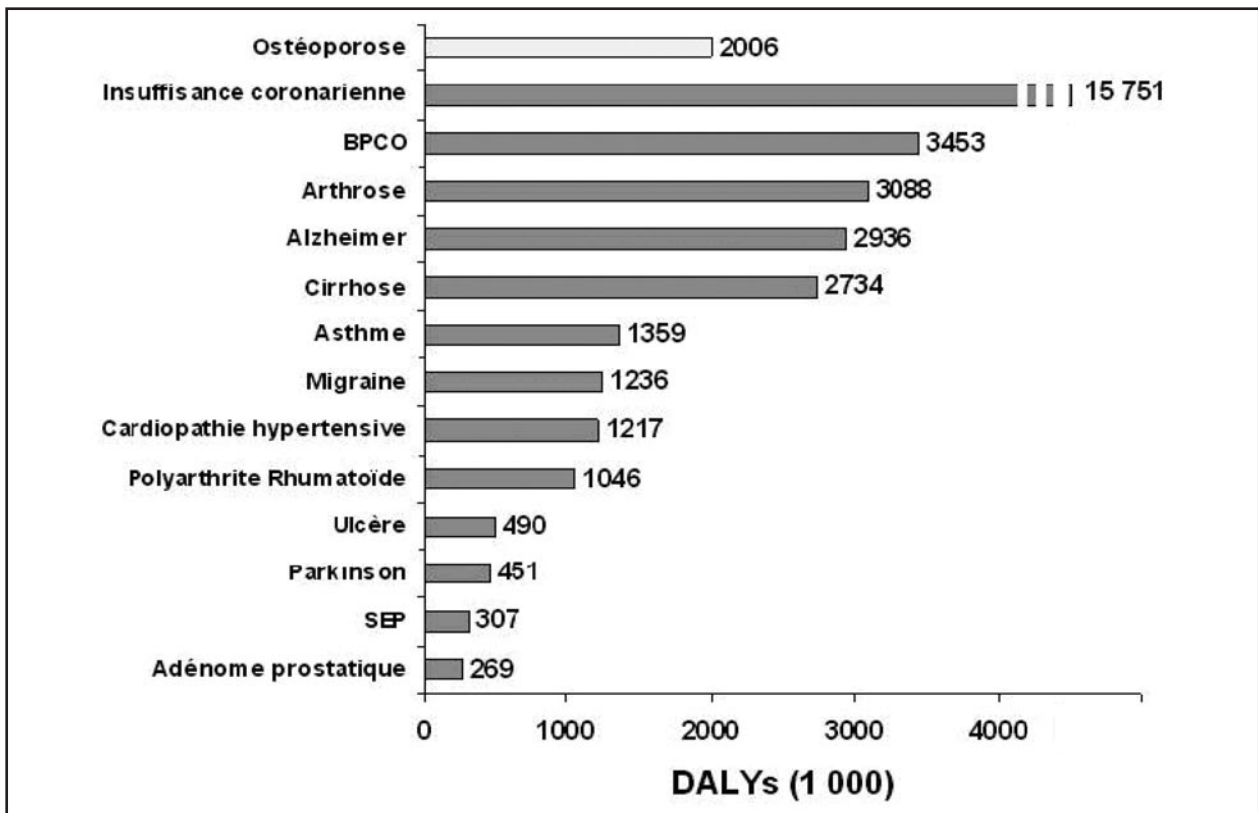


Fig. 1 : Retentissement financier en DALYs des fractures ostéoporotiques comparé aux autres maladies. D'après Thomas T¹¹.

L'indice QuALY est utilisé dans les études mesurant le rapport coût / efficacité des traitements. Il évalue l'impact d'une mesure thérapeutique sur la qualité de vie. Sur l'échelle QuALY, 1 représente la parfaite santé d'un sujet jeune et 0 le décès. L'étude de Tosteson parue en 2001 a estimé, dans une population de femmes ayant eu une fracture de hanche, l'indice QuALY abaissé à 0,63 comparativement à 0,91 pour une population identique, mais sans fracture¹³.

L'ostéoporose, on peut aussi en mourir...

Au delà de la charge financière qu'elle implique, l'ostéoporose grève le pronostic fonctionnel mais aussi le pronostic vital dès lors qu'une première fracture se produit. Cela peut sembler évident lorsque l'on évoque les fractures de l'extrémité supérieure du fémur : dans la mesure où près de 90% des femmes cassant leur col fémoral ont 70 ans ou plus au moment de la fracture, on peut imaginer que la moitié gardera un handicap chronique. Il est moins évident d'appréhender qu'une sur dix décèdera des complications !¹

La mortalité liée aux fractures ne concerne pas seulement les fractures « lourdes » comme celle de la hanche. Une étude australienne très récente (JAMA, 2009)¹⁴ a évalué, sur une période de 18 ans, la mortalité en rapport avec une fracture ostéoporotique quel qu'en soit le type. Les auteurs ont montré qu'une fracture, même mineure, entraînait un surcroît de mortalité dans les cinq années suivantes et dans les dix années pour les fractures de hanche. Cette étude est totalement en phase avec le combat actuel du GRIO, puisqu'elle a aussi mis en évidence qu'une seconde fracture exposait 3 à 4 fois plus à la mortalité pendant cinq ans supplémentaires. Pour que le tableau soit complet, il reste à préciser qu'une fracture initiale, par exemple de hanche, multiplie environ par deux le risque relatif de nouvelle fracture de hanche¹⁵...

13 - Tosteson AN, Gabriel SE, Grove MR, et al. Impact of hip and vertebral fractures on quality-adjusted life years. *Osteoporos Int.* 2001; 12(12): 1042-1049.

14 - Bliuc D, Nguyen ND, Milch VE, et al. Mortality risk associated with low-trauma osteoporotic fracture and subsequent fracture in men and women. *JAMA.* 2009; 301(5):513-521.

15 - Melton III LJ, Kearns AE, Atkinson EJ, et al. Secular trends in hip fracture incidence and recurrence. *Osteoporos Int.* 2009; 20:687-694.

ET POURTANT DES PAYS SONT EN PROGRÈS...

Si en France des progrès restent à faire, un frémissement positif semble venir d'autres pays et nous encourage à poursuivre le combat.

Plusieurs études ont montré un recul aux USA de l'incidence globale des fractures de hanche³. Au Canada, il a été constaté une baisse de l'incidence des fractures du poignet sur la période 1992-2002, observé en parallèle de l'accroissement des prescriptions d'ostéodensitométrie et du nombre de personnes sous traitement anti ostéoporotique¹⁶. Dans d'autres pays, comme la Finlande, où il ne semble pas y avoir de modification de l'incidence ajustée à l'âge des fractures de hanche, on note quand même une augmentation de l'âge de survenue des ces fractures¹⁷.

Parmi les données les plus récentes, l'étude de A. Sehgal présentée durant l'EULAR à Paris (2008), a montré une nette régression (50%) des hospitalisations pour fracture de hanche entre 1988 et 2005, chez les américains de plus de 50 ans. Ce fait a été observé parallèlement à une augmentation de 11,4% des hospitalisations toutes causes confondues, signant le vieillissement attendu de la population. Parmi les hypothèses explicatives, il faut signaler le remboursement des traitements par biphosphonates et de l'ostéodensitométrie intervenus aux USA en 1995 et 1997 respectivement.

Pour cette inflexion de la tendance, d'autres explications que les mesures de remboursement, sont aussi à envisager, comme le recul du tabagisme, l'influence bénéfique de l'alimentation qui favorise un meilleur pic d'acquisition de la masse osseuse, voire, et c'est paradoxal, l'augmentation de l'obésité qui est un facteur préservant vis à vis de l'ostéoporose...

16 - Jaglal SB, Weller I, Mamadani M, et al. Population trends in BMD testing, treatment and hip and wrist fracture rates: are the hip fracture projections wrong? *J Bone Miner Res.* 2005; 20: 898-905.

17 - Huusko TM, Karppi P, Avikainen V, et al. The changing picture of hip fractures: dramatic change in age distribution and no-change in age-adjusted incidence within 10 years in central Finland. *Bone.* 1999; 24(3): 257-259.

LES PISTES EN FRANCE...

Les enseignements qui peuvent être tirés des autres pays confortent les initiatives entreprises dans notre pays ces dernières années. Le remboursement de l'ostéodensitométrie a généré une augmentation, même temporaire, du nombre d'exams pratiqués en Rhône-Alpes en 2006. Or le dépistage et le traitement préventif ont montré leur efficacité.

En fait le vrai noyau de l'information demeure la patiente :

- En signalant elle-même à son médecin traitant la survenue de sa fracture, qui trop souvent ne fait pas l'objet d'une correspondance entre l'hôpital et le généraliste, elle constitue un levier incontournable dans l'amélioration de la prise en charge post fracturaire.
- En étant mieux informée sur les risques qui sont liés à une première fracture ostéoporotique, et sur les moyens efficaces de pallier la récurrence, la patiente peut aussi permettre d'élever le niveau ambiant d'intérêt, et combattre la banalisation de cette maladie.
- Une autre piste de réflexion peut concerner le radiologue. En effet nombre de fractures vertébrales, les « tassements » bien connus, passent inaperçus. Ils sont de découverte fortuite le cas échéant, sur des clichés montrant le rachis et réalisés pour un autre motif. Mentionner, **de façon plus systématique**, sur le compte rendu radiologique, la présence de tassements d'un ou plusieurs corps vertébraux permettrait aussi d'améliorer le dépistage de l'ostéoporose.

QUELQUES QUESTIONS COMPLÉMENTAIRES...

• **Quelle est l'ampleur de l'ostéoporose masculine ?**

Le propos ici a concerné l'ostéoporose de la femme ménopausée, mais il est clair qu'elle n'est pas la seule concernée par la maladie, même si elle en représente l'immense majorité des victimes. On ne dispose pas actuellement d'un état précis du nombre d'hommes ostéoporotiques, en revanche on connaît l'incidence des fractures du col fémoral des individus de sexe masculin et âgés de 65 ans et plus : 26,1 / 10 000 en 2008 (67,9 / 10 000 pour les femmes).

• **Une seconde ostéodensitométrie peut elle servir à suivre l'efficacité d'un traitement anti ostéoporotique ?**

L'ostéodensitométrie n'a pas d'indication et ne fait donc pas l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie, dans le suivi de l'efficacité des traitements anti résorptifs mis en œuvre. En revanche, elle pourra être pratiquée dans deux cas de figure, à l'arrêt du traitement contre l'ostéoporose, où elle est recommandée, et dans les situations où un traitement n'a pas été mis en œuvre à l'issue d'un premier examen.

• **Quels sont les apports recommandés en calcium et vitamine D et quelles sont les principales sources d'apport ?**

Tout au long de la vie, une alimentation équilibrée avec des apports suffisants en calcium et en vitamine D sont l'un des piliers de la prévention de l'ostéoporose. Au cours des deux premières décennies, se forme le capital osseux qui conditionnera la minéralisation osseuse future. Durant cette période, la couverture des besoins en calcium est donc fondamentale pour que le pic de masse osseuse soit le plus élevé possible. Par la suite, l'alimentation a comme rôle de couvrir les pertes quotidiennes.

Les apports nutritionnels conseillés sont estimés à 900mg/j chez les adultes, et 1200mg/j chez les adolescents, les femmes de plus de 55 ans et les personnes âgées¹⁸. Les apports conseillés en vitamine D (source AFSSA) sont estimés à 5µg/j chez l'adulte et le double chez la personne âgée.

Les principales sources de calcium sont le lait et les laitages, et à défaut, les eaux minérales calciques. La vitamine D est apportée par l'alimentation (poissons gras et jaune d'œuf) et produite au niveau de la peau, à partir du cholestérol, sous l'action du rayonnement solaire. La production endogène couvre entre 50 et 70% des besoins.

• **Faut-il étendre largement la supplémentation en calcium chez les femmes ménopausées ?**

Il s'agit d'une question largement débattue, voire polémique. Il est clair qu'avec l'avancée en âge, il n'est pas rare que les apports alimentaires en calcium ne couvrent plus les pertes. Il s'agit notamment chez les plus âgés, des cas de dénutrition, mais aussi de tout ceux et celles dont l'alimentation n'est pas variée et donc déséquilibrée. Naturellement, des sources « alternatives » aux produits laitiers existent. Cependant avec l'âge, le métabolisme du calcium peut être altéré et notamment son absorption digestive peut se trouver moins performante, *a fortiori* en cas de déficit en vitamine D, par manque d'exposition solaire. Ce cas est réalisé en particulier chez les individus institutionnalisés*.

S'il est patent que les apports ne sont pas couverts, une supplémentation médicamenteuse associant calcium et vitamine D peut alors s'imposer.

* Une personne âgée est dite « institutionnalisée » dès lors qu'elle a quitté son domicile habituel pour être hébergée dans une structure d'accueil adaptée (type EPHAD par exemple)

18 - Gueguen L. Calcium In « Apports nutritionnels conseillés pour la population française » (A. Martin coordonnateur). 2001 : 131-140. Tec & Doc, Paris.

• **Existe-t-il un moyen simple d'estimer individuellement le risque d'ostéoporose ?**

L'ostéoporose présente différents facteurs de risque qui, pour quelques uns, peuvent être modifiés comme certains aspects du mode de vie. D'autres, en revanche, sont fixés définitivement comme l'hérédité les maladies ou les traitements pris par le passé ou actuellement. Chaque femme est exposée à l'ostéoporose à un degré qui résulte de l'ensemble de ces facteurs de risque.

En 2007, l'International Osteoporosis Foundation développait un questionnaire simple et rapide visant à estimer l'exposition au risque d'ostéoporose.

En quelques questions une femme (ou un homme !) peut dorénavant connaître ses facteurs de risque, notamment ceux sur lesquels elle (ou il) peut agir et ainsi entamer le dialogue avec son médecin traitant sur des bases validées par une instance scientifique internationale.

Ce questionnaire est disponible en Français sur le site du GRIO (www.grio.org), et entre naturellement dans le cadre des initiatives visant à promouvoir la prise de conscience, par les patientes et par les soignants, des enjeux du dépistage de l'ostéoporose, avant la première fracture, mais aussi après.

• **En pratique, qui peut prétendre au remboursement d'une ostéodensitométrie et du traitement anti ostéoporotique ?**

Les conditions du remboursement du dépistage et du traitement de l'ostéoporose ont été clairement définies en juillet (dépistage) et octobre (traitement) 2006.

1) Remboursement de l'ostéodensitométrie :

- Toutes les femmes, quel que soit leur âge, peuvent bénéficier d'une densitométrie osseuse dès lors qu'elles ont eu une fracture de fragilité, ou lorsqu'elles présentent une maladie, ou un traitement, susceptibles d'induire de déminéralisation osseuse
- Les femmes ménopausées ont les mêmes indications que ci-dessus, mais élargies à : antécédent familial de fracture du col fémoral (parent au 1^{er} degré), maigreur (IMC < 19 kg/m²), ménopause avant 40 ans, antécédent de traitement corticoïde prolongé
- Cas particuliers : 2^{ème} examen à l'arrêt du traitement anti ostéoporotique et examen de surveillance d'une ostéoporose non traitée

2) Remboursement du traitement : les anti ostéoporotiques sont pris en charge chez les femmes présentant un haut risque de fracture ; autrement dit :

- Lorsqu'elles ont déjà eu une fracture de fragilité (risque de récurrence)
- Avant la première fracture, lorsqu'il existe des signes de fragilité osseuse (densité minérale en dessous d'un certain seuil), associés à d'autres facteurs de risque (âge > 60 ans, ménopause avant 40 ans, IMC < 19 kg/m², antécédent de traitement corticoïde prolongé, antécédent familial de fracture du col du fémur chez un parent du 1^{er} degré).

LE GRIO

Le **GRIO**, Groupe de Recherche et d'Information sur les Ostéoporoses, Association loi de 1901, a été créé en 1987 avec pour objectif non pas l'ostéoporose mais les ostéoporoses, qu'elles soient post-ménopausiques ou non, et pour angle d'attaque la multidisciplinarité.

Le **GRIO** compte ainsi parmi ses 1500 adhérents des rhumatologues, endocrinologues, gynécologues, nutritionnistes, spécialistes de l'image et de la mesure médicales, épidémiologistes, gériatres, orthopédistes, rééducateurs, des chercheurs et quelques médecins généralistes.

En complément de la diffusion tout au long de l'année d'informations à destination du grand public, les « temps forts » du GRIO sont :

- l'organisation d'une **Journée Scientifique annuelle** dont la XXIII^e se tiendra le vendredi 22 janvier 2010,
- l'organisation en France de la **Journée Mondiale contre l'Ostéoporose** le 20 octobre de chaque année.

Le **GRIO** est géré par un Comité directeur d'une vingtaine de membres choisis pour leurs compétences complémentaires. Par sa composition et sa vocation, le GRIO a ainsi pu diffuser une information éthique, consensuelle, objective et indépendante afin de lutter contre cette pathologie dont les méfaits ne peuvent - si rien n'est entrepris - qu'aller croissant avec l'allongement de l'espérance de vie.

www.grio.org