

Journée Mondiale contre l'Ostéoporose

Risque de fracture ! Défendons nos os



Testez vos risques d'ostéoporose sur www.grio.org



Dossier de Presse 2008

Sommaire :

- 1 - L'ostéoporose reste un fardeau
- 2 - Qui s'est cassée, se cassera !
- 3 - Repérer l'ostéoporose : un devoir
- 4 - Les chiffres clés des fractures en France
- 5 - La Journée Mondiale contre l'Ostéoporose :
le GRIO à l'initiative de multiples actions en France
- 6 - Le GRIO
- 7 - Vos interlocuteurs

Colloque « Défendons nos os »

organisé par le GRIO au Palais du Luxembourg le vendredi 3 octobre
en préparation de la Journée Mondiale contre l'Ostéoporose du 20 octobre 2008.

*Sous le haut patronage de madame Roselyne BACHELOT-NARQUIN
Ministre de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie Associative*

1. L'ostéoporose reste un fardeau

L'ostéoporose est un problème de santé publique en raison du nombre et de la gravité des fractures dont elle augmente le risque.

Malgré les progrès médicaux et chirurgicaux réalisés ces dernières années, la fracture du col du fémur reste un événement extrêmement grave pour les patients et notamment les personnes âgées qui tombent alors dans la dépendance. De ce point de vue, l'ostéoporose mérite plus d'attention et la Loi de Santé Publique de 2004 avait déjà retenu l'incidence de cette fracture de la hanche comme indicateur pour mesurer les progrès réalisés en matière de prise en charge.

En 2004, ce type de fracture représentait aussi un poids économique réel pour la société s'élevant à 730 millions d'euros.

Ce texte prévoyait de réduire de 10 % le nombre de fracture du col du fémur entre 2004 et 2008. Le GRIO dresse aujourd'hui le bilan de la situation et estime que cet objectif n'est pas atteint.

Aujourd'hui nous savons que **80% des femmes ménopausées qui font une première fracture du poignet (par exemple) ne bénéficient d'aucun dépistage de l'ostéoporose.** Sans évaluation de leur santé osseuse, sans mesure thérapeutique rapidement mise en œuvre, les femmes courent donc tous les risques de fractures ultérieures. Ceci est inacceptable alors que nous savons que 40% des femmes de 50 ans vont faire une fracture liée à la maladie.

Il reste donc encore beaucoup d'efforts à réaliser pour optimiser la prise en charge des femmes dès la première fracture et limiter ce risque de récurrence.

Ce premier accident souvent banal est le plus souvent passé sous silence alors qu'il s'impose aujourd'hui comme une étape cruciale qui échappe encore trop souvent à la surveillance médicale tant en ville qu'à l'hôpital.

Le GRIO combat cette indifférence et lutte pour que le diagnostic de cette maladie à terme invalidante devienne systématique pour toutes les femmes fracturées.

Les efforts déployés en 2005 et 2006, en particulier avec le remboursement de la densitométrie, ne touchent pas toutes les femmes concernées. Aujourd'hui il n'y a pas d'enthousiasme dans la pratique de cet examen qui reste peu prescrit. Ceci s'observe tant au niveau régional que national. En 2006 on estimait qu'il y avait environ 50 000 densitométries réalisées tous les mois en France. Aujourd'hui on en compte à peine 40 000.

2. Qui s'est cassée, se cassera !

Toutes les données épidémiologiques disponibles à l'heure actuelle le confirment : **Les femmes qui se cassent le col du fémur sont en priorité celles qui ont déjà souffert d'une première fracture (des vertèbres ou du poignet par exemple).**

Pourtant des réflexes simples permettraient de prendre toutes les précautions qui s'imposent. On sait notamment que la majorité des femmes âgées faisant une fracture du col du fémur ont, sur les radiographies du rachis, des fractures vertébrales. Celles-ci sont le plus souvent passées inaperçues. Il existe un consensus international, suivi par la Société Française de Radiologie, pour que l'existence de ces déformations vertébrales d'origine ostéoporotique soit signalée de manière systématique sur les radiographies, même si elles sont découvertes chez une patiente sans douleur apparente au moment de la réalisation de radiographies, de façon à identifier ainsi une population à risque de fractures ultérieures.

La première fracture que l'on peut aussi appeler « *fracture prévalente* » doit faire l'objet de beaucoup plus d'attention. Ce signe est avant coureur. La première fracture est au risque fracturaire ce que l'accident ischémique transitoire est au risque vasculaire. Face à cet accident ischémique transitoire, on ne laisse pas partir le patient : on propose un bilan, on le traite et le patient est suivi. La même démarche devrait s'appliquer aux femmes chez qui on découvre une fracture prévalente.

Pourtant, le constat que fait le GRIO aujourd'hui montre que ce n'est pas le cas. Plus de 80 % des femmes qui font une première fracture ne font l'objet d'aucune mesure diagnostique de leur ostéoporose et n'ont ni traitement, ni suivi. **Aujourd'hui l'antécédent de fractures n'est toujours pas pris en compte.**

La charge personnelle médicale et sociétale de l'ostéoporose en France n'est pas suffisamment considérée et le GRIO décide aujourd'hui de s'intéresser en

particulier aux femmes qui ont fait une première fracture. Cette première fracture s'impose comme un signe précurseur à prendre très au sérieux. Les données du PMSI et de l'assurance-maladie permettent de mesurer très précisément cette difficulté.

3. Repérer l'ostéoporose : un devoir

C'est pourquoi de nombreux pays s'en préoccupent. Les États-Unis et les pays d'Europe du Nord qui observent depuis bien longtemps l'évolution de ces accidents constatent aujourd'hui une amélioration de la situation depuis l'accélération des dépistages.

Pourquoi ceci n'aurait-il pas lieu en France ?

Des études régionales permettent de dresser un premier bilan de situation. **En Rhône-Alpes, par exemple, où une densitométrie n'a été prescrit qu'à 2 % de femmes de plus de 50 ans en 1992, les rhumatologues du GRIO disposent à présent des premiers résultats d'une étude qui a porté sur plus de 6000 patients hospitalisés.** Ce travail met en avant l'incidence et l'épidémiologie de ces fractures et permet d'avoir une image exhaustive et complète du coût de l'ostéoporose au niveau de cette région. Globalement, la prise en charge s'élève à 7 492 € par patient soit 45,2 millions d'euros auxquels il faut ajouter 15 millions d'euros correspondants aux 40 % de ré hospitalisations nécessaires l'année suivante.

Ces chiffres rappellent que l'enjeu du dépistage de l'ostéoporose est à la fois médical et économique. L'amélioration de la situation dans les pays dans lesquels la maladie est mieux dépistée qu'en France permet de rester optimiste à condition de suivre ces exemples.

4. Les chiffres clés des fractures en France

En 2004, l'ensemble des fractures, de l'humérus, du poignet, du fémur ou de la hanche, pris en compte dans le PMSI représentait une dépense globale de 730 millions d'euros, sans inclure le prix de la prothèse.

Deux ans plus tard, le nombre de fractures des membres inférieurs bondit de nouveau de 5 % chez la femme, et 2 % chez l'homme.

En France, ces événements sont pris en charge en grande majorité dans le secteur public et les deux tiers impliquent une intervention chirurgicale.

La fracture du poignet est la plus fréquente chez la femme

En 2006, pas moins de 30 889 femmes se sont fracturées le poignet. Ces accidents ont globalement coûté 69,2 millions d'euros auxquels on peut ajouter 16, 8 millions d'euros liés aux 8090 fractures chez les hommes.

Alors qu'une fracture du poignet sur quatre est hospitalisée, 30 500 hospitalisations par an sont dues à cet accident.

Hors, les experts du GRIO insistent sur le fait que **la majorité des patientes ayant précisément eu une fracture du poignet ne bénéficie pas de prise en charge médicale**, et que 25 % des femmes souffrant d'une fracture du poignet auraient pu être traitées car elles présentaient aussi des fractures vertébrales antérieures.

La fracture du col du fémur reste la plus invalidante:

Entre 2002 et 2006, ces fractures ont impliqué 50 000 hospitalisations en France principalement prises en charge dans le secteur public. Aujourd'hui, la fréquence de ces accidents augmente considérablement à partir de 65 ans. La durée moyenne d'hospitalisation établie autour de 14 jours représente un budget de 256 millions d'euros dans le secteur public et de 55 millions d'euros dans le privé.

5 - Les JMO 2008 :

Le GRIO à l'initiative de multiples actions en France

Une douzaine de villes se mobilisent à l'occasion de la **Journée Mondiale** contre l'Ostéoporose, qui se déroulera en France le 20 octobre prochain.

Médecins, infirmières, diététiciens et kinésithérapeutes, libéraux et hospitaliers, se mobilisent sous l'égide du **GRIO, Groupe de Recherche et d'Information sur l'Ostéoporose** pour expliquer l'importance de la croissance des facteurs de risque d'ostéoporose dans la prévention de cette maladie.

Cette année, les rhumatologues pilotent et coordonnent les animations, conférences et rencontres qui seront proposées au public à : **Barcelonnette, Belfort, Montreuil-sur-Mer, Cassis, Confolens, Contrexéville, Courbevoie, Heillecourt, Nice, Perpignan, Vandoeuvre lès Nancy, Vitré...**

Une information ciblée pour permettre à chacun de trouver ses repères et les réponses importantes concernant l'ostéoporose. Comment cette maladie insidieuse fragilise-t-elle le squelette et expose à des fractures souvent invalidantes ? Peut on espérer vivre et vieillir sans fracture ?

Lors de cette journée proposée sous forme d'ateliers, de jeux et d'échanges directs avec des spécialistes, les professionnels vont à la rencontre du public pour expliquer cette pathologie, conseiller les personnes à risque et convaincre de l'importance de connaître ses facteurs de risque et d'agir pour constituer et préserver le capital osseux indispensable.

Le programme des JMO au jour le jour dans toutes les villes de France, est disponible sur le site du GRIO : www.grio.org

6- Le GRIO...

présenté par le Pr. Christian ROUX

Président

G comme **groupe et regroupement** des compétences, des expériences diverses afin de mieux lutter contre l'ostéoporose. De cette volonté est née cette association du GRIO, créée en 1987.

On commençait alors à percevoir l'importance de ce combat en termes humains et socio-économiques. La réunion de rhumatologues, de radiologues, de gynécologues, d'endocrinologues, de médecins de médecine nucléaire, d'internistes et de généralistes, suivis quelque temps plus tard par des orthopédistes, des épidémiologistes et des gériatres, s'est traduite par des actions fortes de communication et notamment par l'organisation de la Journée Scientifique annuelle du GRIO, dont le XXII^e se tiendra le vendredi 16 janvier 2009.

R comme **recherche**, une des missions que s'est assignées le GRIO : une enquête nationale sur le premier tassement vertébral, une étude sur la prise en charge des fractures du poignet (ISEOR), la création d'un prix de recherche du GRIO, sont des actions qu'il nous semble important de poursuivre et de développer en soutenant notamment des actions de recherche clinique avec nos membres, « sur le terrain ».

I comme **information**, depuis sa création, le GRIO informe le grand public à l'occasion de réunions et alerte les médias (presse écrite, télévision, radio..) sur les conséquences de cette pathologie qui nous guette tous. Ces réunions d'information, le plus souvent régionales, ont donné lieu à des initiatives originales qui ont contribué à mieux faire connaître la maladie et les possibilités de la combattre.

La Journée Mondiale contre l'Ostéoporose, organisée chaque année en France par le GRIO fin octobre et notre adhésion aux objectifs assignés de la « *Bone and Joint Decade* » (*Décennie des Os et des Articulations*) témoignent de nos engagements en terme d'information ; des actions futures se développent dans cet environnement, en partenariat notamment avec la SFR, l'AFLAR, mais aussi des organismes internationaux tel l'IOF, Fondation International contre l'Ostéoporose.

Mais à côté ou en plus de l'information « grand public » il faut que nous continuions à diffuser les actualités dans l'ostéoporose. Nous souhaitons que l'information donnée par le GRIO puisse répondre à notre objectif d'information impartiale, mais néanmoins clairement engagée, en faveur de ce qui peut apparaître comme progrès diagnostique ou thérapeutique dans l'ostéoporose. Sur ce point l'interactivité de notre site www.grio.org était un pari ambitieux et réussi...

O comme **ostéoporose (s)**, singulier ou pluriel, cette maladie est devenue un problème de santé publique qui justifie nos actions. Ce point reconnu par les Autorités de Santé a permis le remboursement de la mesure de la densité osseuse par absorptiométrie biphotonique (le 30 juin 2006) et la communication autour des facteurs de risque de fracture, afin de diagnostiquer les femmes dont le risque de fracture est élevé, et qui peuvent bénéficier d'un traitement efficace.

Il est à notre sens important de relayer ces propositions efficaces, cohérentes avec celles d'autres organismes institutionnels et donc potentiellement rapidement applicables.

Plus que jamais nous devons, rassembler nos compétences, rester ...

Groupés et est-il nécessaire de rappeler l'expérience des rhumatologues en ce domaine ? continuer la...

Recherche et l'évaluation Rigoureuse, maintenir notre dynamisme dans la diffusion de... l'**I**nformation et continuer à combattre...l'**O**stéoporose.

www.grio.org

Le **G**RIO, Groupe de Recherche et d'Information sur les Ostéoporoses, Association loi de 1901, a été créé il y a maintenant 22 ans 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. Il 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.

7 - Vos interlocuteurs au GRIO...

PARIS Pr. Christian ROUX
Président
Rhumatologue Centre d'Evaluation des Maladies Osseuses
Hôpital COCHIN, 27, rue du Fg St Jacques
75014 PARIS
christian.roux@cch.ap-hop-paris.fr

LYON Dr Evelyne DRAPIER-FAURE
Vice-présidente
Gynécologue Hôpital Edouard HERRIOT
5 Place d'Arsonval
69437 LYON CEDEX 03
evelyne.drapier-faure@chu-lyon.fr

TOULOUSE Pr. Claude RI BOT
Vice-président
Endocrinologue Unité Ménopause et Maladies Osseuses Métaboliques
Hôpital Paule de Viguier
330, Avenue de Grande-Bretagne
31059 TOULOUSE CEDEX 09
ribot.c@chu-toulouse.fr

CAEN Dr Jean-Pierre SABATIER
Vice-président
Biophysicien Service de Médecine Nucléaire
CHU CÔTE DE NACRE
14033 CAEN CEDEX
sabatier-jp@chu-caen.fr

ST ETIENNE Pr. Thierry THOMAS
Secrétaire Général
Rhumatologue Unité de Rhumatologie
Hôpital de BELLEVUE
42055 ST ETIENNE CEDEX 2
thierry.thomas@univ-st-etienne.fr

LILLE Pr. Bernard CORTET
Trésorier général
Rhumatologue Service de Rhumatologie
HÔPITAL Roger SALENGRO
59037 LILLE CEDEX
bcortet@chru-lille.fr

BERCK/MER Dr Bruno SUTTER
Responsable du site web
Médecine nucléaire
Institut CALOT - Groupe HOPALE
Groupe HOPALE
62608 BERCK/MER CEDEX
Tél 03 21 89 24 01
bsutter@hopale.com

Contact presse :
DIBCO/Actipress
Jmo2008@orange.fr
Tel : 06 19 19 00 05