



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD – LYON 1

FACULTE DE MEDECINE LYON EST

Année 2015 N°

**Représentations et connaissances des médecins généralistes
concernant l'ostéoporose et sa prise en charge. Etude qualitative à
partir de 16 entretiens individuels.**

THESE

Présentée à l'Université Claude Bernard Lyon 1

Et soutenue publiquement le 05/05/2015

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

Par

Amélie BEDOUET

Née le 21/07/1985 à Vénissieux (69)

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD – LYON 1

- Président de l'Université François-Noël GILLY
- Président du Comité de Coordination des Etudes Médicales François-Noël GILLY
- Secrétaire Général Alain HELLEU

SECTEUR SANTE

- UFR de Médecine Lyon Est Doyen : Jérôme ETIENNE
- UFR de Médecine Lyon Sud – Charles Mérieux Doyen : Carole BURILLON
- Institut des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques (ISPB) Directrice: Christine VINCIGUERRA
- UFR d'odontologie Directeur : Denis BOURGEOIS
- Institut des sciences et techniques de réadaptation Directeur : Yves MATILLON
- Département de formation et centre de recherche en biologie humaine Directeur : Pierre FARGE

SECTEUR SCIENCES ET TECHNOLOGIES

- UFR de sciences et technologies Directeur : Fabien DE MARCHI
- UFR de Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives (STAPS) Directeur : Claude COLLIGNON
- Polytech Lyon Directeur : Pascal FOURNIER
- I.U.T Directeur : Christian COULET
- Institut des Sciences Financières et Assurances (ISFA) Directeur : Véronique MAUME-DESCHAMPS
- I.U.F.M. Directeur : Régis BERNARD
- CPE Directeur : Gérard PIGNAULT

Faculté de Médecine Lyon Est Liste des enseignants 2014/2015

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Classe exceptionnelle Echelon 2

Cochat	Pierre	Pédiatrie
Cordier	Jean-François	Pneumologie ; addictologie
Etienne	Jérôme	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Gouillat	Christian	Chirurgie digestive
Guérin	Jean-François	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Mauguière	François	Neurologie
Ninet	Jacques	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
Peyramond	Dominique	Maladie infectieuses ; maladies tropicales
Philip	Thierry	Cancérologie ; radiothérapie
Raudrant	Daniel	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Rudigoz	René-Charles	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Classe exceptionnelle Echelon 1

Baverel	Gabriel	Physiologie
Blay	Jean-Yves	Cancérologie ; radiothérapie
Borson-Chazot	Françoise	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
Denis	Philippe	Ophtalmologie
Finet	Gérard	Cardiologie
Guérin	Claude	Réanimation ; médecine d'urgence
Lehot	Jean-Jacques	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Lermusiaux	Patrick	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Martin	Xavier	Urologie
Mellier	Georges	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Michallet	Mauricette	Hématologie ; transfusion
Miossec	Pierre	Immunologie
Morel	Yves	Biochimie et biologie moléculaire
Mornex	Jean-François	Pneumologie ; addictologie
Neyret	Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Ninet	Jean	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Ovize	Michel	Physiologie
Ponchon	Thierry	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Pugeat	Michel	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
Revel	Didier	Radiologie et imagerie médicale
Rivoire	Michel	Cancérologie ; radiothérapie

Thivolet-Bejui	Françoise	Anatomie et cytologie pathologiques
Vandenesch	François	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Zoulim	Fabien	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers

Première classe

André-Fouet	Xavier	Cardiologie
Barth	Xavier	Chirurgie générale
Berthezene	Yves	Radiologie et imagerie médicale
Bertrand	Yves	Pédiatrie
Beziat	Jean-Luc	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Boillot	Olivier	Chirurgie digestive
Braye	Fabienne	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
Breton	Pierre	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Chassard	Dominique	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Chevalier	Philippe	Cardiologie
Claris	Olivier	Pédiatrie
Colin	Cyrille	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Colombel	Marc	Urologie
Cottin	Vincent	Pneumologie ; addictologie
D'Amato	Thierry	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
Delahaye	François	Cardiologie
Di Fillipo	Sylvie	Cardiologie
Disant	François	Oto-rhino-laryngologie
Douek	Philippe	Radiologie et imagerie médicale
Ducerf	Christian	Chirurgie digestive
Dumontet	Charles	Hématologie ; transfusion
Durieu	Isabelle	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
Ederly	Charles Patrick	Génétique
Fauvel	Jean-Pierre	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
Gaucherand	Pascal	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Guenot	Marc	Neurochirurgie
Gueyffier	François	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
Guibaud	Laurent	Radiologie et imagerie médicale
Herzberg	Guillaume	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Honorat	Jérôme	Neurologie
Lachaux	Alain	Pédiatrie
Lina	Bruno	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Lina	Gérard	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Mabrut	Jean-Yves	Chirurgie générale
Mertens	Patrick	Anatomie
Mion	François	Physiologie
Morelon	Emmanuel	Néphrologie
Moulin	Philippe	Nutrition

Négrier	Claude	Hématologie ; transfusion
Négrier	Marie-Sylvie	Cancérologie ; radiothérapie
Nicolino	Marc	Pédiatrie
Nighoghossian	Norbert	Neurologie
Obadia	Jean-François	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Picot	Stéphane	Parasitologie et mycologie
Rode	Gilles	Médecine physique et de réadaptation
Rousson	Robert-Marc	Biochimie et biologie moléculaire
Roy	Pascal	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Ruffion	Alain	Urologie
Ryvlin	Philippe	Neurologie
Scheiber	Christian	Biophysique et médecine nucléaire
Schott-Pethelaz	Anne-Marie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Terra	Jean-Louis	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
Tilikete	Caroline	Physiologie
Touraine	Jean-Louis	Néphrologie
Truy	Eric	Oto-rhino-laryngologie
Turjman	Francis	Radiologie et imagerie médicale
Vallée	Bernard	Anatomie
Vanhems	Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers

Seconde Classe

Allaouchiche	Bernard	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Argaud	Laurent	Réanimation ; médecine d'urgence
Aubrun	Frédéric	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Badet	Lionel	Urologie
Bessereau	Jean-Louis	Biologie cellulaire
Boussel	Loïc	Radiologie et imagerie médicale
Calender	Alain	Génétique
Charbotel	Barbara	Médecine et santé au travail
Chapurlat	Roland	Rhumatologie
Cotton	François	Radiologie et imagerie médicale
Dalle	Stéphane	Dermato-vénéréologie
Dargaud	Yesim	Hématologie ; transfusion
Devouassoux	Mojgan	Anatomie et cytologie pathologiques
Dubernard	Gil	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Dumortier	Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Fanton	Laurent	Médecine légale
Faure	Michel	Dermato-vénéréologie
Fellahi	Jean-Luc	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Ferry	Tristan	Maladie infectieuses ; maladies tropicales
Fourneret	Pierre	Pédopsychiatrie ; addictologie
Gillet	Yves	Pédiatrie
Girard	Nicolas	Pneumologie
Gleizal	Arnaud	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

Guyen	Olivier	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Henaine	Roland	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Hot	Arnaud	Médecine interne
Huissoud	Cyril	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Jacquin-Courtois	Sophie	Médecine physique et de réadaptation
Janier	Marc	Biophysique et médecine nucléaire
Javouhey	Etienne	Pédiatrie
Juillard	Laurent	Néphrologie
Jullien	Denis	Dermato-vénéréologie
Kodjikian	Laurent	Ophthalmologie
Krolak Salmon	Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
Lejeune	Hervé	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Merle	Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Michel	Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Monneuse	Olivier	Chirurgie générale
Mure	Pierre-Yves	Chirurgie infantile
Nataf	Serge	Cytologie et histologie
Pignat	Jean-Christian	Oto-rhino-laryngologie
Poncet	Gilles	Chirurgie générale
Raverot	Gérald	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
Ray-Coquard	Isabelle	Cancérologie ; radiothérapie
Richard	Jean-Christophe	Réanimation ; médecine d'urgence
Rossetti	Yves	Physiologie
Rouvière	Olivier	Radiologie et imagerie médicale
Saoud	Mohamed	Psychiatrie d'adultes
Schaeffer	Laurent	Biologie cellulaire
Souquet	Jean-Christophe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Vukusic	Sandra	Neurologie
Wattel	Eric	Hématologie ; transfusion

Professeur des Universités - Médecine Générale

Letrilliant	Laurent
Moreau	Alain

Professeurs associés de Médecine Générale

Flori	Marie
Lainé	Xavier
Zerbib	Yves

Professeurs émérites

Chatelain	Pierre	Pédiatrie
-----------	--------	-----------

Bérard	Jérôme	Chirurgie infantile
Boulanger	Pierre	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Bozio	André	Cardiologie
Chayvialle	Jean-Alain	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Daligand	Liliane	Médecine légale et droit de la santé
Descotes	Jacques	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie
Droz	Jean-Pierre	Cancérologie ; radiothérapie
Floret	Daniel	Pédiatrie
Gharib	Claude	Physiologie
Itti	Roland	Biophysique et médecine nucléaire
Kopp	Nicolas	Anatomie et cytologie pathologiques
Neidhardt	Jean-Pierre	Anatomie
		Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Petit	Paul	
Rousset	Bernard	Biologie cellulaire
Sindou	Marc	Neurochirurgie
Trepo	Christian	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Trouillas	Paul	Neurologie
Trouillas	Jacqueline	Cytologie et histologie
Viale	Jean-Paul	Réanimation ; médecine d'urgence

Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers Hors classe

Benchaib	Mehdi	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Bringuier	Pierre-Paul	Cytologie et histologie
Davezies	Philippe	Médecine et santé au travail
Germain	Michèle	Physiologie
		Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Jarraud	Sophie	Anatomie et cytologie pathologiques
Jouvet	Anne	Biophysique et médecine nucléaire
Le Bars	Didier	Médecine et santé au travail
Normand	Jean-Claude	Parasitologie et mycologie
Persat	Florence	Biochimie et biologie moléculaire
Pharaboz-Joly	Marie-Odile	Cytologie et histologie
Piaton	Eric	Hématologie ; transfusion
Rigal	Dominique	Biophysique et médecine nucléaire
Sappey-Marinier	Dominique	Anatomie et cytologie pathologiques
Streichenberger	Nathalie	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
Timour-Chah	Quadiri	Anatomie
Voiglio	Eric	
Wallon	Martine	Parasitologie et mycologie

Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers

Première classe

Ader	Florence	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
Barnoud	Raphaëlle	Anatomie et cytologie pathologiques
Bontemps	Laurence	Biophysique et médecine nucléaire
Chalabreysse	Lara	Anatomie et cytologie pathologiques
Charrière	Sybil	Nutrition
Collardeau Frachon	Sophie	Anatomie et cytologie pathologiques
Cozon	Grégoire	Immunologie
Dubourg	Laurence	Physiologie
Escuret	Vanessa	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Hervieu	Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
Kolopp-Sarda	Marie Nathalie	Immunologie
Laurent	Frédéric	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Lesca	Gaëtan	Génétique
Maucort Boulch	Delphine	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Meyronet	David	Anatomie et cytologie pathologiques
Peretti	Noel	Nutrition
Pina-Jomir	Géraldine	Biophysique et médecine nucléaire
Plotton	Ingrid	Biochimie et biologie moléculaire
Rabilloud	Muriel	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Ritter	Jacques	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Roman	Sabine	Physiologie
Tardy Guidollet	Véronique	Biochimie et biologie moléculaire
Tristan	Anne	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Vlaeminck-Guillem	Virginie	Biochimie et biologie moléculaire

Maîtres de Conférences – Praticiens Hospitaliers

Seconde classe

Casalegno	Jean-Sébastien	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Chêne	Gautier	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Duclos	Antoine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Phan	Alice	Dermato-vénéréologie
Rheims	Sylvain	Neurologie
Rimmele	Thomas	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Schluth-Bolard	Caroline	Génétique
Simonet	Thomas	Biologie cellulaire
Thibault	Hélène	Physiologie
Vasiljevic	Alexandre	Anatomie et cytologie pathologiques
Venet	Fabienne	Immunologie

Maîtres de Conférences associés de Médecine Générale

Chanelière
Farge
Figon

Marc
Thierry
Sophie

REMERCIEMENTS

A notre président de thèse,

Monsieur le Professeur Roland Chapurlat,

Pour l'honneur que vous nous faites de présider cette thèse, je vous prie de recevoir, Monsieur le Professeur, l'expression de mes respectueuses considérations.

Aux membres du jury :

A Madame le Professeur Anne-Marie Schott Pethelaz.

Pour l'honneur que vous nous faites de siéger parmi les membres du jury, veuillez trouver, Madame le Professeur, l'expression de ma sincère reconnaissance.

A Madame le Professeur Marie Flori

Vous nous faites l'honneur de siéger à notre jury de thèse, je vous remercie pour l'intérêt que vous portez à notre travail, et pour l'aide apportée lors des nombreuses réunions. Soyez assurée, Madame le Professeur, de mon plus profond respect.

A mon directeur de thèse, Monsieur Christian Dupraz,

Pour m'avoir proposé ce sujet, pour avoir accepté de diriger ce travail, pour le temps que vous m'avez accordé malgré votre planning chargé, et pour m'avoir tant aidée à tenir les délais qui m'étaient impartis, veuillez trouver ici mes sincères remerciements.

Madame le Docteur Julie Haesebaert

Tu nous fais l'honneur de siéger à notre jury de thèse, sois assurée de ma profonde considération.

Madame le Docteur Blandine Merle

Pour avoir accepté de siéger à notre jury de thèse, pour m'avoir aidée à de multiples reprises dans ce travail et également pour le soutien moral apporté, je t'adresse ici mes sincères remerciements.

A tous les médecins qui ont participé aux entretiens individuels, vous m'avez permis de réaliser ce travail : un immense merci à vous tous.

Merci à Marie, Loïc, Virginie et Cyril de m'avoir accompagnée dans ce travail, de m'avoir soutenue et aidée pour que je ne me sente pas trop seule !

Merci à toi, Florian, sans qui rien n'aurait été possible, tu m'as apporté un énorme soutien moral au quotidien, et une énorme aide technico-informatique : merci merci merci !

Merci à mes parents pour m'avoir soutenue aussi bien financièrement que moralement tout au long de ces études. Merci à mon père qui attendait avec impatience cette date pour une nouvelle occasion de faire une fête ! Merci à ma mère, cette Shiva, qui avec ses huit bras, m'a aidée par tous les moyens, du chauffeur de taxi à l'indispensable relecture de la thèse !

Et pour compléter la bande des 7+1 avec qui on partage toujours d'excellents moments : merci à ma fille, mes sœurs et BF: Zoé, Alice Céline et Doudoud'. Petit message spécial pour Alice qui malgré sa varicelle m'a fait un joli nuage !

Merci à mes beaux-parents, Jeanine et Patrick et à Maxime de s'être toujours intéressés à ma thèse, de m'avoir toujours soutenue, donné du courage, et rendu la vie plus facile.

Pour ces longues années d'études passées ensemble, et pour tous les week end de retrouvailles : merci à toute la bande de l'Amitié et Persévérance : Camille, Gigi, Véro, Guillaume LeRoux, Katia, Christophe, Patou, Arnaud, Estelle, Guillaume LeBrun, Prune, Jean, Cyrielle, Benoît ainsi qu'à Fanny Hugues Elise Remi Nadège et Laeti. Un merci tout spécial à Estelle qui a accepté de tester mon guide d'entretien avec enregistrement et tout et tout ! Petits Bisous aux descendants déjà présents ou en cours de fabrication !

Merci à mes co-internes de m'avoir supportée pendant mes stages, et spécialement à Colombe Claire et Lucile.

Merci à mes amis non médecins qui ont également été là, de près ou de loin pour me rendre la vie plus belle : Marie-Sophie, Mathieu, Marion, Agathe, Marie, Julien, Anne-Gaëlle, Yann, Anne-Laure, Antoine, Olivier, Guillaume, Tania, Isabelle et François.

Merci aux Docteurs Cloche, Bolliet et Erpeldinger qui m'ont tout appris, et permis de pratiquer au mieux le métier de médecin généraliste.

Pour finir, bien que te porter, ait rendu difficile les quelques mois de rédaction de thèse, c'est à toi que je dédie ma thèse : j'ai hâte de te rencontrer petit bout de chou !

Table des matières

1	Introduction.....	16
2	Justificatif.....	17
2.1	Ostéoporose et diagnostic.....	17
2.2	Prise en charge de l'ostéoporose.....	18
2.3	L'enjeu.....	19
3	Méthodologie.....	21
3.1	La recherche qualitative :.....	21
3.1.1	L'entretien semi dirigé.....	21
3.1.2	Le guide d'entretien.....	22
3.2	Méthode de cette étude.....	23
3.2.1	Sélection de la population.....	23
3.2.2	Recueil des données.....	24
3.2.3	Analyse et interprétation.....	25
4	Aspects éthiques et réglementaires.....	26
5	Résultats.....	27
5.1	Description de la population.....	27
5.2	Analyse transversale.....	32
5.2.1	Représentation générale.....	32
5.2.1.1	En quelques mots.....	32
5.2.1.2	Définition ostéoporose.....	33
5.2.1.3	Profil du patient ostéoporotique.....	35
5.2.1.4	Symptomatologie et conséquences de l'ostéoporose.....	37
5.2.1.5	Intérêt porté à l'ostéoporose.....	39
5.2.1.6	Qui prend en charge l'ostéoporose ?.....	40
5.2.2	Prévention de l'ostéoporose.....	45
5.2.2.1	Généralités.....	45
5.2.2.2	La prévention par l'alimentation.....	47
5.2.2.3	Difficultés pour la prévention de l'ostéoporose.....	48
5.2.2.4	Attentes des médecins pour améliorer la prévention de l'ostéoporose.....	49
5.2.3	Le diagnostic de l'ostéoporose.....	53
5.2.3.1	Généralités.....	53
5.2.3.2	L'ostéodensitométrie.....	54
5.2.3.3	Le bilan biologique.....	56
5.2.3.4	Les difficultés du médecin pour le diagnostic de l'ostéoporose.....	58

5.2.3.5	Les attentes des médecins pour un meilleur diagnostic de l'ostéoporose	60
5.2.4	Le traitement de l'ostéoporose	63
5.2.4.1	Généralités.....	63
5.2.4.2	Supplémentation vitamino-Calcique.....	65
5.2.4.3	Traitements spécifiques anti-ostéoporotiques	65
5.2.4.4	Objectif du traitement anti-ostéoporotique	67
5.2.4.5	Difficultés des médecins pour la prise en charge thérapeutique.....	67
5.2.4.6	Observance	74
5.2.4.7	Attentes des médecins pour une meilleure prise en charge thérapeutique.....	78
5.2.5	Projections des représentations des patients.....	82
5.2.5.1	Les connaissances des patients.....	82
5.2.5.2	Les attentes des patients	89
6	Discussion	93
7	Conclusion	100
8	Bibliographie.....	103

ABREVIATIONS

CTX	Télopeptide C-terminal du Collagène type I ou CrossLaps
CNIL	Commission Nationale Informatique et Liberté
DESC	Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires
DMO	Densité Minérale Osseuse
DXA	Absorptiométrie biphotonique aux rayons X
FRAX	Fracture Risk Assessment
GRIO	Groupe de Recherche et d'Information sur l'Ostéoporose
HAS	Haute Autorité de Santé
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
OP	Ostéoporose
SMR	Service Médical Rendu

1 INTRODUCTION

Les conséquences à long terme de la survenue d'une fracture par fragilité, secondaire à l'ostéoporose, sont importantes : risque de fracture ultérieure et mortalité augmentée de 25% dans l'année suivant la fracture. (1) La prise en charge recommandée pour les patients présentant une OP et un risque élevé de fracture, associe des mesures hygiéno-diététiques, une supplémentation vitamino-calcique et des traitements médicamenteux dont l'efficacité sur la réduction du risque fracturaire a été démontrée. Néanmoins, il existe actuellement un défaut de prise en charge de l'ostéoporose. (2) Les hypothèses émises pour expliquer l'inadéquation entre pratique et recommandations soulèvent le manque d'information et de sensibilisation des personnes à risque, des patients atteints d'ostéoporose, et des professionnels de santé en général. Les médecins généralistes sont particulièrement concernés, en raison des compétences de leur spécialité de soins primaires : premier recours, prise en charge globale, coordination des soins, santé publique et éducation thérapeutique. (3)

Ainsi, dans le cadre de l'étude QUALI-OP, une équipe de cinq chercheurs en médecine générale a été constituée. Elle a pour objet de s'intéresser aux connaissances et à la représentation de l'ostéoporose dans cinq populations ciblées:

- chez les médecins généralistes du Rhône, ce qui fait l'objet de l'étude présentée ici.
- et dans 4 populations de patients : deux populations de femmes âgées de 50 ans et plus (sensibilisées et non sensibilisées à l'ostéoporose) et deux populations d'hommes âgés de 60 ans et plus (à priori sensibilisés et à priori non sensibilisés à l'ostéoporose), qui font l'objet de deux autres travaux.

L'ensemble de ces travaux servira de support à cinq thèses d'exercice. Elles feront l'objet d'une seule et même présentation, avant d'être regroupées dans un nouveau travail de synthèse.

L'objectif principal de l'étude est d'identifier les connaissances, perceptions et pratiques des médecins généralistes dans le Rhône concernant les connaissances, la prévention, le diagnostic et la prise en charge de l'ostéoporose en médecine générale.

Les objectifs secondaires sont d'identifier les freins et les leviers à la prise en charge afin de proposer des pistes pour en optimiser la prise en charge.

2 JUSTIFICATIF

2.1 Ostéoporose et diagnostic

L'ostéoporose (OP) est une maladie généralisée du tissu osseux, aussi bien quantitative que qualitative. Elle est caractérisée par une diminution de la masse osseuse et une altération micro-architecturale du tissu osseux. Il en résulte une fragilité osseuse accrue et une augmentation du risque fracturaire. Principalement liée à l'âge, elle est plus fréquente chez les femmes, mais affecte également les hommes. Chez la femme au moment de la ménopause se produit une majoration de la perte osseuse. Cette ostéoporose s'accroît avec l'âge et elle est d'autant plus marquée que les facteurs de risque sont nombreux. On reconnaît comme facteurs de risque : l'âge, le sexe féminin, les antécédents familiaux d'OP, la sédentarité, une carence vitaminocalcique, le tabagisme, l'alcoolisme, un faible indice de masse corporelle, la ménopause et des pathologies ou traitements inducteurs d'OP. (4)

Entre ses 50 ans et la fin de sa vie, une femme sur trois subira une fracture ostéoporotique, et une sur cinq souffrira d'une fracture de l'extrémité supérieure du fémur dont la mortalité à 1 an est estimée à 20%. Un homme sur 5 souffrira d'une fracture de fragilité osseuse au cours de sa vie. (5, 6) Après une fracture de fragilité, le risque de fracture ultérieure est accru (jusqu'à 3 fois suite à une fracture du col du fémur). La répétition des événements fracturaires, en particulier pour les vertèbres, provoque une altération de la qualité de vie, douleurs chroniques du rachis, de la cage thoracique et du bassin, et une augmentation des décès. (7) Toute fracture post ménopausique chez les femmes, et chez les hommes de plus de 65 ans (suite à un traumatisme minime et surtout en présence d'autres facteurs de risque tels que l'âge ou la ménopause) doit faire évoquer et rechercher de manière active une OP sous-jacente. Outre la recherche des facteurs de risques personnels ou familiaux, la réalisation d'une mesure de la densité minérale osseuse (DMO) est conseillée. (1)

Devant un tableau clinique évocateur d'OP, la démarche diagnostique comporte d'abord la recherche par l'interrogatoire et l'examen clinique de facteurs de risques de l'ostéoporose ou de ses complications. La mesure de la DMO constitue actuellement l'approche diagnostique la plus précise de l'OP Il est reconnu que le risque de fracture est inversement proportionnel à la DMO. Ce constat est à la base de la classification élaborée par l'OMS en 1994. Les catégories diagnostiques ont été élaborées à partir de données obtenues chez des femmes ménopausées, en majorité d'origine caucasienne. Ces catégories sont les suivantes :

- normale : DMO supérieure à la « moyenne de référence chez l'adulte jeune moins un écart-type » (Tscore ≥ -1);- ostéopénie : DMO comprise entre la « moyenne de référence chez l'adulte jeune moins un écart-type » et la « moyenne de référence chez l'adulte jeune moins 2,5 écarts-types » ($- 2,5 < T \text{ score} < - 1$) ;

- OP : DMO inférieure à la « moyenne de référence chez l'adulte jeune moins 2,5 écarts-types » (T score $\leq - 2,5$) ;

- OP sévère (ou établie) : OP avec une ou plusieurs fractures de fragilité.

L'**ostéodensitométrie bi photonique** ou DXA (absorptiométrie bi photonique aux rayons X) est la technique de référence pour mesurer la DMO. (4)

2.2 Prise en charge de l'ostéoporose

La prise en charge recommandée pour les patients présentant une ostéoporose et un risque élevé de fracture (DMO retrouvant un T –score ≤ -2.5) associe des mesures hygiéno-diététiques (activité physique, alimentation riche en calcium...), et des traitements médicamenteux dont l'efficacité sur la réduction du risque fracturaire a été démontrée: réduction de 60% du risque de fracture vertébrale, réduction de 20 à 25% du risque de fracture non vertébrale. (8)

Le traitement médicamenteux de l'ostéoporose vise à corriger la fragilité osseuse liée à ce trouble afin de **réduire le risque de fracture**. Il est basé sur l'évaluation individuelle du risque de fracture, qui prend en compte non seulement la DMO mesurée par ostéodensitométrie, mais également la présence des autres facteurs de risque de fracture.

La **recherche et la correction d'un déficit en calcium et/ou en vitamine D** est un préalable indispensable à la mise en route d'un traitement anti-ostéoporotique.

A un patient qui présente une fracture de fragilité (ou un antécédent de fracture de fragilité) il est recommandé de proposer de réaliser une ostéodensitométrie. Si celle - ci est T-score $\leq -2,5$, il est défini qu'elle majore le risque fracturaire. Il est alors licite de mettre en œuvre des mesures hygiéno diététiques et de proposer un traitement. (4)

Les médicaments disponibles en France à ce jour sont : (9)

- les **bisphosphonates**: l'**alendronate** (Service médical rendu (SMR) important) (10), le **risédronate** (SMR important) (11) , l'**étidronate** (SMR insuffisant), (12), l'**ibandronate** (SMR insuffisant) (13), **acide zolédronique** (SMR important) (14)

- le **raloxifène** (SMR important); (15)

- le **ranélate de strontium** (SMR insuffisant) (16)

- le **tériparatide** (SMR important) (17)

- le **dénosumab** (SMR important) (18)

2.3 L'enjeu

Il existe actuellement un défaut de prise en charge de l'OP. Il a été montré que l'OP est trop rarement diagnostiquée et traitée. Plusieurs études ont montré que, dans les pays développés, moins de 25% des femmes reçoivent un traitement par calcium/vitamine D. Seulement 20 à 30% des femmes et moins de 10% des hommes ayant subi une fracture ostéoporotique bénéficient d'un diagnostic par ostéodensitométrie et/ou d'un traitement de l'OP. (2, 19, 20) En France, en 2001, seules 21% des femmes ostéoporotiques ont été diagnostiquées. (21)

Les difficultés de prise en charge se situent à plusieurs niveaux :

- Diagnostic, perception du risque par les patients et le médecin.

- Décision et stratégie thérapeutiques : confiance des médecins et patients en l'efficacité des traitements, mécanisme de prise de décision du médecin

- Compliance et observance du traitement prescrit et des règles hygiéno-diététiques.

L'OP et les fractures qui en résultent ont un coût humain et financier important. En 2010 en Europe, les coûts directs totaux liés aux fractures ostéoporotiques ont été estimés à 37 milliards d'euros. Ainsi en France, en 2010 il a été estimé qu'il y a eu environ 377 000 nouvelles fractures de fragilité, engendrant des coûts de près de 3.2 milliards d'euros. (22) Il a été montré que la mise en place d'un traitement permet de diminuer considérablement l'apparition de cette pathologie et en conséquence les coûts sociétaux. (23, 24)

Le vieillissement de la population et l'augmentation de l'espérance de vie risquent de majorer la prévalence de l'ostéoporose et le nombre de fractures ostéoporotiques responsables d'une prévisible charge sociétale tant sanitaire qu'économique. (25) Les coûts liés aux fractures ostéoporotiques

pourraient ainsi augmenter de 140% entre 2000 et 2040 et atteindre 77 milliards d'euros sur la base des changements attendus dans la démographie de l'Europe. (26)

Informar les populations comme les professionnels pour optimiser un dépistage des personnes à risque d'OP pour en réduire la morbidité est a priori souhaitable.

L'objectif premier de notre travail était de recueillir les connaissances et les représentations de l'OP dans une population de professionnels de santé en soins primaires.

Les objectifs secondaires étaient d'identifier les freins et les leviers de la prévention et de la prise en charge.

Très peu d'études ont été réalisées en Europe d'où l'intérêt de la réalisation de cette étude en France.

Pour se faire, nous avons choisi de réaliser une enquête qualitative par entretiens individuels auprès de médecins généralistes.

3 METHODOLOGIE

3.1 La recherche qualitative :

Elle donne un aperçu du comportement et des perceptions des gens et permet d'étudier leurs opinions sur un sujet particulier, de façon plus approfondie que par le biais d'un sondage. Elle génère des idées et des hypothèses. Cela contribue à analyser comment une question est perçue par la population cible.

La recherche qualitative est fondée sur des entretiens semi-structurés ou même non structurés dans le cadre desquelles le modérateur travaille avec un guide d'entretien. Il est élaboré après lecture la plus exhaustive possible de la littérature publiée à ce sujet.

Comparativement aux techniques d'investigation sur la base de sondage, la recherche qualitative n'a pas recours à un questionnaire fermé. Le chercheur dispose d'une certaine latitude pour adapter le guide de discussion ou le guide d'entretien selon les réponses et les expériences individuelles des participants. Le chercheur peut ainsi éliminer des secteurs de questions qui ne génèrent pas beaucoup d'informations utiles et ajouter ceux qui sont plus prometteurs, parfois même recueillir des informations encore inédites.

La recherche qualitative se fait à partir d'échantillon non représentatif, mais au contraire le plus diversifié possible. Elle ne génère pas de données statistiques. Ses résultats ne peuvent être extrapolés à l'ensemble de la population. Par contre une recherche quantitative à partir des informations ainsi mises en évidence pourra être développée dans un second temps. (27)

3.1.1 L'entretien semi dirigé

Il existe trois grandes techniques d'entretiens : l'entretien libre, l'entretien semi dirigé et la méthode du focus groupe. L'entretien libre ou non structuré est surtout utilisé quand il n'existe pas de données connues sur le sujet. L'entretien semi dirigé ou structuré permet d'explorer de façon plus approfondie des données déjà existantes, souvent retrouvées dans les études quantitatives afin d'apporter des réponses aux questions posées au début de la recherche. La technique du focus groupe, quant à elle, consiste à réunir plusieurs personnes d'une même catégorie pour réaliser un entretien en groupe. Ce dernier favorise la fluidité de la parole utilisant la dynamique du groupe. (28)

L'objectif des entretiens semi dirigés est d'obtenir les points de vue, les réflexions et les observations de personnes qui ont :

- Une connaissance particulière ;
- Un statut particulier ; ou
- Qui disposent d'informations auxquelles l'enquêteur ne peut avoir accès par d'autres moyens.

Ce type d'interview suppose l'utilisation d'un **guide d'entretien**. Il s'agit d'une liste écrite de questions ou de thèmes qui devront être couverts pendant l'entretien. L'ordre et la formulation des questions peuvent cependant varier d'un participant à l'autre. Si l'enquêteur peut suivre des indices et les nouveaux thèmes qui se présentent tout au long de l'entretien, le guide comprend aussi un ensemble d'instructions claires concernant les principales questions à poser ou thèmes à sonder. (27)

3.1.2 Le guide d'entretien

Le guide d'entretien qualitatif semi structuré individuel ou de groupe permet de définir le déroulement de chaque entretien tout en restant souple dans la chronologie des différentes questions. Il peut être adapté au fur et à mesure de la progression de l'étude si besoin.

Ce guide d'entretien comporte plusieurs parties:

- Une introduction avec présentation de l'étude. On expose clairement les «règles du jeu» en assurant aux participants une anonymisation des propos recueillis. Leur consentement concernant la participation à l'entretien et l'enregistrement audio ou vidéo des données est préalablement recueilli. Les témoignages personnels seront accueillis sans jugement et ainsi valorisés.
- Une trame de questions ouvertes, cohérentes, neutres, simples et faciles à comprendre. Chaque question ne comporte qu'une seule idée et n'est pas connotée positivement ou négativement afin de ne pas orienter la discussion.
- Un court questionnaire quantitatif pour caractériser l'échantillon.
- Une formule de remerciements de la participation à l'étude et la proposition du retour des résultats.

Le rôle du modérateur est fondamental, et doit respecter la neutralité la plus grande possible. Il doit :

- Guider les discussions, ramener le débat vers le sujet principal avec subtilité et tact si nécessaire
- Montrer une curiosité et un intérêt sincères pour la discussion et montrer une volonté d'explorer leur «savoir» pour le découvrir

- Créer un climat de confiance, avoir une attitude de respect, d’ouverture et de tolérance, sans jugement
- Utiliser les techniques d’écoute active pour développer une attitude d’empathie et de congruence.
- Avoir une connaissance du sujet mais en gardant une attitude la plus neutre possible sans jamais exprimer son propre point de vue
- Etre capable de communiquer de façon claire et précise, de savoir reformuler des idées, de s’adapter
- Mémoriser si possible les grandes lignes du scénario afin de pouvoir garder un contact visuel avec l’interviewé.
- Lors de l’apparition d’idées inattendues, ne pas hésiter à demander confirmation à l’interviewé et à lui faire développer cette idée. On peut ensuite ajouter des questions nouvelles dans le guide d’entretien pour les prochains entretiens.
- Écouter et réfléchir en même temps pour pouvoir s’adapter et par exemple ajouter des questions ou approfondir sur une intervention intéressante
- Être flexible et modifier si besoin l’ordre des questions à la dernière minute. (29)

3.2 Méthode de cette étude

L’étude menée était une étude qualitative utilisant la technique d’entretiens individuels semi – directifs auprès de médecins généralistes du Rhône.

Initialement, il avait été décidé de réaliser des focus groupe, mais dans un souci logistique, de par la difficulté de réunir des médecins généralistes dans un même lieu à une même heure, des entretiens individuels ont été réalisés. Un guide d’entretien semi-directif a été conçu à partir de la lecture de la littérature sur cette thématique. L’utilisation de questions ouvertes a permis d’obtenir des réponses individualisées, tout en s’assurant que les thèmes retenus étaient bien abordés. Les entretiens ont été menés par l’enquêtrice qui a également réalisé l’analyse des résultats.

3.2.1 Sélection de la population

Modalités de recrutement.

Les médecins généralistes du Rhône ont été contactés par téléphone à partir de la liste des médecins figurant dans les pages jaunes (www.pagesjaunes.fr) en cherchant « médecin généralistes » à « Rhône », la liste des médecins trouvés a été randomisée et un tirage au sort a été fait afin d’appeler les médecins au hasard un à un. Un premier contact téléphonique a permis de convenir d’un rendez-vous pour un entretien.

Les entretiens individuels ont été réalisés jusqu'à saturation des données c'est-à-dire la répétition des informations obtenues et la confirmation de données déjà collectées. La saturation remplit deux fonctions capitales : d'un point de vue opérationnel, elle indique à quel moment le chercheur doit arrêter la collecte des données, d'un point de vue méthodologique, elle permet de généraliser les résultats à l'ensemble de la population auquel le groupe analysé appartient. (30)

Les entretiens ont été réalisés de juin 2014 à janvier 2015.

Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion retenus étaient: être médecins généralistes, exerçant les soins primaires ambulatoires dans le Rhône.

Critères d'exclusion

Les critères d'exclusion retenus ont été : Médecins ayant une formation complémentaire (type DESC) de gériatrie ou rhumatologie car cela aurait entraîné un biais de sélection.

3.2.2 Recueil des données.

Les entretiens individuels semi dirigés se sont déroulés dans le cabinet médical du médecin généraliste contacté. Des informations concernant leur type de pratique ont été recueillies avant l'entretien (voir annexe 1). Les médecins ont été enregistrés à l'aide de l'application « dictaphone » de l'iPhone 4, et les interactions non verbales ont été notées. Il s'agissait d'entretiens semi-directifs suivant un guide d'entretien (voir annexe 2). La trame a permis à la fois de s'assurer d'aborder l'ensemble des thèmes prédéfinis et de pouvoir relancer le médecin généraliste au cas où la réponse n'aurait pas été assez développée. Cependant, les questions sont restées volontairement larges et ouvertes pour laisser la possibilité de faire émerger de nouveaux thèmes. Le guide d'entretien a été testé une première fois avant de commencer les entretiens avec les médecins contactés ayant accepté le rendez-vous.

Pour identifier les points de vue et les pratiques, plusieurs thèmes ont été abordés, ils sont détaillés dans l'annexe 2 :

-Représentation de la maladie

- Prévention de l'OP

- Diagnostic

-Décision thérapeutique

-Projection de ce que les patients se représentent

Pour chaque thème, les représentations et connaissances des médecins, les difficultés rencontrées, et les pistes en vue d'une amélioration de prise en charge ont été investiguées.

3.2.3 Analyse et interprétation

Une retranscription fidèle et intégrale des enregistrements audio a été réalisée. Son intégralité, ainsi que les annexes 1, 2 et 3, est annexée sur un CD.

Chaque entretien individuel a bénéficié d'une analyse thématique réalisée avec l'aide du logiciel NVivo. Chaque idée a été codée afin de pouvoir regrouper des occurrences. Les occurrences ont ensuite été regroupées en grands thèmes afin de décrire les représentations des participants, et de mettre en évidence les freins et leviers dans la prise en charge de l'OP. Puis une analyse transversale a été réalisée.

4 ASPECTS ETHIQUES ET REGLEMENTAIRES

Les médecins participants ont reçu au préalable une information écrite de la part du centre investigateur sur les objectifs de l'étude, le déroulement des entretiens, la confidentialité des données. Un formulaire de réponse a été joint et la participation n'a eu lieu qu'après retour du formulaire mentionnant l'accord écrit et signé (annexe 3)

Les investigateurs se sont engagés à ce que cette étude soit réalisée en conformité avec la législation en vigueur du Code de la Santé Publique (loi n°2004-806 du 9 août 2004 et textes d'application s'y rapportant) ainsi qu'en accord avec la Déclaration d'Helsinki, les lois de Bioéthique, la loi Informatique, Fichiers et Libertés, de la Déclaration d'Helsinki, ainsi que des Recommandations de Bonne Pratique et du présent protocole.

L'étude a été soumise et acceptée par le comité d'éthique.

Toutes les informations relatives aux personnes participant à l'étude seront tenues confidentielles. L'ensemble des données recueillies par le questionnaire et lors des entretiens a été anonymisé. Un symbole d'anonymat été attribué à chaque participant : numéro d'entretien/première lettre prénom/première lettre nom

Seuls les investigateurs de l'étude pourront avoir accès à la correspondance des numéros. Conformément à la loi Informatique et Liberté en vigueur, le médecin participant dispose d'un droit d'accès, de communication, d'opposition et rectification des informations nominatives, qui s'exerce sur simple demande écrite adressée à l'investigateur. L'étude a été déclarée à la Commission Nationale Informatique et Liberté (CNIL)

5 RESULTATS

L'ensemble des retranscriptions de chaque entretien est annexée dans le disque ci-joint.

Les résultats sont présentés en deux parties, la première pour décrire la population étudiée, et la seconde contient l'analyse transversale des entretiens.

L'analyse des entretiens est présentée sous forme de tableau avec deux colonnes. Celle de gauche introduit une occurrence, celle de droite le(s) verbatim pertinents. Tout ce qui est entre guillemets et en italique correspond aux citations des médecins interrogés. Pour faciliter la lecture des résultats, un résumé est présenté à la fin de chaque grand chapitre de résultat.

5.1 Description de la population

Au total, 77 médecins ont été contactés.

60 ont refusé l'entretien. Les motifs de refus étaient les suivants : n'ont pas le temps, ne voient pas de patients ostéoporotiques, sont en congé maladie, ont des problèmes personnels, sont à la retraite, ne veulent pas répondre à étude, sans motif.

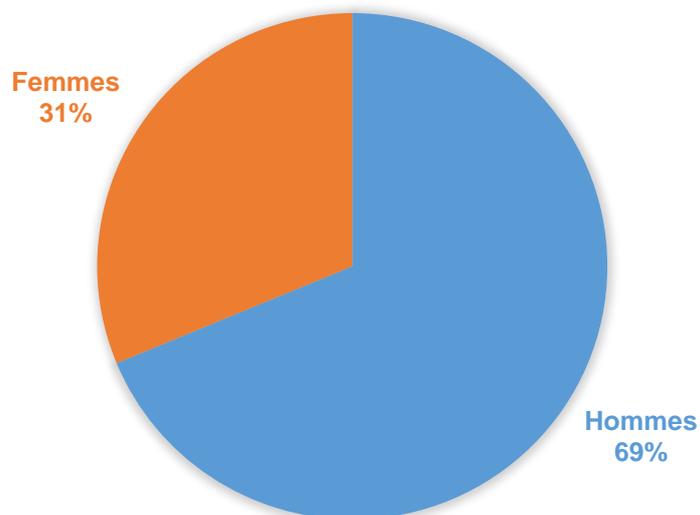
1 médecin a été exclu car avait fait un DESC gériatrie.

16 médecins ont participé à l'étude.

Les entretiens ont duré de 15 à 41 minutes (dérangements, type téléphone, compris) soit une moyenne 26 minutes.

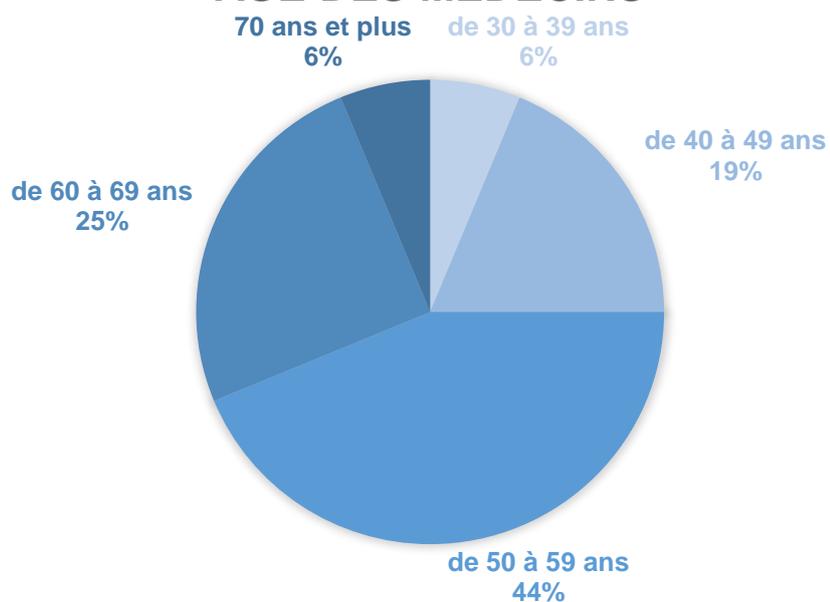
Les caractéristiques de la population étudiée sont décrites par les graphiques ci-dessous :

SEXE DES MÉDECINS

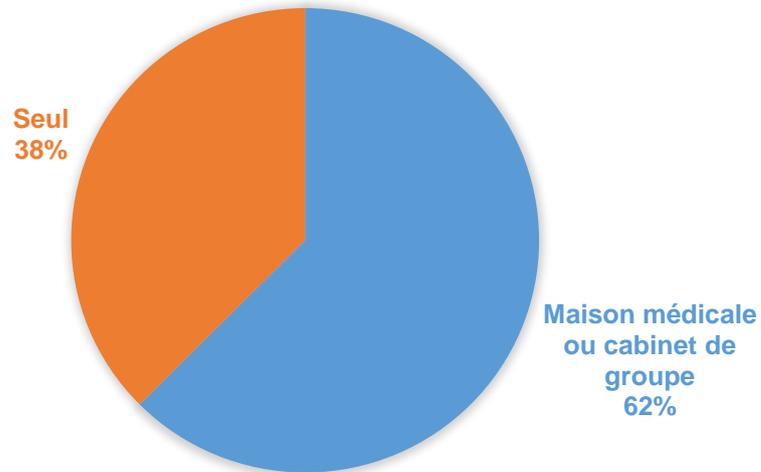


La moyenne d'âge était de 54.8 ans

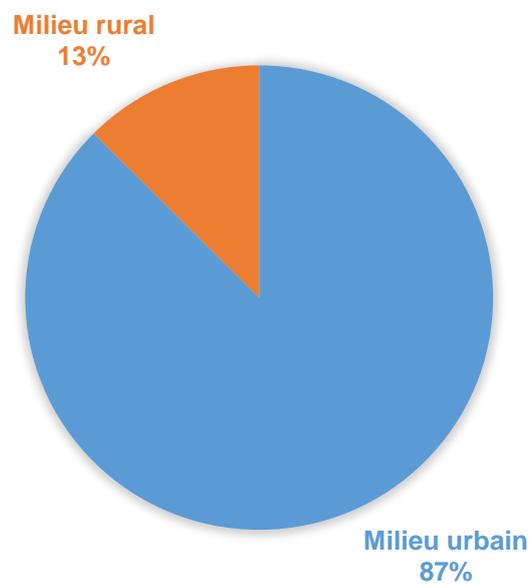
AGE DES MÉDECINS



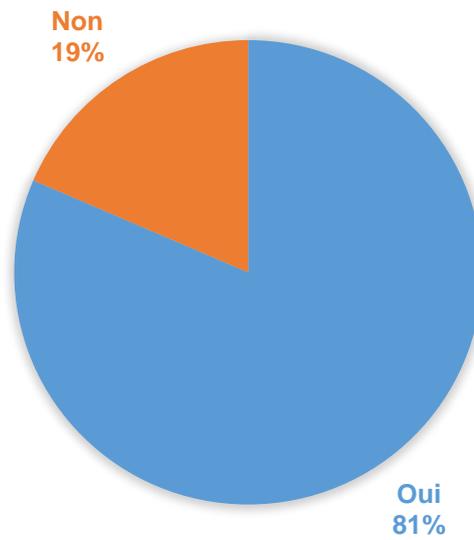
TYPE D'EXERCICE



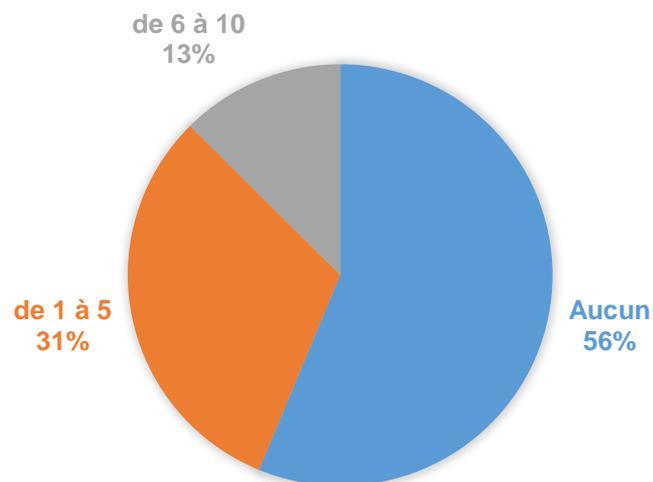
LIEU D'EXERCICE



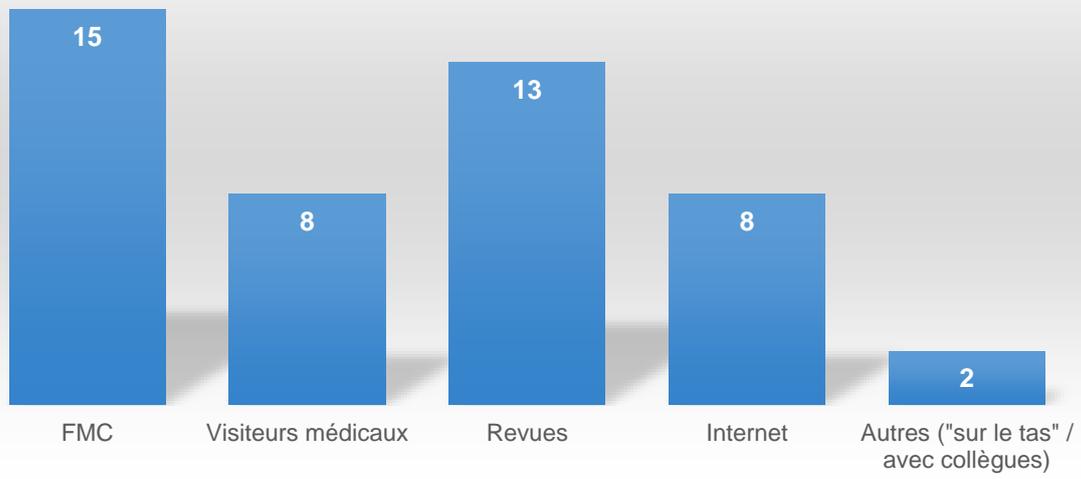
CABINET INFORMATISÉ?



NOMBRE DE PATIENTS VISITÉS EN MAISON DE RETRAITE/ SEMAINE



Les médecins participants déclarent se former par différents moyens

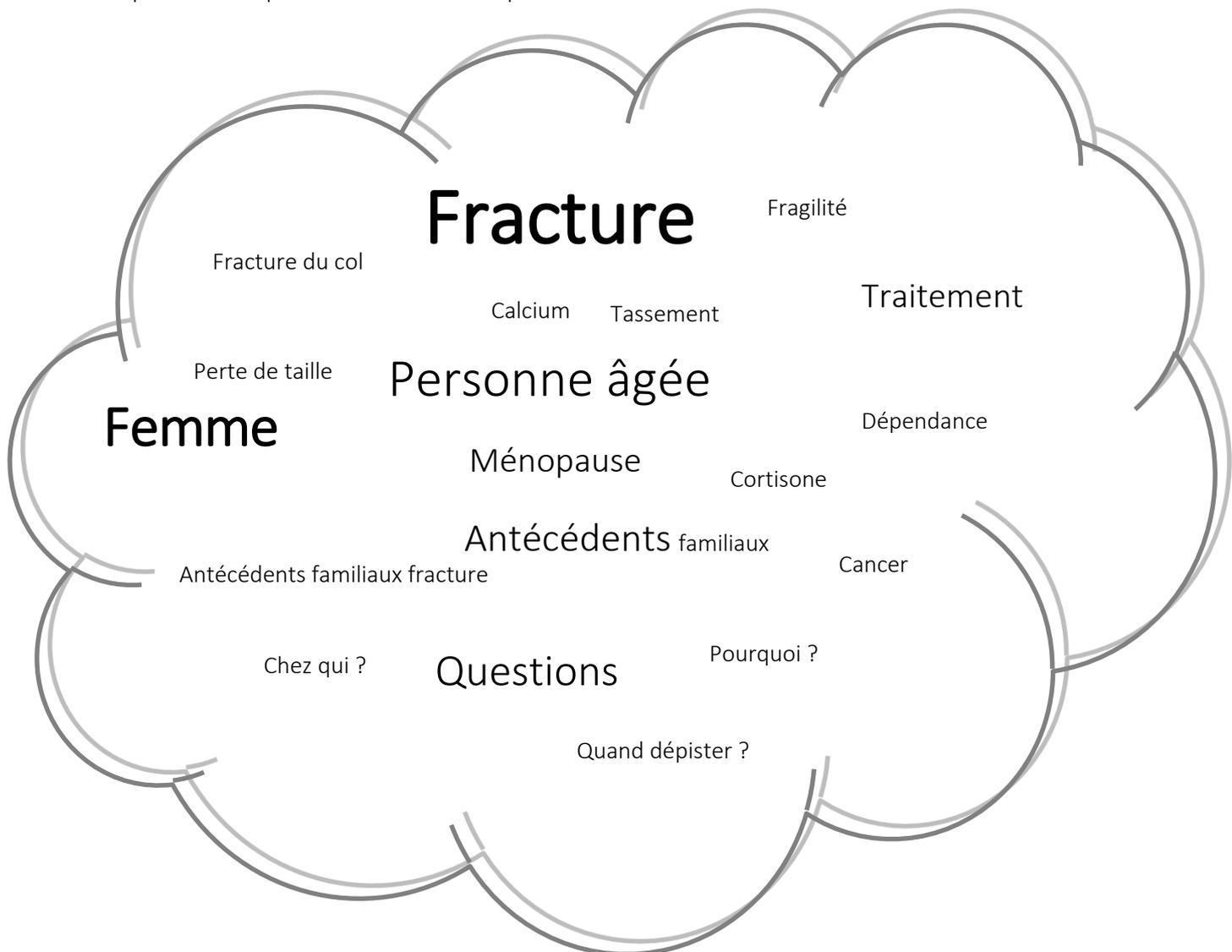


5.2 Analyse transversale

5.2.1 Représentation générale

5.2.1.1 En quelques mots

Voici les mots donnés par les médecins quand on leur demandait ce que leur évoquait l'ostéoporose. Les mots donnés sont représentés par un nuage de mots, dont la taille du mot correspond à la fréquence dont il a été évoqué.



En disant ostéoporose, les médecins pensaient le plus souvent à la fracture, au sexe féminin ou à la ménopause, aux personnes âgées et aux antécédents familiaux. Certains pensent aux traitements anti ostéoporotiques. Pour deux médecins, évoquer l'ostéoporose, leur faisait se poser des questions.

5.2.1.2 Définition ostéoporose

Des éléments de la définition de l'OP étaient retrouvés par bribes dans le discours des médecins.

Occurrences	Verbatim
Fragilité osseuse accrue	04 SR « <i>bah os parce que ça touche l'os qui se fragilise</i> »
Augmentation du risque fracturaire et perte de calcium	05 JB « <i>Donc l'ostéoporose, c'est le manque de calcium dans les os, ce qui fait qu'on devient fracturaire quoi !</i> »
Majoration de la perte osseuse péri ou post ménopausique	10 PW « <i>puisque la ménopause étant aussi par le biais de la chute des œstrogènes, responsable de pas mal de perte calcique.</i> »
Principalement liée à l'âge, elle est plus fréquente chez les femmes	12 AF « <i>personne âgée ... après il faut que je développe d'autres ... ? -oui ! -bah après euh, femmes, personnes âgées, euh... bah ...</i> »
Aggravée par la sédentarité	14 RC « <i>chez qui j'y pense ? et bien les gens qui sont essentiellement qui sont un peu grabatairisés hein, qui ont tendance à ne pas bouger, sont candidats à l'ostéoporose</i> »
Aggravation du risque fracturaire	06 DA « <i>bein je pense que c'est un grand facteur de risque de fracture du col</i> »

Le lien entre risque fracturaire et déficit vitamino-calcique n'était pas une évidence pour tous.

Occurrences	Verbatim
Le lien entre fracture et OP n'était pas clair.	13 HM « <i>la définition même dans ma tête n'est pas tout à fait claire, comme maladie, et comme relation avec la conséquence de fracture</i> »
Le lien entre déficit en calcium/vitamine D et le risque fracturaire n'était pas une évidence	01 PP « <i>mais le sujet âgé inactif qui reste chez lui qui sort peu, a un déficit en vitamine D, est ce qu'il y a un risque fracturaire plus important j'en sais rien, moi je ne l'ai pas constaté</i> »
Les patients ostéoporotiques n'ont pas tous une alimentation appauvrie en calcium.	09 TM « <i>en fait quand on fait des analyses de consommation calcique et de vitaminothérapie, on s'aperçoit que ce n'est pas forcément les gens (ndlr : ostéoporotiques) qui ont une alimentation appauvrie en principes minéraux.</i> »

L'ostéoporose était liée au vieillissement normal, à différents niveaux.

Occurrences	Verbatim
L'OP n'est pas une pathologie mais un processus physiologique évolutif	<p>11 JC « <i>est-ce que c'est une maladie réelle, est ce que c'est une maladie un peu créée, comme bein en devenant vieux on perd des cheveux ou ils deviennent blancs, peut-être que l'os s'allège</i> »</p> <p>07 TP « <i>puisque l'ostéoporose est de toutes façons dans la lignée de la vie de la personne donc à un moment ou à un autre on y est</i> »</p> <p>16 ML « <i>je dirais qu'il y a un continuum entre le physiologique et le pathologique</i> »</p>

Un médecin essayait de se convaincre qu'il s'agissait d'une pathologie.	13 HM « <i>il faut d'abord que j'accepte dans ma tête, je ne l'ai pas fait encore, que l'ostéoporose est autre chose que l'évolution normale</i> »
---	--

5.2.1.3 Profil du patient ostéoporotique

Le profil des patients ostéoporotiques était associé à différentes caractéristiques :

Occurrences	Verbatim
L'âge avancé, le sexe féminin, l'IMC bas, le fait d'être ménopausée ou d'avoir eu une ménopause précoce l'origine européenne et l'obésité.	<p>01 PP « <i>c'est un problème du sujet âgé quoi</i> »</p> <p>02 XM « <i>ça va être une femme plutôt maigre en fait, plutôt européenne, (...) donc c'est ce type de femmes là, alors j'ai pas parlé de la ménopause, ménopause précoce, moins de 40 ans</i> »</p> <p>09TM « <i>soit de poids plutôt inférieur, donc d'index plutôt bas, ou au contraire en surcharge pondérale</i> »</p>
Le mode de vie (sédentarité, tabagisme).	02 XM « <i>surtout les femmes qui fument, donc celles-ci je m'en méfie plus, (...), les femmes plutôt sédentaires aussi, celles qui sont actives sportives posent moins de problèmes</i> »
Les antécédents personnels et familiaux de fracture ou d'ostéoporose.	<p>06 DA « <i>Et bien une femme ménopausée et euh qui a des antécédents de fracture soit personnels, soit familiaux</i>»</p> <p>15 MR « <i>des antécédents l'ostéoporose dans la famille</i> »</p>

<p>Une corticothérapie de longue durée (citée par 13 médecins.)</p>	<p>14 RC « <i>par exemple quelqu'un qui a une corticothérapie évidemment prolongé est sujet à l'ostéoporose !</i> »</p>
<p>Les antécédents personnels de cancer du sein (ou chimiothérapie), de pathologie thyroïdienne, d'anorexie mentale, et de troubles métabo-phospho-calciques.</p>	<p>14 RC « <i>sans compter tous ceux qui ont un trouble du métabolisme phosphocalcique bon sur des problèmes d'insuffisants rénaux dialysés chroniques, en insuffisance rénale, les gens qui ont des problèmes de parathyroïde, thyroïde parathyroïde</i> »</p> <p>03 PW « <i>qui a été anorexique mentale ou qui a pris des corticoïdes ou qui je ne sais pas moi qui a eu un cancer du sein et qui a pris des chimiothérapies, ou qui a des problèmes de thyroïde</i> »</p>
<p>Lors des premières manifestations cliniques (fracture, perte de taille), les médecins pensaient à l'ostéoporose.</p>	<p>12 AF « <i>j'y pense devant une fracture dans un contexte peu traumatique ou un tassement vertébral ou quelque chose comme ça</i> »</p>

La plupart des médecins disaient ne pas penser à l'OP chez l'homme

Occurrences	Verbatim
<p>Le genre masculin présentait une prévalence moindre</p>	<p>12 AF « <i>après, ça existe chez les hommes ça c'est sur hein, mais je n'en ai pas vu pour l'instant donc c'est pour ça que moi dans ma représentation ce n'est pas trop masculin</i> »</p> <p>15 MR « <i>j'ai même des hommes, c'est rare !</i> »</p>
<p>Absence de prise en compte de l'OP chez le genre masculin.</p>	<p>02XM « <i>Les hommes on les oublie tout simplement, voilà, on les laisse de côté (...) ils ne</i></p>

	<i>sont pas bien intégrés dans nos modes de raisonnement »</i>
--	--

5.2.1.4 Symptomatologie et conséquences de l'ostéoporose

L'OP génère des douleurs.

Occurrences	Verbatim
L'OP n'était pas indolore.	<p>09 TM « <i>mais quand on dit l'ostéoporose ne fait pas mal, nous, médecins généralistes, on conteste un peu, on dit c'est faux, l'ostéoporose non traitée, fait mal, est responsable de dorsalgies plus ou moins chroniques »</i></p> <p>15 MR « <i>alors l'ostéoporose ça ne fait pas de douleurs, mais des fois il y en a qui se plaignent d'une douleur un petit peu diffuse, on fait une ostéodensitométrie »</i></p> <p>14 RC « <i>c'est comme le diabète, ça ne fait pas mal, sauf dans certains cas particuliers »</i></p>
La douleur pouvait être liée à des fractures vertébrales.	01 PP « <i>après une chute, de douleur lombaire un peu exagérée, rechercher un tassement, faire un bilan et voilà »</i>

Pour les médecins l'ostéoporose entraînait des fractures. Les os atteints cités par les médecins étaient le col du fémur, le poignet, les vertèbres voire métatarsiennes.

Occurrences	Verbatim
La fracture était le risque principal de l'OP.	02 XM « <i>le risque principal c'est la fracture donc on va tout tourner là-dessus »</i>

La fracture était le mode de découverte de l'OP.	03 PW « <i>fracture parce que c'est souvent un mode de découverte de l'ostéoporose</i> »
La fracture était la cause de la chute.	14 RC « <i>elle est tombée parce qu'en fait le fémur a cassé et non pas parce qu'elle a fait une chute ! Ça a été la cause et non pas la conséquence !</i> »
Les traumatismes de faible importance entraînaient des fractures.	02 XM « <i>je me rappelle très bien d'une femme qui a sur une simple hyper pression sur son pied s'est fracturé 4 métatarsiens, voilà, 4 métatarsiens, et donc elle doit avoir 80 ans</i> »
Les fractures faisaient rechercher l'OP. Mais l'OP n'était pas toujours confirmée.	01 PP « <i>elle s'est fait des fractures, du poignet entre autre, des poignets, et pourtant les bilans sont, enfin je veux dire les investigations ont montré qu'il n'y avait pas d'ostéoporose, donc c'est une sorte de contre-exemple</i> »
L'importance du risque de fracture chez les ostéoporotiques n'était pas toujours une évidence.	11 JC « <i>Et puis si on voit certains chiffres, alors je n'ai pas contrôlé mes infos mais quand on voit pour un relativement faible taux de fracture par rapport au nombre d'ostéoporose</i> »

Une fracture même minime pouvait avoir de lourdes conséquences.

Occurrences	Verbatim
La cascade fracturaire : une première fracture même minime, révélait le risque fracturaire élevé, puis d'autres fractures pouvaient survenir.	09 TM « <i>la cascade des évènements liés à l'ostéoporose peut augmenter, vous vous êtes fracturé une petite articulation, mais vous savez, ça peut être plus grave, vous pouvez vous fracturer le col du fémur</i> »

<p>Une fracture pouvait entraîner une invalidité ou une dépendance</p>	<p>14 RC « <i>un tassement vertébral vous pouvez devenir paraplégique, si vous mourez vous avez de la chance, mais si vous êtes paraplégique dans un lit, vous êtes un poids pour les autres</i> »</p> <p>15 MR « <i>...entraîner un certain nombre de fractures, et notamment en fonction de l'âge, les conduire dans un état grabataire, des prothèses ou des choses comme ça</i> »</p>
<p>Une fracture pouvait se compliquer (décompensation de pathologies diverses) voire être fatale.</p>	<p>14 RC « <i>une fracture du fémur chez une personne âgée, ça peut être gravissime, ça peut être un moyen de décompenser pas mal de choses, et de se retrouver bein... en haut !</i> »</p>

5.2.1.5 Intérêt porté à l'ostéoporose

L'OP intéressait les médecins de manière tout à fait inégale.

Occurrences	Verbatim
<p>Pas intéressés par le sujet.</p>	<p>08 CM « <i>ce n'est pas le sujet qui me passionne le plus ! Au milieu de la masse de ce qu'il y a à faire, ce n'est pas ce qui me paraît primordial</i> »</p>
<p>Pas convaincus ni motivés car voient trop peu de fractures.</p>	<p>11 JC « <i>des fractures j'en rencontre quasiment jamais, très peu ! nous on a des clientèles jeunes, disons hyperactifs, ils vivent bien, et les fractures je les ai rencontrées chez des mémés de 90 ans en maison de retraite, donc de toute façon à un moment donné, les problèmes arrivent !</i> »</p>
<p>Hiérarchiquement l'OP était moins importante que d'autres pathologies, et cela était parfois</p>	<p>02XM « <i>l'ostéoporose est un tout petit peu le parent pauvre (...), il y a un certain nombre de</i></p>

regretté.	<i>choses qu'on ne met peut-être pas assez au premier plan, mais franchement par manque de temps et par hiérarchisation des risques en fait, (...), donc l'ostéoporose n'est pas toujours la première chose que je vais prendre en charge, et on essaye d'y penser mais (...) je m'en occupe bien sûr mais certainement pas de manière systématique (...) le risque étant peut être un peu moins vital que celui d'un diabète ou d'un dépistage cardio vasculaire et bien il est fait de manière peut être un peu moins rigoureuse en particulier chez l'homme ! »</i>
Un médecin convaincu de l'intérêt de la prise en charge de l'OP, aimerait un message professionnel unitaire.	09 TM « <i>il peut y avoir une meilleure prise en charge dans la mesure où le patient sera plus convaincu et probablement nous les médecins, un peu plus convaincants ! Parce qu'il y a beaucoup de collègues qui disent « moi l'ostéoporose, je m'en fous » »</i>
Le vieillissement de la population est un argument fort pour plus s'y intéresser.	04 SR « <i>je pense que c'est à prendre en compte parce que justement il y a un vieillissement de la population et qu'il faut prévenir le 4^{ème} âge. »</i>

5.2.1.6 Qui prend en charge l'ostéoporose ?

L'OP était prise en charge par 3 types de spécialités : **les médecins généralistes, les gynécologues et les rhumatologues**. La partie concernant les rhumatologues est détaillée dans le tableau d'après.

Occurrences	Verbatim
Quand les femmes étaient suivies par leur gynécologue c'est lui qui prenait en charge la prévention, le dépistage et le traitement.	02XM « <i>« est ce que le service est assuré par le gynéco ? » (...) je dirai que c'est, que eux font très</i>

	<i> systématiquement cette, ce dépistage, donc je vérifie d'abord si eux ne l'ont pas fait. »</i>
Le médecin généraliste prenait en charge l'OP si ce n'était pas fait par ailleurs.	01 PP « <i> parce que mon travail de médecin de famille c'est ça, c'est de voir si la prise en charge est faite et de me mettre en complément si elle est déjà faite »</i>
La redondance des prescriptions a été signalée	01 PP « <i> j'avais des ordonnances qui se chevauchaient avec des gens voilà qui en prenaient peut être un petit peu trop, donc il faut euh, il faut bien savoir qui fait quoi »</i>

Les rhumatologues agissant à des moments plus précis de la prise en charge, leur intervention était plus développée par les médecins.

L'avis d'un rhumatologue était sollicité dans les cas ci-dessous :

Occurrences	Verbatim
Pour la réalisation des ostéodensitométries	11 JC « <i> alors maintenant, j'ai tendance à les envoyer directement chez des rhumatologues, déjà pour les ostéodensitométries »</i>
A la demande du patient.	06 DA « <i> il y a des personnes qui sont complètement angoissées, qui veulent voir un rhumato tout de suite. »</i>
Pour convaincre les patients.	08 CM « <i> et puis c'est aussi une aide pour pouvoir convaincre les gens de se traiter ! »</i>

<p>Lorsque le traitement n'est pas efficace (avec ou sans nouvel évènement fracturaire)</p>	<p>03PW « <i>après quand c'est compliqué c'est quand elles se cassent quelque chose alors qu'elles sont déjà traitées mais à ce moment-là on les montre à un rhumatologue !</i> »</p> <p>04 SR « <i>quand je vois que c'est une ostéoporose et que malgré tout ce que j'ai fait ça va plutôt dans le mauvais sens que dans le bon, voilà, je vais demander l'avis</i> »</p> <p>08 CM « <i>quand on arrive voilà, au bout de 10 ans de traitement, on a déjà épuisé 2 molécules, bon bein, « là je passe à quoi ? »</i> »</p>
<p>Lorsqu'il s'agit d'une OP secondaire</p>	<p>09 TM « <i>c'est quand c'est intriqué effectivement dans des pathologies plus complexes comme l'ostéomalacie ou autre, m'enfin j'en ai jamais vu beaucoup, ou des problèmes de parathormones effectivement, ou quand c'est intriqué avec les problèmes thyroïdien, mais là on dira qu'on n'est plus tout à fait dans l'ostéoporose idiopathique post ménopausique mais déjà dans des ostéoporoses compliquées et multi factorielles, alors là c'est vrai qu'on a besoin de l'outil d'un collègue spécialiste !</i> »</p>
<p>Pour prescrire un traitement intraveineux.</p>	<p>03 PW « <i>c'est pas mon métier, je ne suis pas rhumatologue, donc non non en général j'envoie chez le rhumatologue pour prescrire l'aclasta</i> »</p>
<p>Pour l'ensemble de la prise en charge.</p>	<p>12 AF « <i>je pense à vrai dire comme je n'ai pas l'habitude, ce n'est pas quelque chose qui est dans ma pratique, comme j'ai encore jamais fait,</i></p>

	<p><i>peut-être que la première fois je le confierai, ou je demanderai l'avis d'un rhumato »</i></p> <p>13 HM « <i>moi la prise en charge je n'en fais pas donc je ne m'en occupe jamais, celui qui a une ostéodensitométrie qui est un peu ostéoporotique je l'envoie chez le spécialiste de ce domaine. »</i></p>
Ne prend pas d'avis rhumatologique pour la prise en charge de l'ostéoporose	<p>10 PW « <i>mais moi je suis un dinosaure hein, le spécialiste ça n'existe que pour les choses compliquées ! (...)</i></p> <p><i>-donc l'ostéoporose vous n'estimez pas que c'est compliqué ?</i></p> <p><i>- c'est pas compliqué ! »</i></p>

Les prescriptions médicamenteuses des rhumatologues étaient remises en question et n'emportaient pas toujours la conviction.

Occurrences	Verbatim
La balance bénéfice/risque à long terme des nouveaux traitements entraînaient une certaine méfiance .	<p>12 AF « <i>les spécialistes ils ont un peu tendance à foncer sur les nouveaux trucs, et on voit parfois ils vont prescrire des choses que les labos leurs ont incité à faire et tout ça donc après on se rend compte qu'ils sont retirés du marché donc nous on est bien embarrassés quand on dit au patient « ha bah je vous ai renouvelé un traitement pendant 5 ans et finalement il n'était pas bon » donc voilà il y a le pour et le contre, mais quand même, je pense que l'avis, l'avis je le demanderai quand même je pense »</i></p>

REPRESENTATIONS GENERALES

Le mot « ostéoporose » était le plus souvent associé à la **fracture, au sexe féminin ou à la ménopause, à la personne âgée**. Il était aussi associé aux antécédents, et au traitement.

Pour les médecins l'ostéoporose est une fragilité osseuse liée à une perte de calcium, entraînant un risque de fracture, atteignant principalement les femmes, en post ménopause.

L'association entre ostéoporose, déficit phosphocalcique et fracture était parfois remis en question.

La **limite entre vieillissement normal et pathologie n'était pas toujours très claire**.

Le profil des patients ostéoporotiques était défini par certaines caractéristiques : l'âge le sexe, l'indice de masse corporelle, le mode de vie, les antécédents familiaux, les antécédents personnels, et les évènements fracturaires précédents.

Les médecins ne pensaient pas spontanément à **l'OP masculine, trop rare, souvent oubliée**.

L'OP pouvait être génératrice de **douleurs**.

La fracture en est le risque principal ainsi qu'un mode de découverte classique.

Suite à une fracture, le risque était la « cascade fracturaire », la dépendance, la décompensation de maladies, et le décès.

Les **médecins généralistes s'intéressaient inégalement** au sujet de l'OP.

Les médecins généralistes, les gynécologues et les rhumatologues intervenaient dans la prise en charge de l'OP. Les rhumatologues intervenaient dans la prise en charge à différents niveaux : pour l'ostéodensitométrie, pour convaincre le patient, pour la prescription thérapeutique lorsqu'un premier traitement n'était pas efficace ou pour le traitement intraveineux, lorsqu'il s'agissait d'une OP secondaire, pour la prise en charge globale, ou à la demande du patient.

5.2.2 Prévention de l'ostéoporose

5.2.2.1 Généralités

La prévention de l'ostéoporose n'est pas systématique chez tous les médecins.

Occurrences	Verbatim
Ce n'était pas une priorité .	05 JB « <i>donc je ne vais pas parler de l'ostéoporose systématiquement, loin de là, parce que j'ai tellement déjà d'autres choses à parler, et le diabète, et la cigarette, et l'alcool et machin</i> »
Pour d'autres la prévention de l'ostéoporose était importante à faire.	12 AF « <i>ah oui oui carrément, ah bien sûr ça je suis dedans bien dedans oui, tous les gens, je leur dis, parce que ça sert pour tout, pour la tension le cholestérol, le diabète, le moral, l'ostéoporose</i> »
Il fallait commencer tôt la prévention de l'ostéoporose.	12 AF « <i>c'est la base hein dans toute la médecine, la prévention c'est le plus important, le problème avec l'ostéoporose, c'est que la prévention, il faut la prendre vraiment tôt je pense donc euh... voilà dans l'enfance déjà ça commence</i> »

Plusieurs manières de faire de la prévention de l'OP étaient proposées :

Occurrences	Verbatim
Rechercher des facteurs de risques.	02 XM « <i>le questionnaire de recherche d'une prédisposition va ressortir.</i> »
Enquêter sur les apports vitamino-calciques.	08CM « <i>on essaie de faire le point justement sur les apports calciques, vitamine D...</i> »
Eduquer aux règles hygiéno-diététiques , concernant l'alimentation, le sport et l'exposition	10 PW « <i>(...)de ne pas être sédentaire, de faire du sport, de bouger, de manger correctement</i> »

<p>au soleil.</p>	<p><i>également aussi, d'avoir une hygiène de vie correcte, de se mettre suffisamment au soleil, mais pas trop »</i></p> <p>03 PW « <i>on leur dit de se mettre au soleil de prendre du calcium et de prendre de la vitamine D quoi »</i></p> <p>08 CM « <i>mais globalement on essaye de faire en sorte que les, enfin on essaye de motiver les gens pour qu'ils aient une activité physique régulière aussi, toujours pareil, quand on aborde les sujets de régime ou d'équilibre alimentaire. »</i></p>
<p>Supplémenter en calcium et vitamine D.</p>	<p>16 ML « <i>le discours est plus facile pour faire de la prévention, supplémentation calcium vitamine D s'il y a besoin »</i></p>
<p>Réaliser une ostéodensitométrie.</p>	<p>comment abordez-vous la prévention de l'ostéoporose avec vos patients ?</p> <p>06 DA « <i>et bien en leur proposant une densitométrie »</i></p>
<p>Proposer un traitement hormonal substitutif.</p>	<p>14 RC « <i>la prévention, bein... oui ça peut être très bien ! (...) mais bon, il ne faut peut-être pas en abuser...</i></p> <p><i>-c'est-à-dire ?</i></p> <p><i>-bein déjà moi je suis un petit peu réticent d'un traitement hormonal »</i></p>
<p>Déconseiller l'allaitement. (Ce médecin précisait cependant qu'il ne le déconseillait pas pour autant.)</p>	<p>12 AF « <i>et l'allaitement aussi, il faut déconseiller l'allaitement c'est ça ? (...)</i></p> <p><i>non mais je ne le déconseille pas, mais pour l'ostéoporose, l'allaitement ça... bein c'est une</i></p>

	<i>perte calcique donc ça peut... mais ça je ne le dis pas ! »</i>
--	--

5.2.2.2 La prévention par l'alimentation

Parmi les règles hygiéno-diététiques dispensées par les médecins, un accent plus important avait été donné à l'alimentation, et en particulier à l'apport en calcium.

Occurrences	Verbatim
Une alimentation, favorisant les apports calciques prévenait l'OP.	04SR « <i>Alors moi je passe plus par l'alimentation, ça c'est mon système de prévention en apportant du calcium »</i>
Une enquête alimentaire était d'abord réalisée.	16 ML « <i>sur le GRIO il y a une enquête alimentaire qui est bien faite aussi, je la fais faire aux personnes, ce n'est pas moi qui la fais avec elle parce que c'est trop long mais je leur propose de la faire, je n'ai pas toujours le résultat, mais je sais que ça les sensibilise, je sais que ça les intéresse et que du coup ils se rendent compte du manque qu'il peut y avoir »</i>
Des informations sur les aliments riches en calcium étaient délivrées.	05 JB « <i>j'ai une petite feuille d'ailleurs (...) je l'aime bien parce que je la trouve assez simple pour les gens, donc je leur dis voilà, il faut manger 1500mg/jour et voilà, vous voyez que c'est quand même le fromage qui est quand même bien intéressant, mieux éventuellement que les yaourts, sinon il vous faut 10 yaourts par jour donc ça donne une idée aux gens. Et dans les eaux, de la contrex, si elle peut, et voilà »</i>

Les nouvelles modes alimentaires avaient été évoquées.	11 JC « <i>on a quand même beaucoup de médecins qui sont ostéopathes 'naturo' ou autres qui considèrent qu'à partir du moment où on est à l'âge adulte, on n'a plus besoin de manger du calcium, et que le calcium est négatif pour la santé</i> »
--	--

5.2.2.3 Difficultés pour la prévention de l'ostéoporose

Les difficultés des médecins pour prévenir l'ostéoporose étaient :

Occurrences	Verbatim
Y penser.	<p>quelles sont vos difficultés pour mettre en place cette prévention ? 16 ML « <i>heu, ... bah de pas toujours y penser, et puis je dirai qu'il y a un continuum entre le physiologique et le pathologique, c'est-à-dire que c'est difficile de dire à partir de quel âge, à partir de quand c'est vraiment une pathologie ?</i> »</p> <p>08 CM « <i>mais on n'a pas d'info concernant la prévention, c'est vrai j'y pense pas du coup</i> »</p>
Prendre le temps de l'aborder.	08 CM « <i>parce que souvent c'est un plus au niveau de la consultation, on n'a pas forcément le temps de l'aborder</i> »
Non-observance des patients aux règles hygiéno-diététiques.	09TM « <i>le patient fait ce qu'il veut ! J'entends par là que la seule chose qu'on ne peut pas maîtriser c'est l'observance, (...) il préférera toujours malheureusement se réfugier derrière un médicament plutôt que derrière une proposition diététique qui le met directement en cause</i> »

Contradictions des règles hygiéno-diététiques entre elles, notamment avec celles de la prévention des maladies cardio-vasculaires.	07 TP « <i>alors c'est toujours le dilemme entre bouffer du calcium et gérer son cholestérol, parce que souvent il y en a un qui gêne l'autre</i> »
Répondre face aux nouvelles modes alimentaires sans laitage.	16 ML « <i>j'ai toute l'interrogation par rapport aux nouvelles modes alimentaires sans laitage et sans gluten, et je me rends compte que c'est un petit peu compliqué, enfin les personnes qui viennent me voir ne sont pas non plus trop dans une optique très rigoureuse sans laitage, mais c'est vrai que quand je fais face à des personnes comme ça, je suis un peu démunie.</i> »
De prescrire le traitement hormonal substitutif aux femmes qui n'en veulent plus.	10 PW « <i>le traitement substitutif (...), ELLES N'EN VEULENT PLUS, donc la prévention de l'ostéoporose bein hein...</i> »

5.2.2.4 Attentes des médecins pour améliorer la prévention de l'ostéoporose

Différentes idées étaient avancées pour améliorer la prévention.

Occurrences	Verbatim « attente »
Médiatiser la maladie et sa prévention de manière responsable avec des arguments réutilisables en consultation.	09 TM « <i>C'est faire comprendre au patient que c'est une maladie invalidante même si elle n'est pas mortelle, ou peut-être la notion de danger, elle doit être augmentée, par les médias par exemple ? (...) et l'information patient, je crois que finalement on n'est plus dans un stade médical ou on a encore des problèmes à résoudre, on est dans un stade prise de conscience communication, perception par le patient de l'ostéoporose, et tout ce qu'elle induit, c'est un</i>

	<p><i>facteur de réduction de la qualité de vie, et même de la durée de vie, je crois que c'est ce qu'il manque. »</i></p> <p><i>02 XM « quand il y a de la prévention qui est faite au niveau média, tout au moins quand l'attention des gens est attirée au niveau média, (...), nous tout à coup on peut faire passer plus facilement les messages, et à la limite si on zappait, les patients nous le rappellent, donc moi je trouve que ça , que les campagnes c'est quand même bien. »</i></p>
<p>Distribuer des messages, ou organiser des ateliers ciblés.</p>	<p><i>06 DA « pourquoi pas je ne sais pas un courrier de la sécu à toutes les femmes ménopausées »</i></p> <p><i>04 SR « on pourrait faire des petits ateliers, prise en charge, de la patiente, de la cinquantaine par exemple, globaliser des petits ateliers sur la femme en général, (...) des ateliers thérapeutiques on va dire (...) ça peut se faire par le biais de la sécu par exemple, (...) ou les mutuelles »</i></p>
<p>Commencer la prévention dès l'âge scolaire ou améliorer le PNNS.</p>	<p><i>12 AF « je pense que les attentes, (...) c'est déjà dans l'enfance de plus sensibiliser les gens sur la qualité de vie quoi, sur l'importance de manger (...) je pense que l'école ça pourrait être un moyen hein ! »</i></p> <p><i>04 SR « il y a le PNNS, Plan National Nutritionnel Santé, et ça, on n'en parle pas (...) que les gens comprennent que déjà par le biais de l'alimentation on peut déjà faire des choses »</i></p>

Transférer cette tâche aux infirmières.	10 PW « <i>encore faut-il que le médecin ait le TEMPS de faire de la prévention, si on lui donne une infirmière, qui fait le boulot</i> »
Améliorer l'alimentation dans les maisons de retraite.	04 SR « <i>je pense qu'on peut aussi faire beaucoup de travail en maison de retraite, et changer l'alimentation...</i> »
Etre formé sur la prévention de l'ostéoporose.	08 CM « <i>c'est une idée de demande de sujet en FMC, (...) inviter un rhumato et en fait il y a quelques années on l'avait fait, ils parlent surtout du curatif et peu de la prévention, donc en fait j'y connais pas grand-chose en prévention de l'ostéoporose !</i> »

Ces attentes n'étaient pas partagées par tous les médecins, voire controversées.

Occurrences	Verbatim
Arrêter de faire trop de prévention était une attente.	13 HM « <i>mon attente c'est qu'on nous foute la paix... c'est pas parce qu'on a 50-60 ans qu'il faut tout de suite nous dire qu'on est candidats à la fracture</i> » 05JB « <i>je me dis bon on peut rester chez soi, dans un scaphandre et puis attendre la mort quoi aussi ! Les illusions de la prévention !</i> »
L'impact des campagnes de sensibilisation n'était pas convaincant.	16 ML « <i>les informations grand public, les messages sécu, je pense que ça peut marcher mais je me demande s'il n'y a pas un effet, soit il y a trop de messages et du coup les gens ne sont plus assez concernés...</i> »

Ne plus avoir de formation sur le sujet était un souhait.	O3PW « <i>non c'est bon là, les formations sur l'ostéoporose c'est bon !</i> »

LA PREVENTION DE L'OSTEOPOROSE

Pour certains médecins, la prévention de l'OP n'était **pas une priorité**, pour d'autres elle était **primordiale**.

La prévention passait par la recherche de facteur de risque, l'éducation aux règles hygiéno-diététiques, la supplémentation vitamino-calcique ou la réalisation d'une ostéodensitométrie. Certains médecins assimilaient la prévention de l'OP au traitement hormonal substitutif.

Une grande partie de la prévention était consacrée à l'**alimentation**, une enquête sur l'apport calcique dans l'alimentation des patients était réalisée et les aliments riches en calcium leur étaient indiqués.

Les difficultés pour la mise en place de la prévention de l'ostéoporose étaient: d'**y penser, de prendre le temps** de l'évoquer, la non observance des patients face aux règles hygiéno-diététiques, la contradiction des conseils à donner pour l'OP et pour les maladies cardiovasculaires, d'être en accord avec les nouvelles modes alimentaires ou de prescrire un traitement hormonal substitutif aux femmes.

Les attentes pour l'amélioration de la prévention de l'ostéoporose étaient de **sensibiliser la population à cette maladie et de les éduquer** via différents moyens (médias, courrier, dès l'école, PNNS, ou par les infirmières). Certains médecins doutaient de l'efficacité de messages grand public. Certains souhaitaient une formation ciblée sur la prévention de l'ostéoporose, d'autres ne voulaient pas plus de formation. Certains souhaitaient qu'on arrête de faire autant de prévention.

5.2.3 Le diagnostic de l'ostéoporose

5.2.3.1 Généralités

Le diagnostic de l'ostéoporose pouvait être fait à différentes occasions.

Occurrences	Verbatim
Un interrogatoire sur les facteurs de risques et un examen clinique simple.	04 SR « <i>je les pèse, je les mesure, on discute de l'alimentation, leur poids, après elles vont faire l'examen</i> »
Des signes indirects retrouvés sur des radiographies.	08CM « <i>sur des douleurs rachidiennes, on fait un bilan radio standard et le radiologue nous indique qu'il y a une trame osseuse qui est altérée, voilà, là on va peut-être rebondir alors qu'on n'y avait pas pensé</i> »
L'apparition d'un évènement fracturaire.	03PW « <i>elle se casse quelque chose et on soupçonne une ostéoporose parce que ça nous paraît bizarre et on fait une ostéodensitométrie</i> »
Lors de la surveillance d'un traitement au long cours.	09 TM « <i>une ostéoporose on dira euh, iatrogène, en quelques sortes, induites, mais là, c'est plutôt dans le cadre de la surveillance du traitement.</i> »
Suite à la demande des patients.	11 JC « <i>eux nous y font penser, c'est surtout ça ! Quand on a l'institut en retraite, un peu tatillonne, donc elle veut savoir où elle en est dans tous les domaines, donc voilà, sous la pression, voilà</i> »

Le diagnostic de l'ostéoporose reposait sur des arguments cliniques et paracliniques

Occurrence	Verbatim
Un bilan phosphocalcique et une ostéodensitométrie permettait de faire le diagnostic.	09 TM « <i>clinique, paraclinique, densitométrie, c'est bon, j'ai mon trio diagnostic! (...)</i> effectivement je fais mon diagnostic sur la DMO et le bilan phosphocalcique ! »

5.2.3.2 L'ostéodensitométrie

L'ostéodensitométrie était l'élément clé du diagnostic, elle était prescrite à différentes occasions.

Occurrences	Verbatim
L'ostéodensitométrie était l'élément clé du diagnostic.	Comment est-ce que vous faites, vous, le diagnostic d'ostéoporose ? 07 « <i>densito ! (...)</i> à partir de là, vous ne pouvez pas en faire plus !(...) La densito va vous donner tous les détails qui sont les plus puissants pour faire votre diagnostic » 16 ML « <i>sur une ostéodensitométrie !</i> »
Elle pouvait être prescrite systématiquement après la ménopause.	quand est-ce que vous décidez de faire une ostéodensitométrie ? 06 DA « <i>oui 5 ans après la ménopause, je leur propose</i> »
Elle pouvait être prescrite selon les facteurs de risque présentés par les patients.	05 JB « <i>je ne suis pas du tout systématique, enfin je vais dire je la fais quand j'ai l'impression qu'il y a quand même plusieurs facteurs de risque, tous ceux que je vous ai énumérés quoi, avec l'âge, avec les antécédents, avec les traitements de cancer, ou de cortisone.</i> »

Elle pouvait être prescrite suite à des plaintes douloureuses de ses patientes.	15 MR « <i>des femmes un peu post ménopausiques (...) qui se plaignent d'une douleur un petit peu diffuse, on fait une ostéodensitométrie, voilà c'est un peu ces gens-là, je dirai c'est un petit peu à la louche, on tombe un petit peu par hasard</i> »
Elle pouvait être prescrite suite à une fracture .	13 HM « <i>et puis s'il y a une fracture, systématiquement je fais une densitométrie !</i> »
Elle pouvait être prescrite à la demande du patient.	16 ML « <i>c'est vrai que souvent les personnes font la demande d'une ostéodensitométrie</i> »
Elle n'était pas prescrite aux personnes très âgées.	08 CM « <i>ça dépend de l'âge des patients en fait, il y a ceux extrêmement âgés qu'on récupère en maison de retraite où là, je vais pas faire d'ostéodensitométrie.</i> »
Des critères de remboursement pour la réalisation de l'ostéodensitométrie existaient.	01 PP « <i>alors euh je ne l'ai pas en tête mais il y a une enquête et soit c'est pris en charge soit c'est pas pris en charge par rapport aux facteurs de risque présentés par les gens</i> »

L'ostéodensitométrie pouvait être réalisée à deux lieux.

Occurrences	Verbatim
Dans un centre de radiologie soit auprès des rhumatologues .	06 DA « <i>Alors avant je la faisais faire dans n'importe quel centre de radiologie, et là on a fait notre petite formation qu'on a fait avec un rhumato, il nous a dit qu'il valait mieux l'envoyer chez une rhumato ou dans des centres dédiés, donc maintenant, j'essaye de le faire.</i> »

L'ostéodensitométrie pouvait être un examen de suivi.

Occurrences	Verbatim
Suivi des patients ostéopéniques.	08 CM « <i>s'il y a une ostéopénie on essaye (...) de programmer un contrôle ultérieur (...) soit à 2 ans, soit à 5 ans.</i> »
Suivi de l'évolution de l'ostéoporose.	04 SR « <i>si elles sont en ostéoporose grosso modo tous les deux ans.</i> »
Le suivi du traitement était inutile.	16 ML « <i>je le prescris pour 5 ans (ndlr : le traitement) au bout de 5 ans en principe on arrête, alors quelquefois on fait une ostéodensitométrie, souvent les personnes aiment bien savoir, et quelques fois non</i> -et donc vous disiez, c'est plutôt pour les gens que vous en refaites une ? -oui parce que je considère que de toutes façons, je ne ferai pas grand-chose de plus ! »

5.2.3.3 Le bilan biologique

Un bilan biologique contenant un bilan phosphocalcique était demandé pour faire le diagnostic.

Occurrences	Verbatim
Un bilan vitamino phosphocalcique était demandé.	02 XM « <i>bein je ferai un bilan phospho calcique, vitamino phospho calcique pour vérifier s'il n'y a pas une carence, donc carence en vitamine D</i> »
Un bilan sanguin plus important, pour éliminer des diagnostics associés, pouvait être demandé.	15 MR « <i>moi je fais, les cross laps, je fais le bilan phosphocalcique, je fais l'électrophorèse des protéines, parce qu'on ne sait jamais ! (...) on a toujours la pensée du myélome, donc ça je le fais en systématique, urée créat, je fais quand même</i>

	<i>une TSH, on sait jamais aussi »</i>
--	--

L'intérêt du dosage de la vitamine D était discuté.

Occurrences	Verbatim
Vitamine D fréquemment dosée.	<p>05 JB « <i>Je lui ai fait ses dosages de vitamine D et de calcium bien sûr et puis voilà, on va voir si je la supplémente plus en vitamine D selon son résultat. »</i></p> <p>08 CM « <i>je vérifie quand même, pareil au cours d'un bilan sanguin systématique, quand même une calcémie ou une vitamine D »</i></p> <p>16 ML « <i>il y a eu toute une période où on faisait des dosages plus facilement de vitamine D »</i></p>
Continuer ou non à doser la vitamine D ?	05 JB « <i>j'ai vu que c'était pas la peine de doser, sans doute dans un souci d'économie aussi, pourquoi pas, si c'est inutile, c'est inutile, et puis maintenant à nouveau je vois « mais si, il faut quand même le faire » et puis « c'est pas la peine de doser » les avis sont partagés dans ce que je peux lire hein »</i>
Inutilité de surveiller le taux de vitamine D.	15 MR « <i>les experts ont bien dit que ça ne servait à rien de surveiller la vitamine D »</i>

5.2.3.4 Les difficultés du médecin pour le diagnostic de l'ostéoporose

Différentes difficultés pour faire le diagnostic d'ostéoporose étaient exprimées.

Occurrences	Verbatim
Penser à prescrire l'ostéodensitométrie au bon moment.	08 CM « <i>on se rend compte « oui j'aurais déjà pu le faire il y a 3 ou 4 ans et je n'ai pas fait ! » »</i>
Savoir à qui la prescrire.	11 JC « <i>« chez qui ? » c'est parce que oui, bon on peut faire des ostéodensitométries ou des recherches d'ostéoporose chez tout le monde, mais moi en fait dans ma pratique j'essaye quand même un peu plus de cibler ! »</i>
Interpréter les résultats.	06 DA « <i>euh... bah l'interprétation des chiffres, des T score, des Z des »</i>
Le doute dans la corrélation entre résultat obtenu et le risque fracturaire.	11 JC « <i>d'autant plus qu'on n'a pas forcément une corrélation entre la fréquence fracturaire, et les résultats à la DMO, donc est ce qu'on est dans le vrai ? est-ce qu'on a les bons marqueurs ? »</i>
Bien connaître les critères de remboursement.	12 AF « <i>après parce que je ne me souviens jamais est ce qu'elle rentre dedans, est ce qu'elle ne rentre pas dedans, elle en a déjà eu une, mais est ce qu'elle était déjà dans les critères, si je lui represcris, est ce qu'elle va être remboursée. »</i>
Le non remboursement systématique de l'ostéodensitométrie.	08 CM « <i>ils le font pas parce qu'ils ne peuvent pas déboursier les 60€ nécessaires, je ne sais plus si c'est 40 ou 60 mais voilà, qui ne peuvent pas dépenser, que c'est la dépense en plus du mois qui est reportée reportée reportée ! »</i>

Ses difficultés d'accès.	10 PW « <i>si on pouvait passer une ostéodensitométrie comme on passe une radio des poumons ça serait le rêve (...) si c'était un peu plus libéralisé il y en aurait plus</i> » 05 JB « <i>puis aussi c'est le délai de rendez-vous</i> »
Non-observance du patient à sa réalisation.	09 TM « <i>ce qu'il peut manquer par fois, c'est effectivement la mauvaise observance patient, dans la mesure où les examens me manquent</i> »
L'utilisation du score FRAX.	06 DA « <i>score FRAX donc je le calcule sur internet, donc j'ai un pourcentage, mais je ne sais pas quoi en faire. Parce qu'ils me disent « c'est super vous avez un pourcentage de risque de ... » « bah oui, mais et alors ? » »</i>
Diagnostiquer l'ostéoporose quand il existait des pathologies intriquées.	09 TM « <i>bein c'est quand c'est intriqué effectivement dans des pathologies plus complexes comme l'ostéomalacie ou autre, m'enfin j'en ai jamais vu beaucoup, ou des problèmes de parathormones effectivement, ou quand c'est intriqué avec les problèmes thyroïdiens.</i> »

Certains médecins n'éprouvaient pas de difficultés pour la prise en charge diagnostic.

Occurrences	Verbatim
Aucune difficulté de prise en charge de l'ostéoporose.	03 PW « <i>je n'ai aucune difficulté à prescrire une ostéodensitométrie puis après à prescrire un traitement et une surveillance quoi, y'a rien de compliqué à surveiller une ostéoporose ! Mais rien du tout hein</i> »

Facilité d'interprétation de l'ostéodensitométrie.	07 TP « <i>la photo est bonne, on n'y touche pas, la photo n'est pas bonne, on va plus loin !</i> »
Facilité de sa réalisation avec une meilleure proximité des lieux de sa réalisation.	14 RC « <i>on leur fait systématiquement une ostéodensitométrie, tant que c'est facile ! Autrefois c'était compliqué mais maintenant c'est facile, c'est à coté, à 200m, ils le font, y'a pas de problème, c'est remboursé, avant ce n'était pas remboursé donc voilà, ça facilite quand même !</i> »
Le non remboursement de sa réalisation n'était pas un frein.	04 SR « <i>Je leur dis hein qu'il y a une partie pas remboursée mais c'est pas un problème pour moi, enfin ni pour elles</i> »

5.2.3.5 Les attentes des médecins pour un meilleur diagnostic de l'ostéoporose

Les attentes des médecins pour améliorer le diagnostic de l'ostéoporose étaient :

Occurrences	Verbatim
Que l'ostéodensitométrie devienne un examen de dépistage systématique .	10 PW « <i>mais pour le diagnostic de toutes façons bah, si, ce qui serait très bien c'est qu'il y ait heu... bien qu'à mon avis ce serait coûteux mais, qu'il y ait un dépistage genre mammographie hein !</i> »
Que l'ostéodensitométrie soit systématiquement remboursée .	05 JB « <i>Mes attentes ? bah que ce soit remboursé comme les autres examens !</i> »
Que l'ostéodensitométrie devienne plus accessible.	07 TP « <i>d'avoir des rendez-vous plus faciles chez les radiologues ? par exemple !</i> »
Qu'il y ait un consensus fort et établi sur l'intérêt du dosage de la vitamine D .	15 MR « <i>la vitamine D il faudra peut-être que les choses soient bien claires là-dessus, qu'on nous</i>

	<i>dise vraiment le rôle de la vitamine D, ce qu'il faut en attendre, parce que bon j'ai l'impression qu'on a un peu dérapé là ces derniers temps, je peux vous dire que le labo qui fait uvedose, il a dû faire du chiffre ! »</i>
Que des formations adaptées soient proposées.	02 XM « <i>eh bah, moi, moi je pense que ça passe quand même beaucoup par la formation, en fait, plus on a de formation sur un sujet, plus c'est présent dans notre tête »</i>

Rendre l'ostéodensitométrie systématique n'était pas un avis partagé par tous.

Occurrence	Verbatim
Il n'était pas utile d'élargir les indications remboursables de l'ostéodensitométrie.	16 ML « <i>l'ostéodensitométrie encore une fois, je ne suis pas sûre qu'en faire plus ce serait intéressant, parce qu'on pourrait dire il faudrait que ce soit encore plus facile, encore plus gratuit, mais je pense qu'on aurait des abus inutiles »</i>

LE DIAGNOSTIC DE L'OSTÉOPOROSE

Le diagnostic de l'ostéoporose pouvait être fait à différentes occasions : au cours du dépistage des patients à risque, suite à une radio pathologique ou suite à une fracture ou des douleurs.

Il reposait sur des arguments cliniques et paracliniques.

L'ostéodensitométrie était l'examen clé du diagnostic. Elle pouvait être prescrite soit de façon systématique après la ménopause, soit selon les facteurs de risque ou critères de remboursement, soit suite à des douleurs ou des événements fracturaires. Il arrivait aussi que la demande d'ostéodensitométrie soit l'initiative du patient.

L'ostéodensitométrie pouvait aussi être un examen de suivi de patients ostéopéniques, ou ostéoporotiques. Un médecin trouvait inutile de prescrire une ostéodensitométrie à l'issue du traitement anti ostéoporotique.

L'ostéodensitométrie se réalisait dans des centres de radiologie, ou auprès des rhumatologues.

Un bilan biologique contenant un bilan vitamino-phosphocalcique était demandé dans le cadre du diagnostic de l'OP.

L'intérêt du dosage de la vitamine D était discuté.

Pour le diagnostic de l'ostéoporose **les médecins éprouvaient des difficultés à penser à rechercher l'ostéoporose** dans le temps imparti d'une consultation. Ils avaient aussi des problèmes liés à un manque de connaissances (qui diagnostiquer ? comment utiliser le score de FRAX ? comment interpréter les résultats de l'ostéodensitométrie), ou liés à l'accès de l'ostéodensitométrie (lieu, délai, coût). Le doute porté au résultat de l'ostéodensitométrie était une difficulté soulevée.

Pour d'autres médecins, l'ostéodensitométrie n'était pas difficile d'accès, et son interprétation était facile.

Pour une meilleure prise en charge diagnostique, les médecins attendaient que l'OP devienne un dépistage systématique, ou que l'ostéodensitométrie soit systématiquement remboursée. Ils souhaitaient un meilleur accès à l'ostéodensitométrie. Ils attendaient un consensus sur le dosage de la vitamine D. Par ailleurs ils souhaitaient faire plus de formation sur le sujet.

Un médecin pensait qu'il n'était pas utile d'élargir les indications remboursables de l'ostéodensitométrie.

5.2.4 Le traitement de l'ostéoporose

5.2.4.1 Généralités

En plus de la mise en route du traitement spécifique anti-ostéoporotique, il fallait :

Occurrences	Verbatim
Affirmer le diagnostic.	08 CM « <i>choisir la thérapeutique en fonction donc euh... bah savoir si on est à un stade d'ostéoporose avérée ou pas</i> »
Expliquer la maladie aux patients.	15 MR « <i>c'est à nous aussi de leur expliquer ce qu'est l'ostéoporose, les conséquences, et je pense que le traitement ils finissent par l'accepter, s'ils ne se représentent pas l'ostéoporose bien comme il faut je pense qu'ils ne vont pas accepter le traitement, c'est notre rôle à nous, leur faire comprendre les conséquences, moi je prends le temps de leur expliquer ...</i> »
Expliquer le traitement.	01 PP « <i>en gros c'est d'expliquer pourquoi le traitement comment le traitement, à quoi ça sert et puis de mettre un peu une durée, de fixer une durée de traitement</i> »
Eduquer sur l'alimentation à nouveau.	04 SR « <i>alors 1, je fais toujours un topo sur l'alimentation (...). Ensuite, s'il y a vraiment une ostéoporose, bah je leur apporte, je vérifie la vitamine D aussi, calcium vitamine D (...) et puis je donne des bisphosphonates per os</i> »
Prévenir le risque de chute.	16 ML « <i>après les personnes très très âgées, c'est plus la prévention des chutes</i> »

Les traitements étaient prescrits selon différentes modalités.

Occurrences	Verbatim
En fonction des recommandations.	09 TM « <i>je me fie un petit peu au guidelines et puis je choisis à l'intérieur, ma stratégie thérapeutique de biphosphonates ou autre chose</i> »
En fonction des antécédents des patients.	08CM « <i>le choix du traitement, fonction de leurs antécédents aussi, en fonction de la gravité de l'ostéoporose</i> »
En fonction des désirs des patients.	01 PP « <i>j'ai eu une ou deux fois des gens qui m'ont dit, « non bah non moi finalement je préfère rester à une prise hebdomadaire ou voilà parce que ce que vous me dites euh.. », c'est curieux hein, la réaction des gens, en fait il faut garder tout euh, il faut garder plusieurs profils, plusieurs types de prise en charge thérapeutique.</i> »
5 ans était la durée maximale de traitement pour certains médecins.	14 RC « <i>déjà je pense qu'il ne faut SURTOUT PAS traiter plus de 5 ans</i> »
Le traitement hormonal substitutif n'était plus prescrit.	16 ML « <i>les traitements hormonaux je n'en donne plus pour ça</i> » (ndlr pour le traitement de l'OP)

La réponse au traitement pouvait être surveillée.

Occurrences	Verbatim
Les CTX étaient prescrits pour le suivi du traitement.	02 XM « <i>et puis je demande assez volontiers les CTX pour essayer de savoir si les gens sont en hyper métabolisme et ça me permet aussi de voir comment ils répondent au traitement dans un 2ème temps</i> »

5.2.4.2 Supplémentation vitamino-Calcique

La supplémentation vitamino-calcique faisait partie du traitement anti-ostéoporotique.

Occurrences	Verbatim
La supplémentation vitamino-calcique était la première étape du traitement.	quelles sont selon toi les étapes de la prise en charge thérapeutique de l'ostéoporose ? 12 AF « <i>donc les étapes déjà vitamine D, calcium, donc ça c'est la base</i> »
Dès le stade d'ostéopénie la supplémentation pouvait être commencée	06 DA « <i>bein euh oui ostéopénie je mets du calcium.</i> »
Le taux de vitamine D n'était pas toujours surveillé.	01 PP « <i>à partir d'un certain âge de faire simplement une ampoule de vitamine D tous les trimestres sans faire vraiment un suivi très approfondi</i> »

5.2.4.3 Traitements spécifiques anti-ostéoporotiques

Les traitements les plus communément prescrits étaient les bisphosphonates.

Occurrences	Verbatim
Les bisphosphonates étaient toujours cités comme traitement de référence .	02XM « <i>mais globalement pour moi le traitement de référence, celui où je me sens plus tranquille sont les disphosphonates, quand je mets en place un traitement c'est en général celui-ci.</i> »
Ils pouvaient se prendre de façon quotidienne ou hebdomadaire ou mensuelle	08 CM « <i>non maintenant les formes par rapport au traitement je pense au bisphosphonates qui était quotidien auparavant après les formes passées à une fois par semaine, enfin ça a quand même largement amélioré aussi les choses.</i> »

	<p>05 JB « <i>donc la solution de faire à un moment, enfin, on avait un comprimé une fois par mois, bon, je trouvais ça GENIAL, un comprimé une fois par mois, ça avait quelque chose de MAGIQUE en plus, mais en même temps je me suis dit, si ça abîme l'os, bein le comprimé quand il y est pendant un mois, il va falloir le digérer.</i> »</p>
<p>... ou semestrielle ou annuelle.</p>	<p>09 TM « <i>Et c'est vrai que les traitements par exemple semestriels, ou même annuels, ça c'est génial, enfin, ça me va tout à fait !</i> »</p> <p>14 RC « <i>c'est sûr que le mieux c'est la perfusion tous les ans</i> »</p>
<p>Des critères de remboursement existaient.</p>	<p>14 RC « <i>s'il faut traiter moi je suis plutôt pour les bisphosphonates ou trucs comme ça, mais bon, pour que ce soit remboursé il faut que ce soit dans certaines indications, il faut qu'ils aient une fracture machin etc. mais bon sinon voilà</i> »</p>
<p>D'autres familles de médicaments existaient.</p>	<p>09TM « <i>on a tout à fait le choix aujourd'hui, entre les anticorps, entre les bisphosphonates, oraux ou injectables, les « evista » et compères, les teriparatides, on a vraiment une gamme, qui nous permet de faire face à tous les cas cliniques, et je dirai l'adhésion thérapeutique du patient, on a maintenant le choix ! Ce n'est pas que des bisphosphonates par voie orale !</i> »</p>

5.2.4.4 Objectif du traitement anti-ostéoporotique

Les objectifs du traitement étaient variables :

Occurrences	Verbatim
Améliorer la densité minérale osseuse .	12 AF « <i>rétablir une masse osseuse suffisante pour sortir soit de l'ostéoporose, soit de l'ostéopénie</i> »
Prévenir le risque fracturaire.	14 RC « <i>c'est de prévenir les fractures et puis euh voilà, je crois que c'est surtout ça hein</i> »
Eviter les complications liées aux fractures .	10 PW « <i>l'objectif c'est déjà de les empêcher de compliquer sur une histoire de fracture ou autre</i> »
Améliorer la qualité de vie .	08 CM « <i>il y a quand même aussi une amélioration de la qualité de vie parce que les gens sont globalement moins douloureux quand ils sont traités</i> »
Diminuer la morbi-mortalité à moyen et long terme.	04 SR « <i>l'objectif c'est d'améliorer la vie future ! Pour éviter les fractures multiples, les hospitalisations multiples, et puis tous les effets secondaires après, du vieillissement et voilà</i> »

5.2.4.5 Difficultés des médecins pour la prise en charge thérapeutique

Un manque de connaissance pouvait être une difficulté pour la prise en charge thérapeutique.

Occurrences	Verbatim
Savoir quel traitement prescrire .	02 XM « <i>alors après si on passe au traitement médicamenteux lui-même, j'avoue que n'ayant pas eu de formation récente je suis un tout petit peu dans le flou au niveau des produits</i> »

	08CM « <i>pas toujours, savoir par lequel commencer, se dire à quel moment on va switcher parce qu'on en a pour 20 ans de traitements derrière, c'est pas simple, par rapport au traitement type aclasta là ou le prolia aussi, quelque part on n'a pas enfin moi je trouve qu'on n'a pas vraiment énormément d'information dessus, et c'est pas si simple à prescrire</i> »
Savoir comment programmer un suivi du traitement.	12 AF « <i>ouais, ça je pense que je pourrai, ça je pense ça le traitement à la limite je peux le commencer mais mon souci c'est euh... c'est quand est-ce que... le suivi en fait ! Parce que bon, le traitement on est d'accord mais, est ce que ça va être efficace, quand est ce qu'il faut regarder si ça va être efficace, est ce que c'est à vie, est ce qu'il faut l'arrêter</i> »
Savoir combien de temps traiter.	02 XM « <i>les durées de traitement ne sont pas très claires non plus, pour moi jusqu'à 5 ans c'est acquis, ensuite euh, voilà c'est moins clair</i> »

Les **effets indésirables** des traitements étaient une difficulté pour la prise en charge thérapeutique.

Occurrences	Verbatim
Effets indésirables du calcium sur le plan digestif.	09 TM « <i>des refus de traitement effectivement, quand vous proposez du calcium à des patients, une fois sur deux vous avez des plaintes digestives, ça m'écoeure, ça donne ci, ça donne ça, ça donne des reflux, bon...</i> »

<p>Ostéonécroses de la mâchoire liées aux bisphosphonates.</p>	<p>05 JB « <i>mais ça a été pour moi un vrai problème quand sont sorties les histoires mandibulaires, vous savez là, avec le fixateur de calcium là, et donc du coup, j'ai beaucoup freiné</i> »</p> <p>16 ML « <i>des effets secondaires ! alors notamment voilà les biphosphonates en perfusion, moi je crains, je pense qu'il y a plus d'ostéonécrose de la mâchoire sur les longues durée d'action</i> »</p>
<p>Effets indésirables sur le plan digestif ou tachycardies liées à l'aclasta.</p>	<p>02 XM « <i>par contre je ne suis pas complètement persuadé que, enfin j'ai l'impression de ne pas avoir beaucoup de recul sur ce traitement, il peut y avoir des tachycardies</i> » (ndlr : concernant l'aclasta)</p> <p>04 SR « <i>les injectables moi je n'en prescris pas, je trouve qu'il y a trop d'effets secondaires.- de quel type ?- euh bein l'inconfort, enfin les nausées, les troubles digestifs, et puis c'est compliqué...</i> »</p>
<p>Phlébites ou infarctus liés au Protelos.</p>	<p>15MR « <i>après il y a eu le protelos où on pouvait faire de phlébites, maintenant il est impliqué dans les infarctus donc ça les refroidit</i> »</p>
<p>Des micro-fractures liées à l'un des traitements.</p>	<p>14 RC « <i>ces mini micro fissures du fémur qui ont nécessité une intervention, qui provoquait des douleurs (...) et en fait c'était dû à un traitement, un effet secondaire néfaste du traitement de l'ostéoporose.</i> »</p>

Les contraintes de prises médicamenteuses pouvaient être une difficulté pour la prise en charge thérapeutique.

Occurrences	Verbatim
La prise de bisphosphonates le matin à jeun, était contraignante .	11JC « <i>biphosphonates c'est surtout les contraintes de la prise, il faut les prendre à jeun, ne pas se recoucher, etc., bon ça peut être une fois par semaine, une fois par mois etc. maintenant, il y a une certaine contrainte quand même, donc ça, ça peut poser des problèmes à certaines personnes.</i> »

Il existait des difficultés liées à la prescription du traitement intraveineux.

Occurrences	Verbatim
Difficultés d'acceptation du traitement par le patient.	<p>08 CM « <i>sur des gens qui sont déjà en deuxième ligne de traitement, ou troisième ligne, faire accepter les injectables n'est pas forcément non plus facile</i> »</p> <p>11 JC « <i>les formes injectables, les nouveaux traitements, mais là les patients, quand on leur parle comme ça de manière vague, ils sont tout à fait d'accord quand on leur dit qu'il faut se piquer ou se faire piquer, souvent, ils n'aiment pas trop.</i> »</p>
Difficulté de prescription du traitement (coût, responsabilité)	<p>03 PW « <i>ah non moi je refuse d'initier ce genre de truc, non non, c'est le rhumatologue</i></p> <p>-vous refusez pour quelle raison ?</p> <p>- <i>parce que je ne veux pas prendre ce genre de responsabilité pour 23 € ce n'est pas la peine (...)</i></p> <p>- et la responsabilité elle repose sur quoi ?</p>

	- euh la prescription d'une injection, le coût infirmier, le coût de la presc ... le coût »
--	---

Le coût du traitement était une difficulté à la prise en charge thérapeutique.

Occurrence	Verbatim
Le non remboursement des traitements était un frein à la prise médicamenteuse.	14 RC « <i>eh bien, quand il y a un coût qui est ... les médicaments ne sont pas remboursés bon bien déjà euh bon c'est vrai, mais, et puis parce qu'il y a beaucoup de gens qui n'ont pas les moyens de se payer les traitements, ça c'est déjà un frein et puis euh... »</i>

Le **manque de confiance dans les laboratoires pharmaceutiques** était soulevé comme étant une difficulté à la prise en charge thérapeutique.

Occurrences	Verbatim
La variabilité des thérapeutiques et les messages inconsistants des laboratoires incitaient à ne plus prescrire.	11 JC « <i>on voit qu'on nous avait déjà un peu raconté des histoires déjà avec le traitement hormonal substitutif ! Il y a quelques années, on nous disait qu'on était des criminels si on ne les prescrivait pas, que toutes nos patientes allaient se casser, on s'est aperçu après, donc en fait qu'on stoppait l'évolution pendant le temps du traitement donc au bout de 18 mois à 2 ans, et se retrouvait là où on aurait été sans être traitée, donc on a eu l'impression d'être un peu bernés avec ça, et puis après on nous annonce toujours... enfin tout au moins les labos, les pourcentages de baisse d'évènements et sans nous parler vraiment, c'est toujours la même chose du nombre d'évènements sans traitement. »</i>

	<p>13HM « <i>c'est un champ fantastique, plus les gens vieillissent, plus les laboratoires s'excitent (...) La preuve, c'est le nombre de produits qui sont sortis depuis 30 ans, et qui sont disparus, même interdits ils sont interdits de prescription presque...(...) après plus personne n'en parle... parce qu'une fois que la recherche n'a pas abouti, n'a pas obtenu une... ça disparaît ! oui, c'est pour ça que je n'initie jamais moi avec les nouveaux trucs »</i></p>
--	---

L'efficacité des traitements était controversée.

Occurrences	Verbatim
Expérience personnelle peu probante.	13 HM « <i>j'en ai pas dans ma tête, j'en ai pas et s'il y en qui en ont et bein je n'ai pas encore vu de choses probantes dans ma clientèle qui en prenant un médicament par rapport à ceux que je décourage de ne pas prendre de médicament, ils n'ont pas plus de fracture, enfin comme ça, spontanément ! »</i>
Bénéfice non prouvé.	16 ML « <i>pour un bénéfice qui n'a à priori pas vraiment été prouvé non plus »</i>
Bénéfice faible.	11 JC « <i>Sur 1000 patientes ostéoporotiques, j'ai eu lu qu'on avait 2 fractures par an par exemple, alors je ne sais pas si les chiffres sont réels et si on traite, on diminue de 50% le risque fracturaire (...) c'est faible ! »</i>

L'ostéoporose étant une pathologie silencieuse et touchant souvent des patients polymédiqués, la prise en charge en était plus difficile.

Occurrences	Verbatim
Une maladie silencieuse n'incitait pas à se traiter.	<p>14 RC « <i>c'est comme le diabète, ça ne fait pas mal, sauf dans certains cas particuliers, donc les gens ne voient pas toujours la nécessité !</i> »</p> <p>11 JC « <i>après la difficulté c'est quelque fois pour le patient, mais il accepte la sanction, mais c'est d'accepter de se traiter au long cours pour quelque chose qui ne l'embête pas franchement en fait.</i> »</p>
Les patients déjà polymédiqués étaient plus difficile à traiter.	<p>10 PW « <i>Donc c'est une tranche d'âge où ils commencent à être polymédicamentés, donc ils font la gueule quoi, hein ! je me rappelle que nos profs nous disaient qu'on commence à dépasser 3 médicaments sur une ordonnance on commence à avoir des problèmes, ça ce sont les belles paroles qu'on dit à la fac</i> »</p> <p>16 ML « <i>plus il y a de traitement plus c'est compliqué, nous, on ne sait pas trop ce qu'on fait, eux c'est plus compliqué à observer.</i> »</p>

Certains médecins n'éprouvaient **pas de difficulté** pour la prise en charge thérapeutique.

Occurrences	Verbatim
La prise en charge thérapeutique de l'OP était simple.	<p>11 JC « <i>oh bah des difficultés pas particulièrement, à partir du moment où on prend la décision, c'est simple</i> »</p>

Il n'y avait pas de problème d'intolérance médicamenteuse.	10 PW « <i>les intolérances pas trop, ou ils ne se plaignent pas trop</i> » 09 TM « <i>bah y'a pas vraiment de difficultés aujourd'hui, si on a l'observance du patient, ou l'adhésion, au principe du traitement, je crois qu'aujourd'hui, dans tous les traitements ou presque, on a des galéniques, des propositions, des fréquences qui permettent de satisfaire le besoin du patient</i> »
Les traitements intraveineux n'étaient pas difficiles à prescrire.	07 TP « <i>non, non non pas compliqué</i> »

5.2.4.6 Observance

L'observance thérapeutique étant un thème longuement abordé au cours des entretiens nous lui consacrons ce chapitre.

Le manque d'observance était une difficulté pour la prise en charge thérapeutique.

Occurrences	Verbatim
Non-observance des règles hygiéno-diététiques.	09 TM « <i>le patient fait ce qu'il veut ! J'entends par là que la seule chose qu'on ne peut pas maîtriser c'est l'observance, on peut leur donner toutes les informations du monde, leur remettre un tiré à part fait à l'imprimante, une fois qu'ils ont passé la porte, ils en font ce qu'ils veulent</i> »
Non-observance des traitements.	quelles sont vos difficultés rencontrées pour la mise en route d'un traitement ? 07 TP « <i>la mise en route, pas de problème ! L'observance, catastrophique !</i> »
D'autres médecins trouvaient que l'observance était bonne.	03 PW « <i>oui j'ai l'impression qu'il y a plutôt une bonne observance des traitements</i> »

L'observance thérapeutique pouvait dépendre de la fréquence de prise du traitement.

Occurrences	Verbatim
Absence de consensus sur la fréquence de prise du médicament qui améliorerait l'observance.	<p>06 DA « <i>bein je pense que le traitement, une fois par semaine ou, une fois par mois c'est très bien, mais je pense qu'on a tendance à l'oublier plus facilement que quelque chose qui se prend tous les jours. »</i></p> <p>02 XM « <i>Un mois, ce n'est pas bon, un mois, les gens ils n'y pensent pas hein, un mois ou 3 mois... »</i></p> <p>02 XM « <i>moi je dirai que une fois par semaine, c'est pour ça que des produits, oui voilà, donc tous les produits qui sont pris une fois par semaine, d'après ma petite enquête, sont relativement bien pris, donc il faut tourner sur ce type de traitement là. »</i></p>
Il ne semblait pas y avoir de problème d'observance sur les traitements annuels.	03PW « <i>bah une pique une fois par an il y a une bonne observance »</i>

Plusieurs facteurs déjà cités, entraînaient une baisse de l'observance thérapeutique.

Occurrences	Verbatim
La prise contraignante .	06 DA « <i>y'a certains traitement dans l'ostéoporose qui sont embêtants, il ne faut pas se recoucher, il ne faut pas s'allonger, il ne faut pas manger »</i>
L'intolérance .	<p>08 CM « <i>apport calcique, par contre j'ai laissé tomber !</i></p> <p><i>-c'est-à-dire ?</i></p>

	<p><i>-ha bah au niveau de la tolérance médicamenteuse elle est telle que, ils ne le prennent plus ! ils ne le prennent plus de façon systématique au bout de quelques mois »</i></p> <p><i>08 CM « au niveau des bisphosphonates bah voilà la tolérance digestive n'est pas forcément toujours extraordinaire »</i></p> <p><i>14 RC « je peux vous dire que prendre du calcium, c'est vraiment difficile, parce que les gens ils s'en lassent, ça a un gout crayeux, pas agréable, et c'est pas évident hein »</i></p>
<p>La peur du médicament.</p>	<p><i>01 PP « le manque de confiance dans le médicament soit par ses propres investigations soit par échange avec d'autres amis etc. qui introduisent un doute »</i></p>
<p>Comme l'ostéoporose était une maladie silencieuse, les patients n'avaient pas de gratification à prendre un traitement.</p>	<p><i>08 CM « les gens ne se sentent pas malades, donc prendre un médicament quand on ne se sent pas malade c'est toujours difficile à faire accepter »</i></p> <p><i>09TM « l'ostéoporose ne tuant pas, ou rarement, et bien, on a souvent des patients qui sont très démobilisés dans leur traitement au bout de quelques semaines voire quelques mois et qui deviennent des non observants ! »</i></p> <p><i>07TP « mais je veux dire le rapport bénéfice gratification/ lourdeur ou gêne quotidienne du traitement, ils ne font pas le rapport, ou très peu !(...) aujourd'hui les gens veulent une gratification de tout ce qu'ils font donc si vous ne</i></p>

	<p><i>les gratifiez pas en leur donnant un médicament qui a un effet avec une réponse assez rapide, vous avez forcément des observances qui foutent le camp. (...)Quand vous donnez des anti-inflammatoires, ou des antidouleurs pour une belle rage de dents, dans les 12h qui suivent vous avez moins mal, là, vous êtes efficaces ! Sauf que les 12h, dans l'ostéoporose, ça se transforme en 10 ans ou 15 ans, là il y a un portant qu'ils ne comprennent plus ! »</i></p>
--	---

Trois facteurs pouvaient influencer sur l'observance : la conviction du patient comme celle du professionnel, la galénique et la simplicité de la prescription

Occurrence	Verbatim
Conviction du risque.	09 TM « <i>emporter la conviction patient, donc de l'information patient sur le caractère morbide de l'ostéoporose, c'est-à-dire la possibilité que des pathologies plus graves puissent être induites, avec un risque réel pour eux de diminution de qualité de vie, de validité, voire de durée de vie ! Donc si ils percutent un petit peu la dessus, il peut y avoir une meilleure prise en charge dans la mesure où le patient sera plus convaincu »</i>
Conviction résultant de la fracture.	12 AF « <i>bah une fracture ostéoporotique effectivement c'est quelque chose de facilitateur, tant pour le médecin que pour euh... »</i>
Conviction du professionnel	05 JB « <i>je ne sais pas si je suis très convaincante et convaincue voilà... c'est le problème aussi, si le médecin est convaincu, les gens seront plus convaincus, moi parfois je le suis, et puis d'autres</i>

	<i>fois, moins, ça doit se sentir, mais je ne suis pas sure non plus que ça ... »</i>
Eviter la polymédication.	01 PP « <i>une bonne observance du traitement ? (...) C'est de ne pas mettre trop de médicaments »</i>
Les différentes galéniques proposées permettaient de trouver une forme mieux tolérée.	12 AF « <i>il y en a qui sont à sucer d'autres en poudre où je ne sais plus exactement, mais en trouvant différentes formes, on arrive parfois à améliorer la tolérance »</i>
Les injections annuelles amélioraient l'observance.	02 XM « <i>l'Aclasta - non, je veux dire ce produit-là m'a semblé intéressant parce que je me suis dit que ça simplifiait quand même de manière colossale la prise en charge de cette pathologie »</i> 15MR « <i>on fait une seule injection et ils sont tranquilles pour plusieurs mois c'est pas trop mal »</i>

5.2.4.7 Attentes des médecins pour une meilleure prise en charge thérapeutique

Un besoin de formations est formalisé, mais des notions de savoir claires, secondées par des arbres décisionnels d'application pratique étaient revendiquées

Occurrences	Verbatim
Les formations étaient utiles.	16ML « <i>oui alors des formations, c'est vrai que j'essaye d'en faire assez régulièrement, parce que je sens que oui, j'ai besoin d'y voir au clair »</i>
Un tableau de synthèse serait nécessaire.	06 DA « <i>on aurait peut-être besoin d'un tableau, un peu synthétique, comme il peut se faire dans le diabète, voilà en dessous de ça, vous mettez ça,</i>

	<i>au-dessus de ça entre ça et ce score vous mettez ça »</i>
Il y avait assez de formation et d'outils proposés.	12 AF « <i>il y a PLUUUS que ce qu'il faut, il y a plus que ce qu'il faut, il faut juste prendre le temps je pense et prendre le temps de trouver les bonnes informations !</i> »

Faire prendre conscience de l'importance de se traiter améliorerait la prise en charge thérapeutique.

Occurrences	Verbatim
Des campagnes d'information grand public aideraient les patients à prendre conscience de la pathologie et de l'importance de se traiter.	08 CM « <i>oui alors pour l'acceptation je pense qu'effectivement, on peut attendre des campagnes d'information grand public pour les gens, pour leur dire que la maladie existe, que c'est important d'être pris en charge, ça je pense que ça aiderait, et puis du coup, ça amènerait les gens à venir consulter d'eux même aussi en disant, je suis peut être concerné</i> » 02 XM « <i>donc pour que quelque chose soit bien pris en charge il faut qu'il soit mis un peu en avant et donc s'il y avait un relais au niveau opinion un peu plus important, bein il nous toucherait nous aussi d'accord, les patients seraient plus demandeurs, et vous augmentez l'observance aussi.</i> »
Une meilleure implication des médecins était souhaitée.	09 TM « <i>je pense que ce qu'il manque dans l'ostéoporose c'est une certaine conviction entre une partie des thérapeutes qui ne veulent pas s'impliquer dans l'ostéoporose</i> »

Améliorer les traitements était une attente pour améliorer la prise en charge thérapeutique.

Occurrences	Verbatim
Attente du traitement magique : efficace et sans effets secondaires.	14 RC « <i>mes attentes c'est qu'elles prennent le traitement ! Qu'il soit efficace et qu'il n'y ait pas d'effets secondaires ! Ce qui n'est pas toujours le cas malheureusement !</i> »
Attente d'une supplémentation calcique moins pâteuse.	06 DA « <i>le calcium ce n'est pas bon non plus, c'est crayeux, ça a un goût... c'est pâteux, donc je pense qu'une gélule à avaler comme ça, ou un petit comprimé à avaler tout rond</i> »
Attente d'un traitement moins contraignant.	06 DA « <i>bah peut être une prise de médicament plus facile, c'est-à-dire à avaler comme ça d'un coup, sans se poser la question qu'est-ce qu'on va faire avant, après, si on peut se recoucher, voilà les contraintes liées à la prise du traitement oral notamment les comprimés</i> »
Attente d'un traitement avec moins d'effets secondaires.	13 HM « <i>ah si il faut que quelqu'un nous propose, peut-être ce sera pour la génération de mes enfants, s'il y a un produit qui est efficace, qui fait de la prévention, sans trop faire courir des risques au patient, ce serait formidable, c'est sûr, ce serait formidable!</i> »
Attente d'un traitement étiologique.	13 HM « <i>pourquoi il est en ostéoporose ce serait très intéressant et puis après les traitements qui seront plutôt étiologiques que ceux de mettre des biphosphonates, des machins, du calcium, remplir le ventre des gens de produits en disant ça va aller se fixer là où ça se déshabite.</i> »

PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE

Affirmer le diagnostic, expliquer la maladie, expliquer le traitement, conseils hygiéno-diététiques, prévenir le risque de chute étaient des mesures associées au traitement spécifique.

Les traitements étaient prescrits en fonction des recommandations, des antécédents ou des désirs des patients. Ils étaient prescrits pour une durée maximale de 5 ans. Les traitements hormonaux substitutifs n'étaient plus prescrits.

La supplémentation vitamino calcique faisait partie du traitement anti-ostéoporotique, et prescrite dès le stade d'ostéopénie.

Les **bisphosphonates** étaient le traitement de référence. Il existait des formes de prise quotidienne, hebdomadaire, mensuelle, trimestrielle ou annuelle. D'autres familles de médicament existaient. Il y avait des critères de remboursement de médicament.

Les objectifs du traitement anti ostéoporotiques étaient d'améliorer la densité minérale osseuse, de prévenir le risque fracturaire, d'éviter les complications liées aux fractures, d'améliorer la qualité de vie, et de diminuer la morbi-mortalité à moyen et long terme.

Le manque de connaissance, les effets indésirables, la prise contraignante, le coût du traitement, le manque de confiance dans les messages délivrés par les laboratoires pharmaceutiques, le doute sur l'efficacité des traitements, le fait que l'OP soit une pathologie silencieuse touchant souvent des patients déjà polymédiqués étaient des difficultés pour une bonne prise en charge thérapeutique.

Certains médecins n'avaient pas de difficulté pour la prise en charge thérapeutique.

Le manque d'observance représentait une difficulté pour la prise en charge thérapeutique. La prise contraignante, les intolérances, la peur du médicament, et le manque de gratification étaient des facteurs diminuant l'observance au traitement. Des médecins et des patients convaincus de l'importance de se traiter, des patients moins polymédiqués, de meilleures galéniques, et les injections annuelles amélioreraient l'observance.

Pour une meilleure prise en charge thérapeutique, les médecins attendaient un **message scientifique clair, des recommandations de pratique pragmatiques**, un relais médiatique, et un traitement efficient.

5.2.5 Projections des représentations des patients.

Pour ces paragraphes, s'agissant des représentations des médecins quant à leurs patients, nous avons utilisé pour présenter les occurrences le mode du présent du conditionnel.

5.2.5.1 Les connaissances des patients

Le niveau de connaissance des patients concernant l'OP serait variable.

Occurrences	Verbatim
Aucune	<p>03 PW « <i>moi je pense qu'ils ne savent rien, ils ne savent rien, ceux qui savent qu'il faut une ostéodensitométrie, ils la demandent ou on leur prescrit ou on leur a prescrit, après ils ne savent pas les lire et les interpréter, donc je pense qu'ils ne savent rien du tout sur l'ostéoporose !</i> »</p> <p>12 AF « <i>ah ils ne connaissent pas grand-chose hein, je pense hein, non parce que ce n'est pas une maladie à laquelle ils sont sensibilisés, souvent on la diagnostique mais ils n'en ont jamais entendu parler auparavant</i> »</p>
En particulier le genre masculin	08 CM « <i>alors les hommes ils n'en savent strictement rien</i> »
Les connaissances dépendraient de leur milieu social, de leur âge et de l'intérêt qu'ils porteraient à la maladie.	<p>14 RC « <i>Ca dépend qui aussi, parce qu'il y en a qui s'intéressent et puis d'autres ils s'en foutent hein !</i> »</p> <p>01 PP « <i>ça dépend du milieu social et ça dépend de la génération je pense que les nouveaux patients qui vont arriver connaîtront plus de choses</i> »</p>

Leurs sources d'information seraient variables, mais celles des moyens de communications modernes actuels.

Occurrences	Verbatim
Internet – la télévision	<p>14 RC « <i>disons qu'ils en savent un peu mieux maintenant qu'avant, par tous les moyens internet et tout ça et puis il y a tous les médias qui se mêlent de tout et de n'importe quoi comme ça s'adresse surtout à une population qui est bon...retraîtée etc. qui ne travaille pas qui regarde la télé, bon il y a beaucoup d'émissions maintenant, donc bon ça dépend qui, mais ils en savent de plus en plus on va dire, beaucoup plus qu'avant !</i> »</p>
Les revues féminines.	<p>09 TM « <i>alors oui, il y a quand même beaucoup de revues de vulgarisation, où on voit notamment les revues dites du troisième âge, ou les revues féminines qui informent beaucoup effectivement sur la prévention de l'ostéoporose par le bon régime alimentaire, par de l'activité physique notamment la marche, et qui informent qu'il existe auprès de son praticien, des examens qu'on peut faire facilement. Donc de ce point de vue-là, il y a une information média qui est assez ciblée, qui est plus ciblée effectivement patientèle féminine, 50 et au-delà !</i> »</p> <p>08 CM « <i>celles qui lisent des revues féminines c'est quand même un sujet qui est régulièrement abordé visiblement dedans parce qu'elles nous en parlent</i> »</p>

Le gynécologue	08 CM « <i>les femmes en connaissent un peu plus parce qu'on leur en a parlé, le gynéco quand elles voient le gynéco, leur en parle aussi</i> »
Leur entourage	11 JC « <i>mais autrement s'ils n'ont pas été touchés par quelqu'un dans leur entourage qui a fait une fracture ou autre, je pense que ce n'est pas quelque chose qu'ils évoquent spontanément ou sur lequel ils se renseignent.</i> » 02 XM « <i>ce n'est pas quelque chose de très présent dans la tête des gens sauf s'il y a eu la fracture dans la famille.</i> »

Les patients ne se soucieraient pas ou peu de l'OP.

Occurrences	Verbatim
Aucun intérêt porté à l'OP.	01 PP « <i>très sincèrement on vient beaucoup moins me voir en me disant « j'ai un problème d'ostéoporose » que « j'ai du cholestérol ou du diabète quoi », donc non ce n'est pas une motivation première</i> » 11 JC « <i>je ne pense pas que ce soit un sujet qui les passionne en fait ! Parce qu'autant ils vont se renseigner sur les problèmes cardio vasculaires ou autre</i> » 03 PW « <i>ça dépend de l'âge, les femmes de 30 40 50 ans, elles s'en foutent complètement</i> »

<p>En cas de fracture, l'intérêt porté à l'OP augmenterait.</p>	<p>15 MR « <i>Je pense que l'ostéoporose, ils en prennent conscience quand ils se cassent quelque chose, avant ce n'est pas quelque chose d'important pour eux, je pense que c'est ça l'ostéoporose pour le patient, il prend conscience de ce que c'est quand on lui annonce qu'il s'est cassé quelque chose</i> »</p> <p>10PW « <i>Non honnêtement, c'est le cadet de leur souci, la prévention de l'ostéoporose, ils s'en préoccupent quand ils commencent à avoir des problèmes</i> »</p>
<p>Les fractures seraient liées au grand âge.</p>	<p>11 JC « <i>Que la grand-mère à 95ans se casse le col du fémur, ils considèrent ça comme inhérent à l'âge et quelque part, normal. Donc de ce fait ils sont moins motivés pour se prendre en charge.</i> »</p>

L'estimation du niveau de gravité serait variable :

Occurrences	Verbatim
<p>Pas grave</p>	<p>07 TP « <i>jamais grave ! c'est un phénomène naturel plus ou moins entre guillemets « dû à la vie » mais c'est jamais grave ! Je n'ai jamais vu quelqu'un venir tout affolé en me disant « ma densitométrie est catastrophique, je suis dans une panique monstre » JAMAIS !</i> »</p> <p>15 MR « <i>oh je ne sais pas pour eux ce n'est pas une maladie grave, ce n'est pas un cancer, on est bien d'accord</i> »</p>

	<p>12 AF « après c'est quelque chose qu'ils ont mais qui n'est pas vital, et si on prend bien en charge ça peut déjà stabiliser et jamais avoir de conséquences pour l'avenir ! »</p> <p>14 RC « ils sous estiment la gravité je pense beaucoup »</p>
<p>Grave</p>	<p>16 ML « ah quand ils y pensent ils imaginent que c'est très grave ! Je ne sais pas dans quel sens grave, mais pour eux, c'est vraiment ... »</p> <p>03 PW « les femmes plus âgées, surtout si elles se sont déjà cassé quelque chose ça les angoisse un peu »</p> <p>04 SR « bah ça leur fait peur parce qu'elles s'imaginent des fractures et puis voilà qu'est-ce qu'elles vont devenir »</p>
<p>Gravité majorée par une peur du vieillissement.</p>	<p>06 DA « je ne pense pas que ce soit lié à une notion de gravité, je me demande s'il n'y a pas plutôt une notion de vieillesse qui leur fait peut-être un peu peur. »</p> <p>13 HM « donc ils ont peur du vieillissement, ils l'appellent pas ostéoporose, vieillissement quoi, on tombe on a une fracture, on est dans le lit, et puis après à l'hôpital, et puis après, il revient plus et après il meurt voilà ! C'est le vieillissement qui ... autrement la maladie elle-même qu'on l'appelle ostéoporose ou vieillissement naturel, je ne crois pas qu'ils le distinguent »</p>

Les représentations de l'OP chez les patients pourraient être erronées.

Occurrences	Verbatim
Douloureuse.	<p>03 PW « <i>j'ai remarqué que souvent ils pensaient que ça faisait mal, donc ce n'est pas vrai</i> »</p> <p>16 ML « <i>ouais ils ont des idées bizarres quelques fois !(...) bah ils pensent déjà que ça fait mal, (...) ils savent bien que c'est une histoire d'os hein, mais oui c'est ça, ils pensent que c'est douloureux.</i> »</p>
Confusion avec arthrose.	<p>07 TP « <i>pour eux, ils mélangent un peu ostéoporose et arthrose, qui sont deux problèmes totalement différents !</i> »</p> <p>10 PW « <i>bon et puis dans leur esprit, c'est aussi inéluctable que l'arthrose quoi!</i> »</p>
Pourrait contre-indiquer le sport.	<p>16 ML « <i>(...) entre 60 et 70 ans, qui font un peu de sport et qui aimeraient bien savoir comment vont leurs os, donc à mon avis, bon ça peut être intéressant, mais c'est un peu une fausse idée qu'elles ont, c'est-à-dire qu'à priori elles n'ont pas de risque d'ostéoporose si elles font de l'activité physique</i> »</p>

Leurs connaissances sur la maladie seraient les suivantes :

Occurrences	Verbatim
Manque de calcium dans les os.	<p>06 DA « <i>(...) que c'est un manque de calcium dans les os, que c'est souvent familial, et que Je ne suis pas sure qu'ils sachent plus</i> »</p>
Source de fractures.	<p>09 TM « <i>alors ils savent quand même que l'ostéoporose par exemple, c'est souvent associé</i></p>

	<p><i>aux fractures, ils ont souvent entendu parler que, oui la petite dame, qui est tombée, la voisine, sa fracture du col du fémur, ou sa fracture de Pouteau, ha bah oui, c'est qu'elle avait de l'ostéoporose »</i></p> <p>10 PW « <i>ils savent que ça tasse les os, que quand ils commencent à être voutés avec l'âge, c'est à cause de ça »</i></p> <p>13 HM « <i>Il entend, on va se casser, il faut changer la hanche, tassement vertébral »</i></p>
Responsable de dépendance	13 HM « <i>c'est le fait plutôt de la dépendance, la décadence, et surtout la dépendance avec les autres, qu'est-ce qu'on va faire si on se casse ? »</i>
Prévention possible des fractures.	14 RC « <i>ce qu'ils connaissent, bein ils connaissent ce qu'on leur en dit hein ! une bonne prévention, ça évite des problèmes quoi »</i>
Déni de l'OP mais réalité de la fracture présente.	09 TM « <i>Pour eux c'est la fracture qui est une maladie, ce n'est pas l'ostéoporose qui est derrière »</i>
Lien pas toujours évident entre OP et fracture.	<p>16 ML « <i>je ne pense pas qu'ils fassent bien le lien avec les tassements vertébraux, les fractures de fémur »</i></p> <p>08 CM « <i>elles n'ont pas vraiment conscience du risque fracturaire et de ce que peut... .. des conséquences d'une fracture du col du fémur ou d'un tassement vertébral »</i></p>

Les connaissances sur le traitement seraient les suivantes :

Occurrences	Verbatim
Supplémentation vitaminocalcique voire autre chose.	05 JB « <i>Ca ils savent qu'il faut prendre du calcium, voilà, des comprimés</i> » 10 PW « <i>qu'il faudrait effectivement, prendre du calcium et de la vitamine D et un autre produit qui empêche ça, ça, ils savent ça !</i> »
Dangerosité des traitements proposés.	04 SR « <i>pour certaines, elles savent qu'il y a des médicaments qui sont dangereux, elles ont retenu ça, avec plein d'effets secondaires</i> »

5.2.5.2 Les attentes des patients

Les patients attendraient de l'information et une prise en charge venant spontanément de leur médecin.

Occurrences	Verbatim
Propositions à l'initiative du médecin	08 CM « <i>en prévention globale, pas forcément sur l'ostéoporose, je pense que les patients attendent qu'on leur propose et attendent que ça vienne de nous</i> » 02 XM « <i>bah ils attendent qu'on s'en occupe au même titre que tout le reste quoi !(...) pour les gens qui font de la prévention comme j'essaye d'en faire, bon bein ils attendent effectivement que nous on s'en charge</i> »
Information sur la définition.	09 TM « <i>ce qu'ils attendent c'est qu'on les informe, c'est-à-dire qu'on déballe bien le problème de l'ostéoporose dans le décours d'un</i>

	<i>évènement brutal pour eux, qu'on mette le doigt sur l'ostéoporose, qu'on commence à les informer de ce qu'est l'ostéoporose, que l'ostéoporose est responsable de ce qu'ils ont subi, y compris son caractère douloureux »</i>
Information sur la prévention.	16 ML « <i>ah oui je pense qu'ils attendent beaucoup de nous, enfin, de l'information, surtout ! (...) qu'on leur explique ce que c'est et faire de la prévention. Oui parce qu'effectivement, ceux qui sont dans la démarche prévention, ils sont intéressés mais ils ne savent peut-être pas quelle prévention faire »</i>
Une écoute de qualité	04 SR « <i>de l'écoute oui, c'est général... mais c'est une écoute sur le problème du moment qui est cette prise en charge de la ménopause »</i>

Comme pour toute pathologie, une prise en charge globale serait souhaitée par les patients.

Occurrences	Verbatim
Prise en charge analogue à celle des autres maladies.	06 DA « <i>comme les autres maladies, le conseil, des explications et un suivi »</i>
Un traitement efficace et sans iatrogénie.	14 RC « <i>ce que les patients attendent ? eh bien, on traite efficacement, s'il faut traiter, en évitant les effets secondaires voilà je crois que j'ai résumé les choses. »</i> 07 TP « <i>ils attendent d'être les moins emmerdés possibles par leur maladie, ou par leur évolution naturelle, ça c'est sûr, d'avoir une solution</i>

	<i>pratique qui ne les gêne pas, ça c'est certain c'est tout ce qu'ils veulent. »</i>
Des solutions pour bien vieillir.	<p>01 PP « <i>je veux dire c'est dans le non-dit, ils attendent ça parce qu'ils attendent oui que je les mette dans la meilleure situation possible pour bien vieillir »</i></p> <p>11 JC « <i>ils attendent surtout de leur médecin, qu'à 80 ans, ils soient encore comme à 20 ans, et qu'on leur apporte la vie éternelle donc ça passe peut être par le traitement de l'ostéoporose et aussi par beaucoup d'autres choses ! »</i></p>

Les patients n'attendraient rien de leur médecin généraliste selon d'autres médecins.

Occurrence	Verbatim
Aucune attente particulière.	<p>03 PW « <i>je pense qu'ils n'attendent rien de spécial hein, non non je pense qu'ils n'attendent rien de spécial, ils attendent de ne pas se casser quelque chose, maintenant est ce qu'ils attendent de nous ou de quelqu'un d'autre j'en sais rien... mmmh non, je n'ai pas d'idées. »</i></p> <p>05 JB « <i>bein je pense qu'ils n'attendent pas parce qu'ils ne connaissent pas trop cette maladie, donc ils n'attendent pas forcément quelque chose »</i></p> <p>10 PW « <i>je ne ressens pas vraiment une attente particulière hein »</i></p>

PROJECTION DES REPRESENTATIONS DES PATIENTS

Le niveau de connaissance des patients serait variable selon le sexe, l'âge, et l'intérêt porté à la maladie.

Internet la télévision, les revues féminines, le gynécologue ou l'entourage seraient leurs sources d'information.

Peu d'importance serait attachée à l'ostéoporose. La fracture serait la maladie et non pas l'expression de l'OP. En cas de fracture l'intérêt pour l'OP augmenterait.

L'estimation du niveau de gravité serait variable. Certains penseraient que l'OP ne serait pas grave, pour d'autres elle serait grave, et en lien avec une peur de vieillir.

Les patients auraient des **idées erronées sur l'OP** : douloureuse et confondue avec l'arthrose. L'activité physique serait un facteur de risque de fracture.

L'ostéoporose serait **due à un manque de calcium dans les os. Elle entraînerait des fractures** et une dépendance. Il était difficile de concevoir que la maladie était l'ostéoporose et non la fracture. Une prévention pourrait éviter les fractures.

Il existerait une supplémentation vitamino-calcique et un traitement spécifique de l'ostéoporose. Les traitements seraient dangereux.

Les patients attendraient une démarche d'information et de prévention à l'initiative du médecin, une prise en charge et un traitement optimal dans leur démarche du « bien vieillir ». Pour d'autres médecins, les patients n'attendraient rien de leur médecin.

6 DISCUSSION

La discussion des résultats du travail présenté sera proposée selon les grands chapitres suivants : généralités sur l'OP, prévention, diagnostic, traitement, et projection des professionnels sur ce que les patients se représentent. Ils seront discutés par rapport à la littérature. Dans ce chapitre également seront présentés les résultats inédits de ce travail, ceux dont nous n'avons pas retrouvé de traces dans la littérature.

L'imparfait sera utilisé pour évoquer les résultats retrouvés dans notre travail, le présent servira pour la discussion des résultats à proprement parler.

Généralités :

« Ostéoporose » était le plus souvent associé à la fracture, au sexe féminin ou à la ménopause et à la personne âgée, aucun médecin ne cite l'**ostéodensitométrie** bien qu'elle apparaisse ensuite au cours des entretiens.

Concernant les représentations générales de l'OP chez les médecins généralistes deux notions n'ont pas été retrouvées dans la littérature :

- La notion de douleur associée à l'OP (en dehors d'un évènement fracturaire caractérisé)
- La difficulté du médecin à trouver la limite entre vieillissement normal et pathologique. Cet aspect-là était d'ailleurs soulevé comme une difficulté de prise en charge, car du fait de ce continuum physiologique/pathologique, les médecins ne savaient pas quand la considérer comme une pathologie à traiter.

Les médecins généralistes s'intéressaient inégalement à l'OP. Certains médecins pensaient qu'elle était importante à prendre en charge en raison des complications potentielles liées à un évènement fracturaire. D'autres trouvaient inutile de la prendre en charge mais leurs arguments semblaient plus fondés sur leur propre pratique que sur des preuves scientifiques. L'OP est une maladie importante à prendre en charge pour 70% des médecins australiens. (31)

Seuls les médecins généralistes, les gynécologues et les rhumatologues pouvaient intervenir dans la prise en charge de l'OP. Une collaboration avec les endocrinologues ou les chirurgiens orthopédiques a été également citée dans la littérature. (32,33 , 34)

Une meilleure collaboration entre spécialistes pourrait améliorer la prise en charge de l'OP. Les médecins généralistes qui n'assuraient pas le suivi gynécologique de leurs patientes se sentaient moins impliqués dans la prise en charge de l'OP. Le gynécologue étant en libre consultation en France, les

femmes peuvent avoir un suivi parallèle à leur suivi chez leur médecin traitant, et les médecins généralistes n'ont alors pas de retour de la part du gynécologue. Cela peut compliquer la prise en charge de l'OP car le médecin qui est en charge l'OP n'est pas défini : qui doit penser à prescrire l'ostéodensitométrie ? Qui doit se charger de la prévention de l'OP et d'une éventuelle supplémentation vitamino-calcique ? Les gynécologues sont bien impliqués dans la prise en charge de l'OP et initient volontiers une supplémentation vitamino calcique ou des traitements spécifiques. (35) Le fait qu'aucune spécialité médicale ne soit désignée comme responsable de la prise en charge de l'OP, est un frein à la bonne prise en charge de l'OP. Celle-ci doit être une priorité pour les chirurgiens orthopédiques et les médecins généralistes. (32) Si dans les suites d'une fracture du poignet, les chirurgiens orthopédiques demandent au médecin généraliste de rechercher une OP et informent le patient qu'ils ont un risque d'OP, l'investigation des patients à risque augmenterait de 33% à 65%. (33)

Prévention

Il est difficile de savoir si une éducation aux facteurs de risques spécifiques à l'OP est réellement réalisée pendant la consultation. Les médecins disaient que pour prévenir l'OP ils éduquaient leurs patients aux règles hygiéno-diététiques. Ils semblaient leur donner des règles hygiéno-diététiques générales, toutes pathologies confondues, sans forcément préciser ce qui pouvait spécifiquement prévenir l'OP.

Les médecins avaient des difficultés à définir l'OP : maladie ou facteur de risque de fracture ? Ils ne l'envisageaient pas comme un continuum. Une confusion apparaissait clairement entre prise en charge et prévention. Quand il s'agissait de la prévention de l'OP certains médecins parlaient de règles hygiéno-diététiques pour prévenir l'apparition de l'ostéoporose, d'autres de traitement pour prévenir l'apparition d'une fracture, et d'autres encore d'ostéodensitométrie pour dépister une OP et prévenir le risque de fracture. Cela entraînait une nouvelle confusion : la supplémentation en calcium et vitamine D est-elle une prévention ou un traitement de l'OP ? Ces difficultés de définitions, n'ont pas été retrouvées dans la lecture de la littérature.

Certains médecins discutaient du traitement hormonal substitutif dans la prévention de l'ostéoporose, il n'est pas recommandé de prescrire de manière systématique un traitement hormonal substitutif à la survenue de la ménopause avec comme seul objectif la préservation du capital osseux ou la prévention des fractures. Les études sur l'évolution de la densité minérale osseuse après arrêt du traitement sont discordantes et aucune étude ne démontre l'efficacité à long terme du THS sur l'épargne fracturaire (après arrêt du traitement). (36)

L'une des principales difficultés soulevées pour la mise en place de la prévention de l'OP était de l'évoquer et de prendre le temps nécessaire. Les médecins généralistes canadiens disent que le temps des consultations est limité. Les multiples demandes des patients ne laissent pas de place à la prévention en général, à plus forte raison, celle de l'OP. Les problèmes d'OP ne sont soulevés qu'en cas de fracture. (37)

Les attentes pour l'amélioration de la prévention de l'ostéoporose étaient de sensibiliser la population à cette maladie. Sensibilisée, elle serait plus apte à l'aborder en consultation, et alors, sollicités, les médecins se sentiraient concernés ou impliqués. Les médecins canadiens trouvent que les médias ne ciblent pas de manière pertinente leurs messages sur l'OP. En conséquence les demandes des patients ne le sont pas non plus. Ils souhaitent l'édition de brochure pour sensibiliser les patients à l'ostéodensitométrie, aux facteurs de risque, et à la supplémentation calcique. (37)

Diagnostic

Il existait un grand questionnement sur la nécessité du dosage de la vitamine D, les médecins attendaient un consensus sur les indications de ce dosage. Devant l'absence de recommandations de bonnes pratiques établies pertinentes sur le dosage de la vitamine D, son remboursement est désormais limité aux situations suivantes : suspicion de rachitisme, suspicion d'ostéomalacie, suivi de l'adulte transplanté rénal, avant et après chirurgie bariatrique, évaluation et prise en charge des personnes âgées sujettes aux chutes à répétition, respect des résumés des caractéristiques des produits des médicaments préconisant ce dosage. (38) Dans le cas des personnes à risque de fracture, la HAS recommande des études visant à confirmer l'existence d'une valeur seuil utile à la décision thérapeutique. (39)

Il semblait essentiel d'affirmer le diagnostic avec l'appui d'une ostéodensitométrie avant de débiter un traitement. En fonction des études retrouvées, les médecins pensent que l'ostéodensitométrie est l'examen clé du diagnostic (40, 41, 42) ou qu'elle n'est pas toujours nécessaire pour débiter un traitement anti ostéoporotique, surtout dans les suites d'une fracture (43, 44) .

Les médecins ne savaient pas à quel rythme ils devaient répéter l'ostéodensitométrie, notamment en cas d'examen normal ou subnormal, ou pour la surveillance de l'efficacité d'un traitement anti ostéoporotique. Ces difficultés ont déjà été soulevées par des médecins canadiens. (37) Il n'y a pas d'indication à réaliser d'ostéodensitométrie de manière systématique après la ménopause. Elle n'est utile ni pour suivre l'efficacité du traitement ostéoporotique, ni pour apprécier son observance. (4)

Pour certains médecins l'accès à l'ostéodensitométrie était facile, pour d'autres il restait difficile avec un délai de rendez-vous relativement important ou un éloignement des centres proposant l'examen. La difficulté d'accès était aussi expliquée par le coût de l'examen, pas toujours remboursé. L'inaccessibilité et les coûts élevés de l'ostéodensitométrie sont des raisons de sous diagnostic de l'OP pour la moitié des médecins de Hong Kong. La densité d'ostéodensitomètre y est de 3.6/ million d'habitants. (42) En France, en 2011 il y avait 29.1 ostéodensitomètre/ million d'habitant, ce qui les plaçait au 3^{ème} rang Européen, égalité avec l'Allemagne. (22) L'ostéodensitométrie biphotonique est prise en charge par l'assurance maladie sur prescription médicale et pour les seuls patients à risques. Elle est remboursée à 70 % sur la base d'un tarif fixé à 39,96 €. (45)

Certains médecins souhaitaient rendre le dépistage de l'OP systématique pour surmonter les difficultés de mémorisation des critères de remboursement et d'y penser au bon moment. L'examen serait remboursé et ainsi mieux accepté par le patient. Certains pays, ont franchi le pas, comme aux Etats Unis où l'ostéodensitométrie est systématique chez toutes les femmes après 65 ans. (46)

Certains médecins doutaient de la relation entre les résultats donnés par l'ostéodensitométrie et le risque de fracture. Une densité minérale osseuse basse est un facteur prédictif du fort risque de fracture ostéoporotique et de fracture de hanche, à la fois chez l'homme et chez la femme. (47)

Seul un médecin avait évoqué l'outil FRAX au cours des entretiens. Celui-ci disait qu'il ne s'en servait plus car il n'avait pas compris son utilisation. En effet, l'outil FRAX rendait un résultat de probabilité de fracture à 10 ans mais cela ne le renseignait pas sur la nécessité d'un traitement immédiat ou non. Chez 193 médecins belges, un tiers connaît l'outil FRAX. Moins de 20% l'utilisent dans leur pratique clinique quotidienne. Parmi ceux qui l'utilisent, il est largement considéré comme un accessoire mais pas comme un outil essentiel dans le diagnostic ni dans le traitement de l'OP. Il semble qu'une brochure pourrait améliorer la connaissance de l'outil FRAX. (48)

Traitement

A court terme l'objectif des traitements anti ostéoporotiques était de prévenir une nouvelle fracture, sur le plan paraclinique c'était l'amélioration de la densité minérale osseuse, et à long terme c'était l'amélioration de la qualité de vie. Ces mêmes objectifs sont retrouvés dans la littérature. (42)

Les difficultés rencontrées par les médecins étaient les mêmes que celles retrouvées dans la littérature : le manque de connaissance (quel traitement prescrire, quand commencer ?), la iatrogénie, la polymédication des personnes âgées, l'absence de préoccupation des patients à l'OP, la compliance

des patients du fait que la maladie pré-fracturaire soit silencieuse, et le doute quant à l'efficacité des traitements. (31, 37, 43, 32, 49)

Les médecins indiquaient que pour une meilleure adhérence au traitement il fallait sensibiliser le patient, lui expliquer la pathologie en elle-même, et le traitement : ses objectifs, sa durée, et ses effets indésirables. Il a été montré que plus on passe du temps, lors d'une consultation, à l'éducation du patient, et plus les patients sont régulièrement suivis par des professionnels de santé, mieux les traitements anti-ostéoporotiques sont pris. (50,51) Cela est analogue à la prise en charge d'un patient diabétique. Il a été mesuré que l'approche centrée sur le patient était pertinente. Il s'agit d'évoquer avec le patient la partie biomédicale du « disease » des anglo-saxons, lui faire exprimer l'aspect biopsychosocial du « illness » qu'il vit, pour permettre de mieux prévenir les complications du « sickness ». De même l'éducation thérapeutique et ses spécificités ont montré une meilleure implication du patient dans la prise en charge de la pathologie considérée, et une efficacité optimisée du soin. A rappeler que l'Approche Centrée Patient est la compétence centrale de l'apprentissage. (52)

Les recommandations de la HAS éditées en 2006 sont peu claires, et peu applicables à la pratique courante. (4) Les médecins étaient en attente de recommandations simples, avec des arbres décisionnels pragmatiques. Des médecins canadiens évoquent le même souhait : des recommandations actualisées, concises, faciles à utiliser. Ils demandent à ce qu'elles soient développées avec les médecins généralistes pour qu'elles soient facilement appropriables car directement liées à leur pratique ambulatoire en soins primaires. (37)

Que ce soit pour la prévention, pour le diagnostic ou pour le traitement, les médecins étaient souvent dans l'attente de plus de formation. Il était pourtant difficile d'évaluer s'ils étaient dans l'attente d'avoir plus de connaissances ou réellement dans l'attente d'avoir des formations. De plus, demandaient-ils plus de formation parce que la question de leurs attentes était posée ? En effet, l'OP semblait passer au second plan, et ils n'y prêtaient pas toujours attention, et paradoxalement ils semblaient en attendre autant, voire plus que pour d'autres maladies. Si plus de formations au sujet de l'OP étaient proposées, retiendraient elles leur attention ? Prendraient-ils le temps d'y aller, ou auraient-ils d'autres priorités ? En fait les médecins sont peut-être en demande de formation théorique avec une expertise double : celle d'un professionnel spécialiste d'organe, pour la partie savoir, et celle d'un médecin généraliste pour la partie pratique, l'utilisation de ce savoir, adaptée à la pratique ambulatoire.

Projections de ce que les patients se représentent

Ces représentations sont doublement paradoxales. Pour les médecins interrogés, les patients s'intéresseraient peu à l'OP tout en étant dans l'attente d'une prise en charge identique à toute autre maladie. De même les médecins souhaitaient que les patients viennent avec leur propre demande concernant l'OP, tout en imaginant que les patients souhaiteraient que cette démarche fût à l'initiative des médecins.

Les résultats de ce paragraphe seraient à comparer avec l'étude de la représentation de l'ostéoporose chez les patients menée parallèlement, dans le cadre du projet QUALI-OP. Cette comparaison fera l'objet d'une prochaine thèse.

Forces de l'étude :

Aucune étude similaire dans un contexte français n'a été publiée dans la littérature. D'autres études commentaient le manque de connaissances des médecins, mais n'en exploraient pas les raisons sous-jacentes ni leurs attentes. La méthode qualitative a permis de le faire.

Nous avons choisi de réaliser des entretiens individuels. Cela a favorisé la libre expression des professionnels sans qu'ils ne ressentent de jugement de leurs pairs. Utiliser un questionnaire ouvert et favoriser, lors des entretiens, des techniques communicationnelles adaptées ont libéré la parole : plusieurs questionnements ont été spontanément renseignés sans avoir été proposés. L'utilisation de focus groupes, initialement prévue, aurait peut-être favorisé, dans un contexte de parole différent, une dynamique de groupe et permis de recueillir une info complémentaire.

Il n'y a pas de règle établie pour la taille de l'échantillon en recherche qualitative. Elle est déterminée par le recueil d'information. Le principe directeur en est la saturation de données. (53) Son obtention a été favorisée et matérialisée par le codage et l'utilisation du logiciel N'Vivo.

Limites de l'étude

Biais de sélection : Les médecins qui ont accepté de participer aux entretiens individuels n'avaient aucune gêne pour parler de leurs pratiques, ou étaient peut-être plus intéressés par le sujet voire « révoltés ». D'autres avaient également accepté de participer à l'étude pour aider un futur confrère à réaliser son travail. En recherche qualitative, la représentativité de l'échantillon n'a pas de sens. C'est sa diversité qui est pertinente. Elle permettra de satisfaire à l'essentiel, c'est à dire la saturation des données. Son principe repose sur l'exhaustivité du recueil des occurrences, non la mesure de leur fréquence d'expression.

Biais lié à l'entretien individuel en soi : bien qu'il soit expliqué avant l'entretien que celui-ci n'est pas une évaluation de pratiques professionnelles, il se peut que le médecin interrogé puisse considérer qu'il s'agisse d'un test de connaissances. Pour contrer ce biais, la problématique de la recherche n'est pas divulguée au participant avant l'entretien. Seule une idée très générale de sa thématique lui est dévoilée en vue de son recrutement. Une étude Anglaise a montré que les entretiens semi-dirigés avec des pairs, pouvait entraîner des problèmes méthodologiques qui ont des implications importantes dans les études qualitatives. (54) Le recueil des données a certes les limites du déclaratif. Mais les techniques d'entretien étant celles de l'écoute active, la recherche et l'obtention de la congruence en préservent voire garantissent l'authenticité. La plus grande neutralité possible des reformulations, comme les questions ouvertes, ont été utilisées pour garantir toute absence de jugement sur les propos tenus, favoriser l'émergence des occurrences, sans essayer de les induire.

Enfin, les médecins ayant tous une activité professionnelle intense, et l'entretien étant chronophage, il a fallu veiller à respecter le temps imparti, fréquemment voisin d'une demi-heure.

7 CONCLUSION

La prise en charge actuelle de l'ostéoporose (OP) en soins primaires n'est ni optimale, ni systématique. Il en résulte des coûts humains et sociétaux importants. L'association de mesures hygiéno-diététiques, de supplémentation vitamino calciques et des traitements médicamenteux a montré son efficacité sur la réduction du risque fracturaire. Pour tenter d'expliquer l'inadéquation entre pratiques et recommandations, nous nous sommes intéressés aux connaissances et représentations des médecins généralistes concernant l'OP et sa prise en charge.

Cette étude qualitative a été réalisée par des entretiens individuels semi-dirigés, auprès de 16 médecins généralistes du Rhône entre juin 2014 et janvier 2015.

Les représentations de l'OP et de sa prise en charge étaient proches des définitions et des recommandations connues. Il restait difficile de définir la limite entre vieillissement osseux normal et pathologique et à statuer sur le caractère douloureux ou non de la maladie.

Savoir si l'OP était une maladie ou un facteur de risque de fracture était un questionnement non résolu. En conséquence, sa prévention, son dépistage, son diagnostic et / ou son traitement demeuraient difficiles à conceptualiser et à appréhender. Cette difficulté d'appropriation n'encourageait pas les professionnels de soins primaires à s'impliquer.

Ils s'intéressaient inégalement à ce sujet. Ils étaient conscients qu'elle était génératrice de fractures. Celles-ci avaient des conséquences possiblement graves comme la douleur, la perte d'autonomie, voire le décès. Mais l'OP était souvent considérée comme moins grave que d'autres maladies, notamment les maladies cardiovasculaires. Elle était reléguée au deuxième plan, d'autant plus chez les patients de sexe masculin chez qui elle était encore plus rare et oubliée des professionnels.

Les difficultés dans cette prise en charge étaient d'abord d'y penser lors de la consultation, et alors de prendre le temps de l'évoquer. Les médecins ne savaient pas toujours à quel moment prescrire une ostéodensitométrie surtout en cas d'éventuel deuxième examen. Le suivi des patients ostéoporotiques ou à risque d'ostéoporose était flou et mal codifié. L'outil FRAX ne semblait pas maîtrisé. L'accès à l'ostéodensitométrie restait parfois difficile.

La prescription d'un traitement spécifique à l'OP semblait être la difficulté majeure. Il apparaissait difficile de traiter cette pathologie silencieuse au long cours car les patients ne pouvaient pas mesurer les bienfaits de cette prise médicamenteuse contraignante et iatrogène. D'autant plus que les médecins n'étaient pas toujours convaincus de l'efficacité des traitements.

Pour améliorer la prise en charge de l'OP, les entretiens laissaient apparaître 3 axes:

-Parfaire leurs connaissances et leurs mises en pratique : ils souhaitaient plus de formation sur le sujet et attendaient l'édition de recommandations pragmatiques faciles à utiliser.

-Sensibiliser la population à l'OP : pour que le patient vienne avec la demande de prise en charge. De plus un patient sensibilisé et convaincu de l'intérêt de se traiter sera plus observant au traitement prescrit. Certains médecins souhaitaient également que leurs pairs soient plus convaincus afin de pouvoir délivrer un message professionnel unitaire.

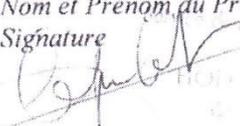
- Elargir les indications de l'ostéodensitométrie : que l'OP devienne une pathologie à dépistage systématique, et plus accessible à tous.

Les médecins souhaitaient que les patients viennent avec une demande ou une plainte concernant l'OP. Paradoxalement, ils pensaient que les patients souhaitaient que son abord vienne du médecin.

Il existait une ambivalence chez les médecins : certains n'éprouvaient pas tant de difficulté dans la prise en charge de l'OP ou n'avaient pas d'attentes particulières.

Associer ces résultats à ceux concernant les représentations de l'OP chez les patients, pourrait permettre de mieux comprendre les attentes conjointes des patients et des médecins généralistes. Cela pourrait permettre d'améliorer la communication autour de l'OP et ainsi d'en améliorer sa prise en charge.

Le Président de la thèse,
Nom et Prénom du Président
Signature

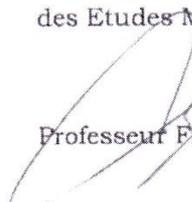

Vu et permis d'imprimer
Lyon, le **13 AVR. 2015**

VU :
Le Doyen de la Faculté de Médecine
Lyon-Est


Professeur Jérôme ETIENNE



VU :
Pour Le Président de l'Université
Le Président du Comité de Coordination
des Etudes Médicales


Professeur François-Noël GILLY



SERMENT D'HIPPOCRATE

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement la vie ni ne provoquerai délibérément la mort.

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé si j'y manque.

8 BIBLIOGRAPHIE

- 1 Kanis JA, McCloskey EV, Johansson H, Oden A, Melton LJ 3rd, Khaltsev N. A reference standard for the description of osteoporosis. *Bone*. 2008 mars;42(3) :467-75
- 2 Giangregorio L, Papaioannou A, Cranney A, Zytaruk N, Adachi JD. Fragility fractures and the osteoporosis care gap : an international phenomenon. *Semin. ArthritisRheum*. 2006 avr ;35(5) :293-305
- 3 Siris ES, GeHlback S, Adachi JD et Al. Failure to perceive increased risk of fracture in women 55 years and older : the Global Longitudinal Study of Osteoporosis in Women (GLOW). *Osteoporos Int*. 2011 Jan;22(1):27-35
- 4 HAS (Haute Autorité de Santé) Prévention, diagnostic et traitement de l'ostéoporose Juillet 2006 [en ligne] http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/osteoporose_synthese.pdf consulté le 16/03/2015
- 5 Melton LJ, Amadio PC, Crowson CS, O'Fallon WM Long-Term Trends in the Incidence of Distal Forearm Fractures. *Osteoporos Int* (1998) 8:341–348
- 6 Ström O, Borgström F, Kanis JA et Al, Osteoporosis: burden, health care provision and opportunities in the EU a report prepared in collaboration with the International Osteoporosis Foundation (IOF) and the European Federation of Pharmaceutical Industry Associations (EFPIA). *Arch Osteoporos*. 2011;6(1-2):59-155
- 7 Legrand E, Bouvard B, Hoppé E. Ostéoporose : Combien de temps traiter ? *La Revue du Praticien médecine générale*. 2012;26:287-292
- 8 Cranney A, Tugwell P, Adachi J et Al Meta-analyses of therapies for postmenopausal osteoporosis. III. Meta-analysis of risedronate for the treatment of postmenopausal osteoporosis. *Endocr Rev*. 2002 Aug;23(4):517-23
- 9 Briot K, Cortet B, Thomas T et Al Actualisation 2012 des recommandations françaises du traitement médicamenteux de l'ostéoporose post-ménopausique *Joint Bone Spine*. 2012 May;79(3):304-13
- 10 HAS (Haute Autorité de Santé) Avis sur les médicaments [en ligne] http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2008305/en/fosamax consulté le 19/03/2015
- 11 HAS (Haute Autorité de Santé) Avis sur les médicaments [en ligne] http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1016648/en/actonel consulté le 19/03/2015
- 12 HAS (Haute Autorité de Santé) Avis sur les médicaments [en ligne] http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1051914/fr/etidronate-sandoz consulté le 19/03/2015
- 13 HAS (Haute Autorité de Santé) Avis sur les médicaments [en ligne] http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1016644/fr/bonviva consulté le 19/03/2015
- 14 HAS (Haute Autorité de Santé) Avis sur les médicaments [en ligne]: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1701315/fr/zometa consulté le 19/03/2015
- 15 HAS (Haute Autorité de Santé) Avis sur les médicaments [en ligne] http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1335880/en/evista consulté le 19/03/2015
- 16 HAS (Haute Autorité de Santé) Avis sur les médicaments [en ligne] http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1761869/fr/protelos-ranelate-de-strontium-anti-osteoporotique consulté le 19/03/2015
- 17 HAS (Haute Autorité de Santé) Avis sur les médicaments [en ligne] Disponible à partir de : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1766733/fr/forsteo consulté le 19/03/2015
- 18 HAS (Haute Autorité de Santé) Avis sur les médicaments [en ligne] http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1172413/en/prolia consulté le 19/03/2015
- 19 Leslie WD, Giangregorio LM, Yogendran M et Al. A population-based analysis of the post-fracture care gap 1996-2008: the situation is not improving. *Osteoporos Int* 2012 May;23(5):1623-9
- 20 Leslie WD, LaBine L, Klassen P, Dreilich D, Caetano PA. Closing the gap in postfracture care at the population level: a randomized controlled trial. *CMAJ*. 2012 Feb 21;184(3):290-6

- 21 Anaes (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé) Diagnostic de l'ostéoporose en rhumatologie chez les femmes ménopausées Juillet 2004 [en ligne] <http://www.grio.org/documents/rcd-6-1263309974.pdf> Consulté le 10/02/2015
- 22 Svedbom A, Hernlund E, Ivergård M Osteoporosis in the European Union: a compendium of country-specific reports. Arch Osteoporos. 2013;8(1-2):137
- 23 Dell R, Greene D. Is Osteoporosis Disease Management Cost Effective? Curr Osteoporos Rep (2010) 8:49–55
- 24 Ström O, Borgström F, Sen SS et Al. Cost-effectiveness of alendronate in the treatment of postmenopausal women in 9 European countries - an economic evaluation based on the fracture intervention trial. Osteoporos Int. 2007 Aug;18(8):1047-61
- 25 Curran D, Maravic M, Kiefer P, Tochon V, Fardellone P. Epidemiology of osteoporosis-related fractures in France: a literature review. Joint Bone Spine. 2010 Dec;77(6):546-51
- 26 Maravic M, Le Bihan C, Landais P, Fardellone P. Incidence and cost of osteoporotic fractures in France during 2001. A methodological approach by the national hospital database. Osteoporos Int. 2005 Dec;16(12):1475-80
- 27 Kani Konaté M, Sidibé A. Extraits de guides pour la recherche qualitative. Réseau Ouest et Centre Africain de Recherche en Education (ROCARE) [en ligne] <http://www.ernwaca.org/panaf/RQ/fr/index.php> Consulté le 10/02/2015
- 28 Moreau A, Dediane M, Letrilliart L, Le Goaziou MF, Labarere J, Terra JL. S'approprier la méthode du focus group. La Revue du praticien- Médecine Générale. Tome 14. 2004 Mar 15;p382–4
- 29 CNGE. Guide méthodologique pour réaliser une thèse qualitative. 2013 [en ligne] <http://www.nice.cnge.fr/IMG/pdf/GMTQuali.pdf> Consulté le 10/02/2015
- 30 Pires A. Échantillonnage et recherche qualitative : essai théorique et méthodologique 1997 [en ligne]. http://classiques.uqac.ca/contemporains/pires_alvaro/echantillonnage_recherche_qualitative/echantillon_recherche_qual.pdf Consulté le 10/02/2015
- 31 Levinson M.R., Clay F.J. Barriers to the implementation of evidence in osteoporosis treatment in hip fracture. Intern Med J. 2009 Mar;39(3):199-202
- 32 Giammattei F, Giammattei J, Howland V. Physician Follow up care for osteoporosis after fragility fractures Phys Sportsmed. 2009 Dec;37(4):62-7
- 33 Chami G, Jeys L, Freudmann M, Connor L, Siddiqi M. Are osteoporotic fractures being adequately investigated? A questionnaire of GP & orthopaedic surgeons. BMC Fam Pract. 2006 Feb 7;7:7
- 34 Chenot R, Scheidt-Nave C, Gabler S, Kochen MM, Himmel W. German primary care doctors' awareness of osteoporosis and knowledge of national guidelines. Exp Clin Endocrinol Diabetes. 2007 Oct;115(9):584-9
- 35 Rozenberg S, Murillo D, Gevers R, Vandromme J. Propensity of gynaecologists towards osteoporosis management and treatment. Maturitas. 2006 Mar 20;53(4):483-8
- 36 ANAES (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé) AFSSAPS (Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé) Traitements hormonaux substitutifs de la ménopause ORIENTATIONS GÉNÉRALES CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS 11 mai 2004 [en ligne] http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/th_s_rapport_final_corrige_mtev_-_orientations_generales_2006_10_25_15_41_5_415.pdf Consulté le 10/02/2015
- 37 Jaglal SB, Carroll J, Hawker G, et Al. How are family physicians managing osteoporosis? Qualitative study of their experiences and educational needs Can Fam Physician. 2003 Apr;49:462-8
- 38 Journal Officiel de la République Française, 14 aout 2014 texte 13/96 2004 [en ligne] <http://www.grio.org/documents/actualites-professionnelles-250-1409676232.pdf> Consulté le 19/02/2015
- 39 HAS (Haute Autorité de Santé) Communiqué de Presse. La HAS ne reconnaît pas d'utilité au dosage de vitamine D en routine 30 octobre 2013 [en ligne] http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1670152/fr/la-has-ne-reconnait-pas-dutilite-au-dosage-de-vitamine-d-en-routine Consulté le 19/02/2015
- 40 Neuner JM, Schapira MM. The Importance of Physicians' Risk Perception in Osteoporosis Treatment Decision Making. J Clin Densitom. 2012 Jan-Mar;15(1):49-54

- 41 Weiss TW, Siris ES, Barrett-Connor E, Miller PD, McHorney CA. Osteoporosis practice patterns in 2006 among primary care physicians participating in the NORA study. *Osteoporos Int.* 2007 Nov;18(11):1473-80
- 42 Ip TP, Lam CL, Kung AW. Awareness of osteoporosis among physicians in China. *Osteoporos Int.* 2004 Apr;15(4):329-34
- 43 Simonelli C, Killeen K, Mehle S, Swanson L. Barriers to Osteoporosis Identification and Treatment Among Primary Care Physicians and Orthopedic Surgeons. *Mayo Clin Proc.* 2002 Apr;77(4):334-8
- 44 Ioannidis G, Thabane L, Gafni A, et Al. Optimizing care in osteoporosis: The Canadian quality circle project. *BMC Musculoskelet Disord.* 2008 Oct 1;9:130
- 45 L'assurance maladie. L'ostéodensitométrie. Mis à jour le 4 octobre 2010 [en ligne] <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/vous-former-et-vous-informer/prevention-prise-en-charge-par-l-assurance-maladie/l-osteodensitometrie.php> consulté le 05/03/2015
- 46 AACE Guidelines. American Association of Clinical Endocrinologists medical guidelines for clinical practice for the diagnosis and treatment of postmenopausal osteoporosis. November/Decembre 2010/ [en ligne] <https://www.aace.com/files/osteo-guidelines-2010.pdf> consulté le 05/03/2015
- 47 Johnell O, Kanis JA, Oden A, et Al. Predictive value of BMD for hip and other fractures. *J Bone Miner Res* 2005 Jul;20(7):1185-94
- 48 Bruyère O, Nicolet D, Compère S et Al. Perception, knowledge, and use by general practitioners of Belgium of a new WHO tool (FRAX) to assess the 10-year probability of fracture. *Rheumatol Int.* 2013 Apr;33(4):979-83
- 49 de Bekker-Grob EW, Essink-Bot ML, Meering WJ, Koes BW, Steyerberg EW. Preferences of GPs and Patients for Preventive Osteoporosis Drug Treatment: A Discrete-Choice Experiment. *Pharmacoeconomics.* 2009;27(3):211-9
- 50 Gasparik A. Clinical setting influences patterns of interaction between osteoporosis patient and physician. *Calcif Tissue Int.* 2014 Aug;95(2):122-4
- 51 Gleeson T, Iversen MD, Avorn J. Interventions to improve adherence and persistence with osteoporosis medications: a systematic literature review. *Osteoporos Int.* 2009 Dec;20(12):2127-34
- 52 Moreau A, Kellou N, Supper I et Al. L'approche centrée patient : un concept adapté à la prise en charge éducative du patient diabétique de type 2. *Exercer* 2013;110:268-77
- 53 Denise F. Polit ; Cheryl Tatano Beck *Essentials of Nursing Research: Methods, Appraisal, & Utilization - 6th edition* Philadelphia. Lippincott Williams & Wilkins, 2006
- 54 Coar L, Sim J. Interviewing one's peers: methodological issues in a study of health professionals. *Health Care.* 2006 Dec;24(4):251-6

Annexe 1

FICHE D'INFORMATION

Numéro identifiant /__/_/-/_/_/ (numéro d'entretien – initiales)

Date de l'entretien /__/_/-/_/_/_/_/

Vous êtes Un Homme

Une Femme

Age : /__/_/ ans

Depuis quelle année êtes-vous installé?

Vous exercez : En cabinet de groupe ou maison médicale

En cabinet seul

En milieu rural

En milieu urbain

Combien faites-vous de visite en maison de retraite par mois ?

Votre cabinet est-il informatisé : OUI NON

Comment vous formez vous ? : FMC

Visiteurs médicaux

Revue

Internet

Autre, comment ?

Vous avez fait une formation supplémentaire type DU/DESC de gériatrie ou rhumatologie ?

NON - OUI laquelle ?

Représentation de la maladie

1- « associations de mots » : quels sont les 3 premiers mots qui vous vient à l'esprit lorsqu'on vous parle d'OP. D'après vous, quelle en est la raison ?

2-**Remémorez-vous le vécu d'un patient** pour sa prise en charge de l'ostéoporose, **racontez** son histoire et sa prise en charge.

3-Quel est pour vous le **profil du patient ostéoporotique** ? (aide : âge, corpulence, antécédents facteurs de risque, contexte diagnostique, relancer sur « et chez l'homme ?)

Prévention

4- La prévention de l'OP, qu'en pensez-vous? (Parlez-vous de l'OP à vos patients femmes? et hommes? Si oui comment ? Si non pourquoi ? Manque de temps, pas trop informé sur OP, pas crucial...)

5- Quelles sont vos attentes en matière de prévention ?
(Des campagnes de sensibilisation grand public, une info par les services de santé auprès des seniors?)

Diagnostic

6-Comment faites-vous le **diagnostic d'OP** ? (Aide : qui diagnostiquer ? quels examens réaliser ? Quelle est la définition de l'ostéoporose, où la trouver ?)

7-Quelles sont vos **difficultés rencontrées pour poser le diagnostic** ? (y penser ? prendre le temps ? manque de connaissance ?)

8-Quelles sont vos **attentes** en vue d'une amélioration ?

Prise en charge thérapeutique

9 -Quelles sont selon vous les étapes de la **prise en charge thérapeutique de l'ostéoporose** ? Quand traiter, par quoi ? Et quelles sont vos difficultés rencontrées (Aide : Après résultat examen ? En prévention après une fracture ? Après avis spécialiste ? Comment peser le rapport bénéfice/risque ? Quel traitement choisi ?)

10 -Quelles sont vos **attentes** pour une meilleure prise en charge thérapeutique ? (aide : formation ? outils ? documents ?)

11- A votre avis quels sont les freins à une bonne observance du traitement ? Et au contraire quels sont les facilitateurs ? (Effets indésirables ?)

12-Quel est l'**objectif du traitement** selon vous ?

Que savent les patients ?

13- Que pensez-vous que les patients connaissent de l'OP ? (représentation de l'OP chez les patients atteints ? et naïfs ? A quel niveau de gravité évaluent-ils l'OP ? comment fait-on le diagnostic ? Comment traite-t-on ?)

14- Que pensez-vous que les patients attendent de leur médecin en matière de prévention et de prise en charge de l'OP ?



ETUDE QUALI-OP

Cher confrère/ consœur,

Interne de médecine générale à Lyon, j'effectue actuellement ma thèse d'exercice sous la direction du Dr Christian DUPRAZ, pour le compte du département universitaire de médecine générale de Lyon 1. Mon travail s'intéresse à l'ostéoporose en médecine générale. Dans ce cadre, je souhaiterais réaliser des entretiens individuels avec des médecins généralistes du Rhône de manière à recueillir leur vécu et leur pratique sur ce sujet pour en retirer une ligne commune. Il ne s'agit pas d'une enquête de pratiques ni d'un audit, mais d'un travail visant à analyser ces pratiques professionnelles pour mieux les formaliser.

Après votre accord, j'organiserai avec vous un rendez-vous pour un entretien sur cette thématique du vécu de votre prise en charge de l'ostéoporose pour une durée d'une demi-heure environ, dans le lieu de votre choix, au cours du 2^{ème} semestre 2014. L'entretien sera enregistré pour l'analyse mais l'ensemble des données sera traitée de manière anonyme. Seriez-vous d'accord pour participer et disponible pour réaliser un entretien à cette période ?

Bien entendu, je vous adresserai par courriel une copie PDF de mon travail de recherche quand il sera achevé, et votre présence à sa soutenance sera la bienvenue.

En vous remerciant d'avoir pris le temps de me lire et en comptant sur votre réponse positive, je vous prie d'agréer Madame, Monsieur l'expression de mes sentiments les meilleurs

Amélie BEDOUET, interne de médecine générale

Si vous souhaitez des renseignements complémentaires concernant cette étude, n'hésitez pas à nous contacter,

☎: 06 99 20 19 23

Cher Confrère ou Consœur,

Je dirige le travail de recherche en Médecine Générale d'Amélie Bédouet pour sa thèse d'exercice, qui vous est présentée ci-dessus.

Je vous remercie de l'avoir bien accueillie et je vous suggère vivement de vous engager à lui répondre par la positive afin de bénéficier de votre expérience professionnelle pour le réaliser.

Si tel était le cas, merci de bien vouloir participer à ce travail de recherche de notre spécialité, la Médecine Générale, dont les résultats bien entendus vous seront adressés avant publication.

D'avance soyez en remercié(e)

Docteur Christian Dupraz

Docteur Christian Dupraz

@ : cdupraz3@gmail.com

Maître de Conférences Associé

Département de Médecine Générale

Université Claude Bernard LYON 1

8 avenue Rockefeller 69008 LYON

Tél : 04 78 77 72 86

✂-----✂-----✂-----

COUPON REPONSE - Etude Quali-OP

Je soussigné(e) Dr (Nom, Prénom), donne mon accord pour participer à l'étude QUALI-OP

Je certifie avoir pris connaissance des conditions de l'étude et compris les informations concernant les objectifs et le déroulement de l'étude QUALI-OP. Il m'a été clairement précisé que j'étais libre d'accepter ou de refuser de participer à cette étude.

Cette étude fait l'objet d'une déclaration à un Comité d'éthique et à la CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés). Conformément aux dispositions de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition à la communication de données couvertes par le secret médical.

Fait à : Date :

Signature

Coupon à retourner à :

Amélie BEDOUET, 15 rue Maryse Bastié 69008 Lyon

Mail: amelie_bedouet@hotmail.com

Tél : 06 99 20 19 23

BEDOUET Amélie

Représentations et connaissances des médecins généralistes concernant l'ostéoporose et sa prise en charge. Etude qualitative à partir de 16 entretiens individuels.

Nbr f. 105 ill . 8 Tab . 62

Th. Méd: Lyon 2015 n°

RESUME :

INTRODUCTION: L'ostéoporose (OP) est une maladie prévalente, génératrice de coûts humains et financiers importants. Cette prévalence est supposée s'accroître avec l'allongement de l'espérance de vie moyenne des populations et de leur vieillissement. Bien que des moyens préventifs et thérapeutiques existent, sa prise en charge est insuffisante. Informer les populations comme les professionnels pour optimiser un dépistage des personnes à risque d'OP pour en réduire la morbidité semble souhaitable.

OBJECTIF : Identifier les connaissances, perceptions, pratiques et difficultés des médecins généralistes concernant la prévention, le diagnostic et le traitement de l'OP.

METHODE : Entretiens individuels semi-dirigés avec des médecins généralistes du Rhône. Analyse thématique avec Nivo avant d'en faire une analyse transversale.

RESULTATS : 16 médecins généralistes ont été interrogés. La prise en charge de l'OP n'était pas une priorité pour eux. Définir si l'OP était une maladie ou un facteur de risque de fracture était une question non résolue. Les difficultés étaient: de penser à l'aborder en consultation, le non remboursement systématique de l'ostéodensitométrie, et le traitement (son observance et sa iatrogénie). Ils étaient dans l'attente de recommandations pragmatiques, d'une sensibilisation de la population à la maladie, et d'un remboursement systématique de l'ostéodensitométrie.

CONCLUSION : Les médecins généralistes du Rhône accordent une faible importance à la prise en charge de l'OP. Une simplification de la prise en charge et une sensibilisation des médecins et des patients semblent nécessaires. L'association de ses résultats à ceux concernant la représentation de l'OP chez les patients pourrait permettre de comprendre les attentes conjointes des médecins généralistes et des patients.

MOT-CLES : ostéoporose - représentation - médecin généraliste

JURY :	Président :	Monsieur le Professeur Roland CHAPURLAT
	Membres :	Madame le Professeur Anne-Marie SCHOTT-PETHELAZ Madame le Professeur Marie FLORI Monsieur le Docteur DUPRAZ
	Membres invités :	Madame le Docteur Julie HAESEBAERT Madame le Docteur Blandine MERLE

DATE DE SOUTENANCE : 5 mai 2015

ADRESSE DE L'AUTEUR: 15 rue Maryse Bastié, 69008 Lyon
amelie_bedouet@hotmail.com