



# SOLUTIONS DE PRÉVENTION DES FRACTURES

 EN FRANCE



Août 2024

### **Experts français :**

Prof. Thierry Thomas, Prof. Bernard Cortet, Prof. Karine Briot, Prof. Julien Paccou

### **Groupe politique IOF-CTF :**

Prof. Assistant Nicholas Fuggle, Prof. Cyrus Cooper (université de Southampton) ; Prof. Kassim Javaid, Prof. assistant Rafael Pinedo-Villanueva (université d'Oxford) ; Prof. assistant Mickael Hiligsmann (université de Maastricht) ; Anastasia Soulié-Mlotek (International Osteoporosis Foundation), Dr Philippe Halbout (International Osteoporosis Foundation)

Rapport rédigé par l'International Osteoporosis Foundation (IOF) sous l'égide de l'initiative Capture the Fracture® (CTF), en collaboration avec des experts français de la santé osseuse.



---

# SOMMAIRE

1

## Résumé

Page 5

2

## Un problème qui gagne de l'ampleur

Page 8

3

## Les réussites et les échecs observés

Page 12

4

## Des solutions existent : recommandations de politique

Page 15

5

## Élaborez votre réponse

Page 17

6

## Bénéfices attendus des FLS

Page 21



---

# RÉSUMÉ

Ce document fournit une évaluation de l'état et des politiques actuels en matière de soins post-fracture, ainsi que des recommandations en phase avec les besoins et les opportunités identifiés par le partenariat Capture the Fracture, en collaboration avec un panel d'experts.

## Les objectifs de ce document sont les suivants :

### **PARTIE 1 - Un problème qui gagne de l'ampleur**

Décrire la charge de plus en plus lourde que représentent les fractures de fragilité en France

### **PARTIE 2 - Les réussites et les échecs observés**

Dresser un état des lieux des initiatives de soins post-fracture, et identifier les axes d'amélioration

### **PARTIE 3 - Des solutions existent : recommandations de politique**

Donner des recommandations de politique pour traiter le problème de l'ostéoporose et des fractures de fragilité, et accompagner leur mise en œuvre

### **PARTIE 4 - Élaborez votre réponse**

Aider les acteurs locaux à prioriser l'ostéoporose et les fractures de fragilité

### **Bénéfices attendus des FLS**

Fournir un rapport détaillé des avantages que présentent les Filières Fractures (Fracture Liaison Service FLS) et des améliorations constatées dans les résultats des patients

## Messages essentiels

*Le fardeau de plus en plus lourd de l'ostéoporose, les lacunes en matière de traitement et l'importance de la prévention secondaire des fractures*

- a. Les fractures de fragilité sont une préoccupation de santé publique majeure en France** et sont associées à un fardeau sanitaire et financier substantiel (et croissant). Environ 500 000 fractures de fragilité ont été comptabilisées en 2019 et les coûts liés à l'ostéoporose ont été estimés à 7 milliards d'euros la même année. Avec une population vieillissante et aucun changement de politique, le nombre de fractures de fragilité devrait augmenter de 26% entre 2019 et 2034.
- b. L'ostéoporose est une maladie qui reste globalement mal diagnostiquée et insuffisamment traitée.** Aujourd'hui, plus de 2 millions de Françaises présentant un haut risque de fracture ne sont pas traitées contre l'ostéoporose, malgré l'existence de traitements sûrs et efficaces. L'amorce du traitement est particulièrement mauvaise chez les patients à haut risque, avec plus des trois quarts des femmes françaises (âgées de 50 ans et plus) qui actuellement, ne bénéficient pas d'une prévention secondaire efficace après une première fracture de fragilité, alors que cette population est la plus susceptible de subir une nouvelle fracture.
- c. La population française manque d'accès aux services de soins post-fracture.** Malgré l'efficacité reconnue des Filières Fractures (Fracture Liaison Service FLS) un modèle de soins post-fracture) dans la réduction du risque de fractures, moins de 10 % des hôpitaux français disposent de FLS. Cela représente une opportunité manquée considérable, car les faits nous montrent que les personnes qui ont eu une fracture sont beaucoup plus susceptibles d'en avoir une autre. Par conséquent, cibler ces personnes pour les traiter dans le cadre de FLS serait une première étape pertinente et produirait de bons résultats.

## Recommandations principales

Même si plusieurs initiatives existent déjà et doivent être améliorées, nous recommandons ce qui suit :

- 1. Développer un discours commun** pour les différents acteurs de l'ostéoporose, intégrer la fragilité osseuse dans le plan de prévention de la perte d'autonomie et obtenir des changements concrets de la part des autorités
- 2. Prioriser les fractures de fragilité** dans la gestion des soins de santé et sensibiliser davantage le public à l'ostéoporose
- 3. Déployer un grand nombre de FLS** ou autres parcours de soins équivalents pour la gestion des patients souffrant d'ostéoporose, afin d'augmenter les taux de dépistage, de diagnostic et de traitement post-fracture

4. **Identifier et partager les meilleures pratiques** au niveau local, pour aboutir à la création d'un parcours de soins optimal pour le patient.

## Résultats attendus du calculateur d'avantages pour la France

L'augmentation de l'utilisation des FLS conduira à :

**Environ 3 132 fractures de fragilité seront évitées au cours des cinq prochaines années**, entraînant des améliorations substantielles de la santé des patients. La réduction simultanée des hospitalisations et des coûts de traitement de l'ostéoporose permettra de réaliser des économies bien plus importantes que celles obtenues par les interventions mises en place pour d'autres maladies chroniques.

**Ces solutions sont très bénéfiques et rentables** pour réduire le fardeau croissant que l'ostéoporose impose aux patients et à la société dans son ensemble.

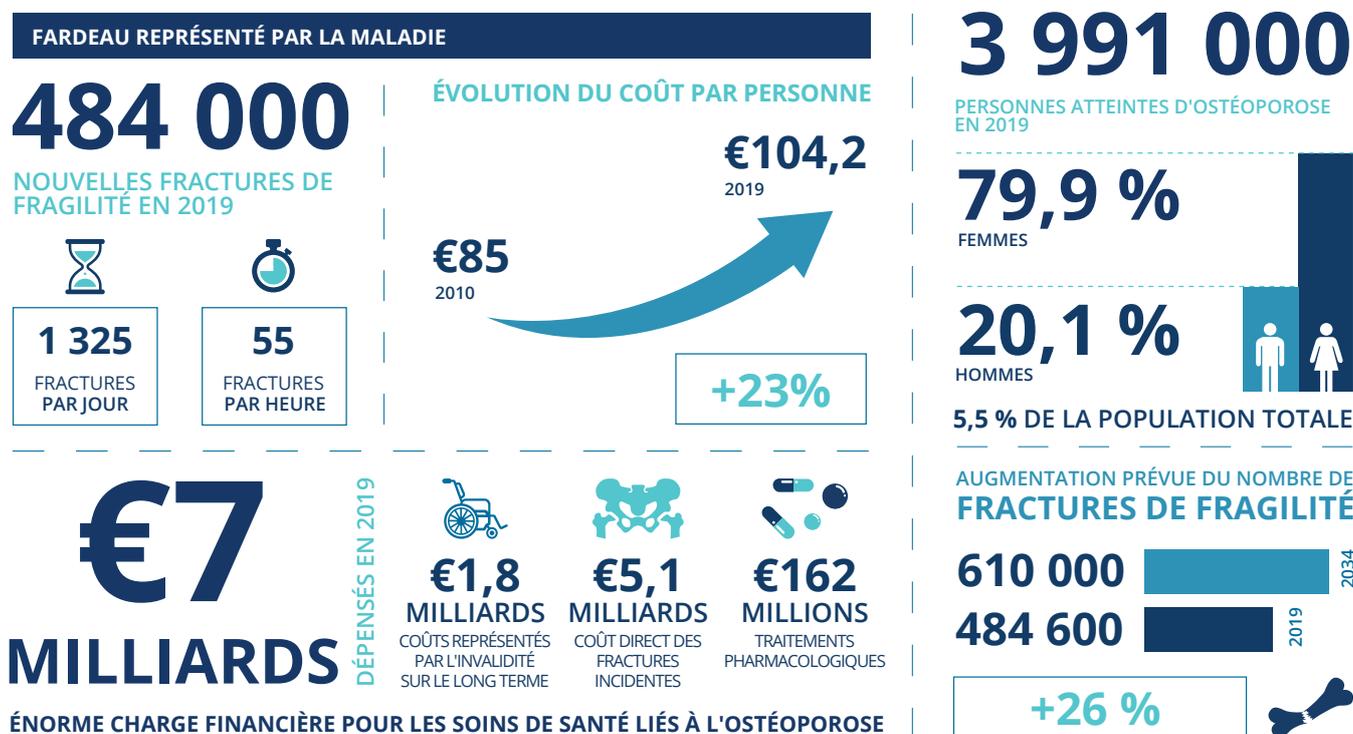


# UN PROBLÈME QUI GAGNE DE L'AMPLEUR

L'ostéoporose est une maladie qui affaiblit et fragilise les os. Elle augmente considérablement le risque de fracture, même après une chute mineure ou le moindre choc. La maladie ne présente aucun symptôme évident et de nombreuses personnes ignorent qu'elles sont atteintes d'ostéoporose jusqu'à ce qu'elles se fassent une fracture.

Figure 1  
Fardeau des fractures liées à l'ostéoporose en France (ScoreCard for Osteoporosis in Europe, 2021)

Ces « fractures de fragilité » ostéoporotiques sont courantes, en particulier chez les personnes âgées. De plus en plus fréquentes, ces fractures peuvent compliquer le quotidien, entraîner des douleurs, handicaper et causer une perte d'autonomie. Elles sont aussi associées à un fardeau financier direct et indirect qui est considérable. La figure 1 synthétise les principales données concernant le fardeau de l'ostéoporose et des fractures en France.



## Les fractures sont fréquentes, avec des conséquences dramatiques pour les patients

L'ostéoporose touche environ une femme sur quatre âgée de plus de 50 ans. La prévalence de l'ostéoporose est élevée chez les personnes de plus de 50 ans, touchant 22,7 % des femmes et 6,9 % des hommes.

FEMMES  
**+50**  
ANS



HOMMES  
**+50**  
ANS



**Les fractures de fragilité constituent un enjeu majeur de santé publique.**

En 2019, environ 500 000 fractures sont survenues en France (environ 1 fracture par minute) et on estime actuellement à 4 millions le nombre de personnes atteintes d'ostéoporose (5,5 % de la population générale).

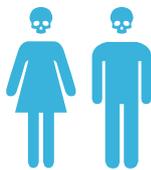
**Les fractures de fragilité sont en augmentation.** L'espérance de vie continuant d'augmenter, l'incidence des fractures de fragilité en France devrait augmenter de 26 % entre 2019 et 2034.

**Les fractures de fragilité augmentent considérablement, voire doublent le risque de subir une nouvelle fracture,** en particulier dans les 24 premiers mois qui suivent. D'après une étude française portant sur plus de 350 000 patients ayant eu une fracture entre 2009 et 2014 (l'étude FRACTOS), 6,3 % d'entre eux ont eu une autre fracture dans les 12 mois qui ont suivi.

**Les fractures de fragilité augmentent les risques de réhospitalisation et sont associées à une mortalité plus élevée.**

Dans l'année qui suit immédiatement l'hospitalisation pour une première fracture, il y a 12,5 % de réhospitalisation. L'étude FRACTOS a estimé à 12,8 % le taux de mortalité toutes causes confondues dans les 12 mois suivant la fracture, avec 5,0 % pour les fractures vertébrales et 16,6 % pour les fractures de la hanche.

TOUTES CAUSES  
CONFONDUES DE  
MORTALITÉ  
DANS LES 12 MOIS  
SUIVANT  
UNE FRACTURE



5 %

FRACTURES  
VERTÉBRALES



16,6 %

FRACTURES  
DE LA HANCHE



**Les fractures de fragilité sont la cause de douleurs, de handicaps et de perte d'autonomie, et ont des répercussions importantes sur la qualité de vie.** En France, on estime que pour 1 000 personnes âgées de plus de 50 ans, 17 années de vie sont perdues à cause de handicaps causés par des fractures de fragilité (années de vie ajustées sur l'incapacité). Pour la France (dans son ensemble), un total de 137 000 années en parfaite santé ont été perdues à cause de fractures de fragilité.

**Les fractures de fragilité figurent parmi les 5 fardeaux les plus lourds en matière de maladies chroniques.** Le bilan des fractures de fragilité en France dépasse celui des maladies pulmonaires obstructives chroniques et des accidents vasculaires cérébraux ischémiques. Par conséquent, l'ostéoporose devrait exiger un investissement financier et une attention politique plus importants.



**PLUS LOURD QUE**

LES MALADIES PULMONAIRES  
LES MALADIES CARDIAQUES  
LES AVC ISCHÉMIQUES

## Impact financier

**Les quatre principaux types de fractures ostéoporotiques représentent un coût important pour la France.** Récemment, dans une étude qui a pour la première fois évalué de manière prospective les coûts totaux liés aux fractures sur 18 mois, les coûts totaux (y compris les coûts initiaux liés à la fracture et de suivi) ont été estimés à 23 926 €, 14 561 € et 6 905 € pour la fracture de la hanche, la fracture vertébrale clinique et la fracture de l'avant-bras distal, respectivement. Les frais liés à une fracture humérale sur un an ont été de 10 319 €.

**Les fractures de fragilité coûtent cher au système de santé.** En 2019, le coût total lié à l'ostéoporose était estimé à 7 milliards d'euros (soit plus de 100 euros par habitant), dont environ 5 milliards pour les coûts directs liés aux fractures incidentes, 1,8 milliard pour coûts liés aux handicaps durables et 162 millions pour les coûts pharmacologiques.

**€6,98  
MILLIARDS** DÉPENSÉS  
EN 2019



**€1,8  
MILLIARD**

SUR LE LONG TERME  
COÛTS REPRÉSENTÉS  
PAR L'INVALIDITÉ



**€5,1  
MILLIARDS**

COÛT DIRECT DES  
FRACTURES INCIDENTES



**€162  
MILLIONS**

TRAITEMENT  
PHARMACOLOGIQUE

**La charge financière s'alourdit.** Les coûts directs des fractures incidentes devraient augmenter de 26 %, pour atteindre près de 9 milliards d'euros d'ici 2030, compte tenu du vieillissement de la population. Ce phénomène sera aggravé par une augmentation de 26 % des fractures de fragilité entre 2019 et 2034.

**Les fractures de fragilité n'affectent pas seulement les finances nationales directement. Elles ont aussi des conséquences indirectes, avec les fractures au sein de la population active et des aidants (famille et proches en âge de travailler qui fournissent des soins supplémentaires).** Bien que la majorité des fractures de fragilité touchent les personnes âgées, 20 % des fractures surviennent avant la retraite. En 2017, un total de 1,5 million arrêts de travail en France concernaient des fractures de fragilité. 138 heures par an pour 1000 aidants et soignants sont consacrées à des personnes ayant subi une fracture de la hanche.



# LES RÉUSSITES ET LES ÉCHECS OBSERVÉS

Nous avons identifié des initiatives prometteuses qui doivent être soutenues, mais aussi certaines défaillances.

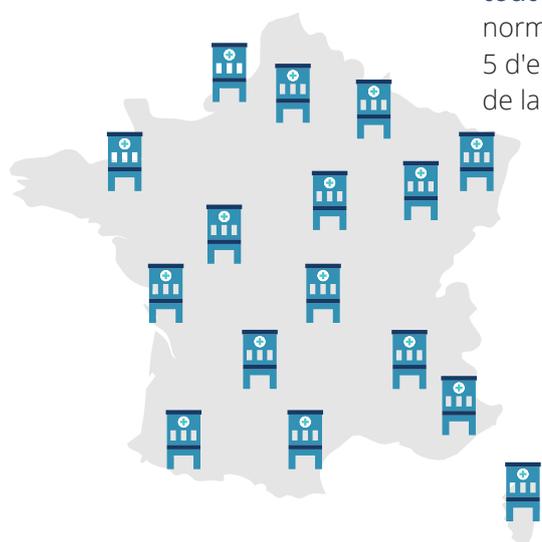
## Des bases solides sur lesquelles construire

**Ma Santé 2022 planifie une stratégie impressionnante en faveur d'une politique de l'ostéoporose**, visant à apporter une vision et des réponses globales aux défis auxquels le système de santé français est confronté. Cependant, les détails relatifs aux soins post-fracture sont absents et globalement, l'ostéoporose n'a pas reçu l'attention qu'elle méritait, éclipsée par les conséquences de la pandémie de COVID-19.

**Développé par l'assurance maladie, « PRADO » est un « programme de retour à domicile »** qui vise à rééduquer les patients après leur sortie de l'hôpital (y compris après une fracture).

**Il y a des acteurs établis qui peuvent collaborer.** En effet, des associations formidables comme le Groupe de Recherche et d'Information sur les Ostéoporoses (GRIO) et la Société française de rhumatologie (SFR) peuvent travailler en harmonie dans le cadre du partenariat Capture the Fracture® (CTF).

**La France possède un réseau bien établi de 50 FLS répartis dans tout le pays**, dont 29 font partie du réseau CTF. Ces FLS respectent les normes internationales tirées du cadre des meilleures pratiques de CTF. 5 d'entre eux ont été récompensés de la médaille d'argent de CTF, et 15 de la médaille de bronze.



**29**  **CENTRES** EN AOÛT 2024



**Le nombre de patients français atteints d'ostéoporose est considérable.** En 2017, un livre blanc de l'AFLAR (Association Française de Lutte Anti-Rhumatismale) suggérait 7 propositions pour lutter contre l'ostéoporose (voir ci-dessous).

7 priorités pour améliorer la prise en charge de l'ostéoporose en France	
Priorité n°1	De l'ostéoporose à la fracture : changer de paradigme pour des campagnes de sensibilisation plus efficaces
Priorité n°2	Développer des stratégies de prévention primaire des fractures de fragilité
Priorité n°3	Développer des stratégies de prévention secondaire des fractures de fragilité « pour que la première fracture soit la dernière »
Priorité n°4	Inciter les médecins généralistes à prendre en charge l'ostéoporose.
Priorité n°5	Promouvoir et soutenir un plan de recherche médical et économique public-privé, pour faire face au coût de la « cascade de fractures » et l'expérimentation des réseaux de soins pluridisciplinaires novateurs
Priorité n°6	Inciter à la prévention des chutes et à la prise en charge à domicile pour les personnes à risque de fractures ostéoporotiques
Priorité n°7	Créer un registre national des fractures liées à l'ostéoporose (commencer par un registre pilote dans une ou deux régions)

## Échecs observés et opportunités manquées

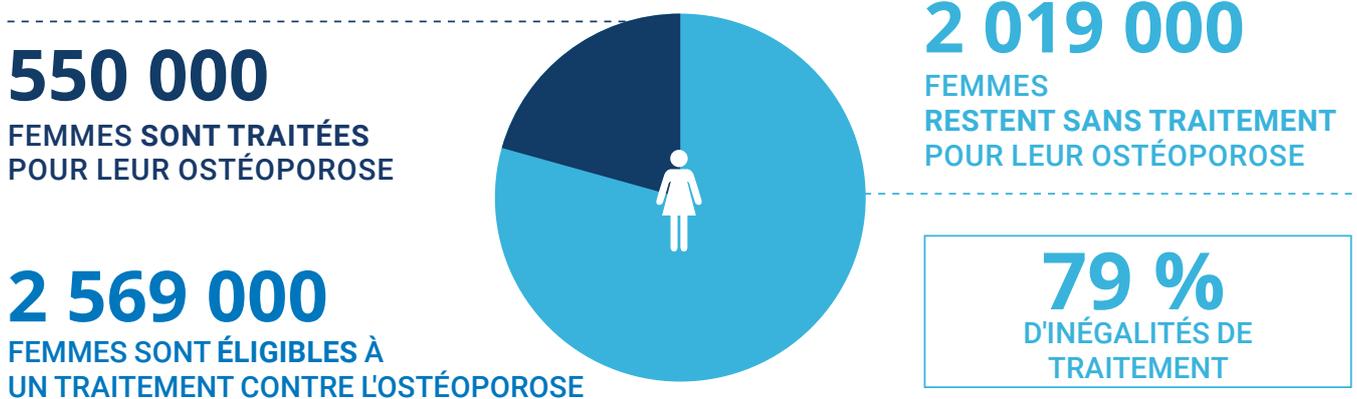


Figure 2  
Inégalités de traitement chez les femmes  
françaises (ScoreCard for Osteoporosis in  
Europe, 2021)

**Plus de 2 millions de Françaises à haut risque ne reçoivent pas de traitement contre l'ostéoporose,** alors que des médicaments sûrs et efficaces existent.

**Des inégalités de traitement importantes.** On estime que 79 % des femmes françaises (âgées de 50 ans et plus) éligibles à un traitement contre l'ostéoporose ne reçoivent actuellement aucun traitement préventif. Ces inégalités de traitement se sont nettement creusées depuis 2010 (quand elles étaient estimées à 43 %), reflétant la faible importance qui continue d'être accordée au problème croissant des fractures de fragilité.

**Les fractures sont rarement suivies de traitement.** Les personnes qui ont eu une fracture sont particulièrement susceptibles d'en avoir une autre. Pourtant, l'étude FRACTOS révèle que seulement 16,7 % des personnes ayant eu une fracture ont reçu un traitement contre l'ostéoporose dans les 12 mois suivant leur blessure.

**Il y a un manque de suivi des traitements.** Environ 70 % des patients français arrêtent leur traitement après 12 mois de suivi. **Les FLS sont absents de la politique en matière d'ostéoporose.** Malgré le document de planification stratégique pour une politique de l'ostéoporose précédemment mentionné, il manque des détails relatifs aux FLS. Ce problème devra être résolu si l'on veut qu'une politique de prévention des fractures de fragilité puisse être efficace.

**Les ressources humaines manquent et les budgets sont insuffisants.** Le principal obstacle à l'établissement de FLS en France est le manque de ressources humaines dédiées à ce type structures et de soutien financier. En effet, il n'existe actuellement aucune politique au niveau national pour soutenir ces initiatives.

MOINS DE  
**10%**  
DES HÔPITAUX  
FRANÇAIS



POSSÈDENT UN  
**SERVICE  
DE LIAISON  
DES FRACTURES**



**Trop peu d'initiatives de FLS sont actuellement opérationnelles.** Malgré les avantages que présentent les Filières Fractures (Fracture Liaison Service FLS) (un modèle de soins post-fracture) en matière de réduction des risques de fractures et d'économies financières dans la plupart des cas, moins de 10 % des hôpitaux français possèdent des FLS.

**Les ostéodensitomètres sont sous-exploités.** Malgré l'efficacité des ostéodensitomètres pour évaluer la densité minérale osseuse, l'accès à ces scanners et leur utilisation ne sont pas optimisés.

**Une mauvaise coordination des soins conduit à manquer des opportunités de traitement.** Un manque de coordination systémique adéquate entre les soins primaires et secondaires, et entre les disciplines cliniques, entraîne une baisse des taux d'initiation et de poursuite de traitements.

**L'éducation des patients sur l'ostéoporose reste à améliorer.** Une découverte récente de l'étude EFFEL (« étude des freins et leviers de la mise en place d'une prévention secondaire de l'ostéoporose ») a mis en évidence la nécessité d'améliorer l'éducation des patients sur l'ostéoporose et les fractures de fragilité.

---

# DES SOLUTIONS EXISTENT : RECOMMANDATIONS DE POLITIQUE

Les recommandations spécifiques de politique comprennent ce qui suit :

**1** Développer un discours commun pour les différents acteurs de l'ostéoporose, intégrer la fragilité osseuse dans le plan de prévention de la perte d'autonomie et obtenir des changements concrets de la part des autorités, conformément aux engagements de Ma Santé 2022. Les mesures suivantes sont recommandées :

- Garantir l'inclusion de l'ostéoporose dans le Plan national d'Action de prévention de la perte d'autonomie
- Étendre la prescription d'une ostéodensitométrie à tous les patients de plus de 50 ans qui ont déjà subi une fracture
- Proposer des mesures d'incitation et une rémunération adéquate pour traiter l'ostéoporose

**2** Continuer à identifier et partager les meilleures pratiques au niveau local, pour aboutir à un parcours de soin optimal pour le patient, et travailler au niveau régional afin d'améliorer la politique de gestion de l'ostéoporose. Il est possible d'y parvenir grâce aux mesures suivantes :

- Organisation de tables rondes régionales
- Construction d'un réseau de spécialistes de l'ostéoporose
- Suivi des expériences régionales de pratique (comme PRADO) et incitation à mettre en œuvre les meilleures pratiques
- Orientation clinique différente, selon le contexte des soins de santé : grands hôpitaux ou petites cliniques
- Rôle important des associations suivantes pour faciliter cette recommandation :

**1. Sociétés savantes françaises** (GRIO et SFR)

**2. Associations de patients** (AFLAR) dont le rôle est essentiel pour sensibiliser les sphères publiques et sanitaires



### 3 Favoriser un recours plus fréquent aux FLS pour augmenter les taux de dépistage, de diagnostic et de traitement post-fracture

- Sensibiliser et impliquer davantage les médecins de premier recours dans la gestion des soins post-fracture constituent un défi de taille. Ce défi peut être relevé grâce à des incitations financières, un modèle qui existe déjà pour d'autres maladies chroniques, comme le diabète. Par ailleurs, une meilleure interaction entre les FLS/hôpitaux et les médecins de premier recours est essentielle.
- Bien qu'il existe une politique nationale sur l'ostéoporose, des politiques plus fortes sur les FLS sont nécessaires à l'échelle nationale.

---

# ÉLABOREZ VOTRE RÉPONSE

## Trouvez et traitez vos fractures (grâce à l'augmentation des FLS)

- **Améliorez le parcours de soins post-fracture, notamment pour les fractures vertébrales, les fractures du poignet et les fractures de la hanche.** Appuyez-vous sur les FLS existants et initiez de nouveaux services de soins post-fracture impliquant les professionnels de santé concernés, et sur un coordinateur de soins (ex. infirmier).
- **Garantissez une rémunération et des incitations adéquates pour soutenir les meilleures pratiques.** Adaptez le modèle de rémunération de ces parcours de soins post-fracture. Mettez en place des incitations liées à la détection de l'ostéoporose et des fractures de fragilité dans les cas où les patients ont été hospitalisés dans les services d'urgence et de chirurgie orthopédique. Engagez des discussions avec les agences régionales de santé pour constituer le budget nécessaire à une large mise en œuvre des FLS.
- **Renforcez votre base de preuves.** Utilisez le calculateur d'avantages pour évaluer l'impact financier des interventions et vous assurer de rester sur la bonne voie, servez-vous des vastes ressources disponibles via les données du Système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie (SNIIRAM) (comme les dossiers de santé électroniques) et développez des registres sur les fractures de fragilité.

## Utilisez les ressources disponibles

La Fondation internationale de l'ostéoporose a développé plusieurs outils afin de faciliter et améliorer le déploiement de soins post-fracture/FLS, notamment :

1. **La boîte à outils politique** qui est composée d'un exposé générique du document Guidance for Policy Shaping (orientation pour l'élaboration d'une politique) du partenariat CTF et de ressources associées (diaporama en plusieurs langues), résumé analytique, infographie, webinaire, vidéo de présentation et boîte à outils politique. <https://www.capturethefracture.org/resource-center/advocating-for-pfc/policy-toolkits>.



2. **Le centre de ressources de Capture the Fracture®** (<https://www.capturethefracture.org/resource-center>), qui met à disposition des outils et des ressources pour réaliser ce qui suit :

- Mise en place d'un FLS
- Amélioration d'un FLS
- Plaidoyer pour le développement des FLS

**Le programme Capture the Fracture® fournit des outils et des ressources pour optimiser les soins post-fracture :**

1. **Le cadre des meilleures pratiques**
  - Fournit des conseils aux établissements qui mettent en place des FLS
  - Établit des critères de référence pour inciter à l'amélioration de la qualité des services de soins post-fracture au niveau organisationnel
2. **Le programme de mentorat** qui réunit des partenaires expérimentés dans les FLS et des nouveaux services
3. **Le calculateur d'avantages** : un outil de microsimulation pour estimer les conséquences financières de l'amélioration des soins post-fracture.

## Formez une équipe

- **De nombreuses disciplines peuvent aider.** Encouragez la formation d'un large éventail de professionnels de santé : rhumatologues, endocrinologues, médecins généralistes, gynécologues, pharmaciens, kinésithérapeutes et dentistes. À noter toutefois que ce sont les médecins de premier recours qui restent au cœur de l'orientation du patient dans son parcours de soins.

- **Veillez à l'adhésion des médecins généralistes.** Les médecins généralistes peuvent assurer le suivi des patients qui ont déjà subi une fracture, afin de s'assurer qu'ils commencent un traitement anti-ostéoporotique et que le risque de nouvelle fracture soit atténué. Ce suivi pourrait inclure la mise en place de consultations axées sur l'ostéoporose (conformément au programme « *Rémunération sur Objectifs de Santé Publique* »), avec des outils numériques d'aide à la décision ou des incitations financières, avec intégration de l'examen de l'ostéoporose dans le dossier médical électronique et le logiciel professionnel des médecins généralistes.
- **Commencez la conversation.** Constituez un groupe de travail sous la tutelle de la Haute Autorité de Santé afin de mettre à jour les recommandations relatives aux parcours de soins pour l'ostéoporose. Cette conversation doit inclure tous les acteurs importants, y compris les médecins de premier et second recours et surtout les représentants des patients.

## Favorisez un vieillissement en bonne santé

- **Incitez au maintien de la santé des os tout au long de la vie, dès le plus jeune âge.** Menez des campagnes de prévention à l'école : comment se construire des os solides (capital osseux) ; pourquoi il est important de consommer 1 g de calcium par jour (un produit laitier), de faire de l'activité physique et d'avoir un apport protéique suffisant.
- **Envisagez les interventions systématiques suivantes pour les personnes âgées :**
  - a. Consultations pour un vieillissement en bonne santé, pour identifier rapidement des maladies chroniques – un rapport de la Caisse nationale de l'assurance maladie a identifié une baisse alarmante du dépistage des maladies chroniques. Une consultation de routine pour un vieillissement en bonne santé constituerait une véritable opportunité de détecter ces maladies et d'améliorer les résultats pour les patients. L'ensemble des femmes de plus de 65 ans est une population qu'il est recommandé de cibler pour ces consultations.
  - b. Mesures annuelles de la taille pour détecter tout rapetissement lié à une fracture vertébrale.
  - c. Programmes de dépistage des risques de chutes – ils sont soutenus par le « plan antichute » du gouvernement et doivent être mis en œuvre pour réduire à la fois les chutes et les fractures.

- d. Ciblage des ressources supplémentaires de dépistage de l'ostéoporose chez les patients souffrant de maladies chroniques.



**MESURES ANNUELLES DE LA TAILLE**



**IDENTIFICATION PRÉCOCE DES MALADIES CHRONIQUES**



**DÉPISTAGE DES RISQUES DE CHUTES**

- **Soutenez les services de prévention des chutes et aidez les personnes âgées à améliorer leurs capacités physiques**, afin de contribuer à leurs activités physiques et à leur autonomie. Ces services doivent être coordonnés par des kinésithérapeutes ou des spécialistes de l'Activité Physique Adaptée.

## Faites participer le public

- **Soutenez les deux initiatives de la Caisse nationale de l'Assurance Maladie (CNAM) :** les services ambulatoires pour la « fragilité osseuse » (PRADO) et les soins « post-fracture » PRADO, qui favorisent le retour à domicile des patients après une fracture de la hanche. Envisagez d'étendre les soins post-fracture PRADO aux patients des services de gériatrie.
- **Concentrez-vous sur les fractures et la détection de l'ostéoporose.** Il existe des idées fausses répandues sur l'ostéoporose, notamment que « les traitements contre l'ostéoporose ne sont pas efficaces » ou que « perdre en taille est normal ». Orientez les campagnes de sensibilisation à la santé publique sur les fractures aura du succès, avec des messages comme « la première fracture doit être la dernière ! ». L'ostéoporose est une maladie silencieuse et la prévention primaire est également essentielle.
- **Sensibilisez davantage à l'ostéoporose tout au long de la vie :**
  1. Faire de la « journée mondiale contre l'ostéoporose » une entité importante.
  2. Envisagez des initiatives engageantes telles que des évaluations gratuites de la densité minérale osseuse pour les femmes de plus de 65 ans.
  3. Incorporez le dépistage de l'ostéoporose dans les bilans de santé établis (comme celui à la retraite).
  4. Commencez les campagnes de prévention dès l'école : expliquez comment construire des os solides, encouragez l'activité physique et indiquez comment obtenir un apport suffisant en protéines.

# BÉNÉFICES ATTENDUS DES FLS

Cette section présente les avantages attendus de l'amélioration des soins post-fracture grâce aux FLS, par rapport à la pratique actuelle en France. Les recommandations et suggestions supplémentaires fournies ci-dessus renforceront la prise en charge de l'ostéoporose, entraînant des bénéfices supplémentaires.

Les bénéfices attendus, résumés ici, ont été estimés à l'aide d'un modèle de micro-simulation (revu et validé par des experts français). Ce modèle simule le parcours de soins des patients en France aujourd'hui et compare les résultats attendus à ceux obtenus si les FLS étaient largement déployés dans tout le pays. Les résultats sont présentés en termes d'incidence des fractures ultérieures, d'années de vie ajustées sur la qualité (QALY), d'utilisation des ressources de santé et de soins sociaux, ainsi que de coûts des FLS sur les cinq premières années. Les FLS sont modélisés en fonction de leurs performances attendues en matière d'identification, d'évaluation, de traitement et de suivi des patients, telles que rapportées par les FLS déjà en place en France et selon le jugement d'experts locaux.

Figure 3  
Avantages attendus d'une mise en œuvre réaliste des FLS en France

Grâce à une mise en œuvre réaliste des FLS en France, nous nous attendons à voir :

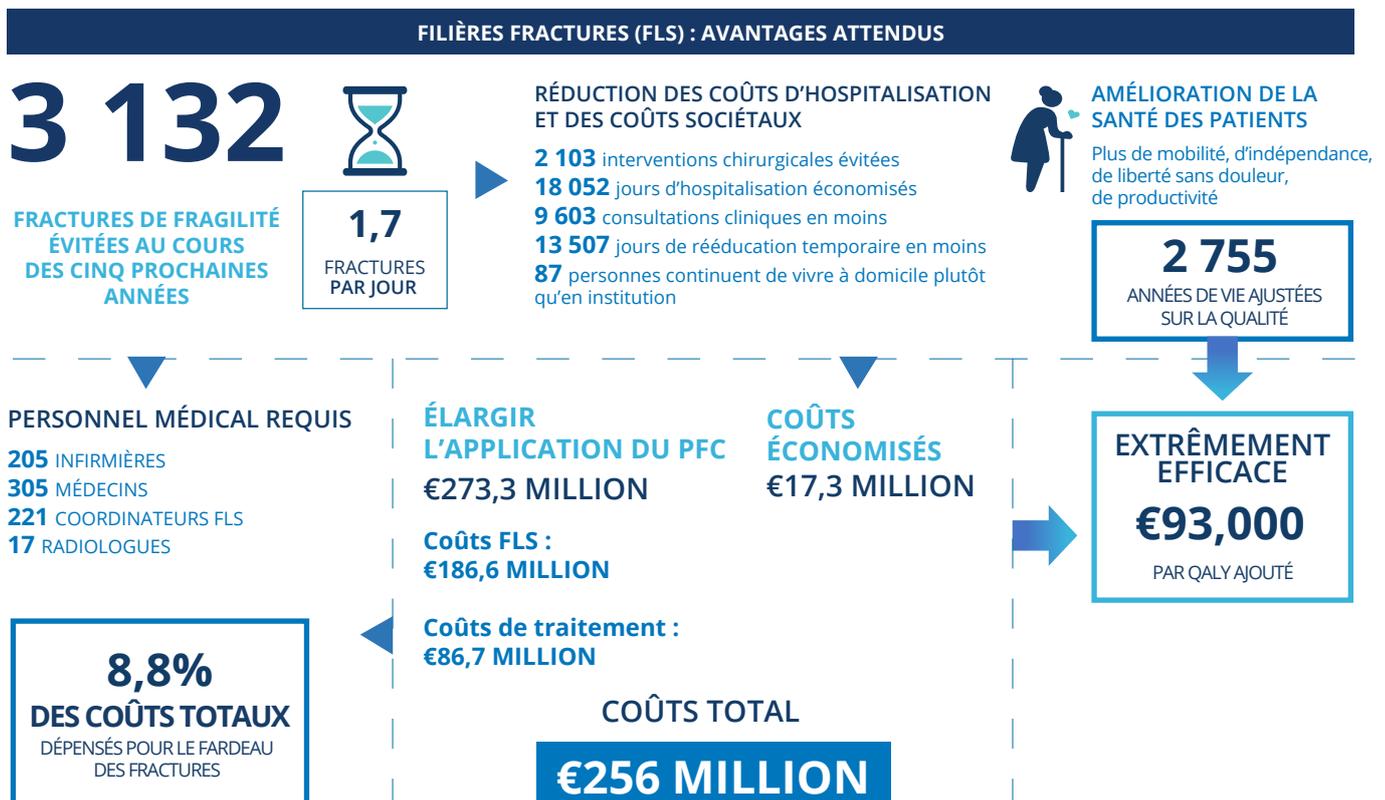


Figure 4  
Coûts supplémentaires annuels et années de vie ajustées sur la qualité (QALY) obtenues par les FLS en cinq ans en France.

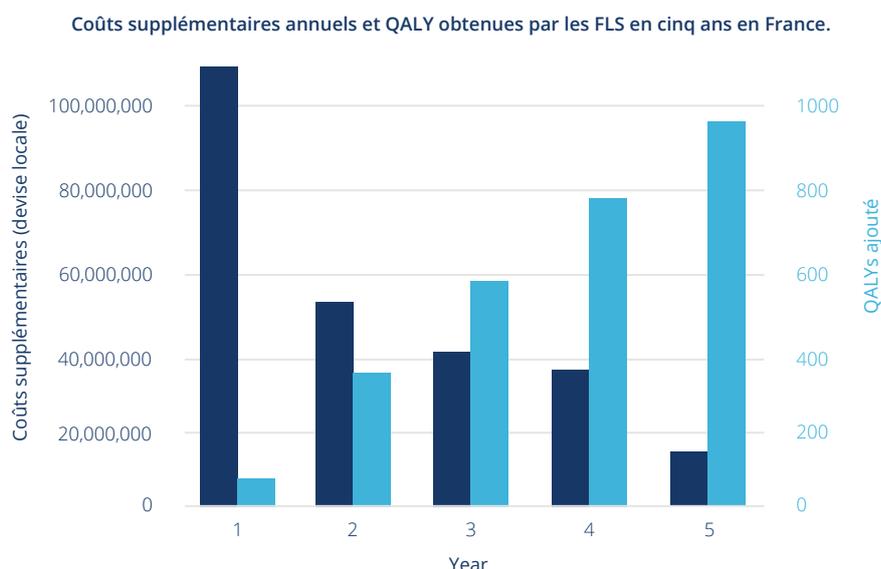


Figure 5  
Coût par QALY obtenu par les FLS en cinq ans

Par année	Coût par QALY obtenu
1	€1 447 629
2	€149 159
3	€72 786
4	€47 132
5	€15 915

- **Amélioration de la qualité des soins :** Des données claires montrent que l'introduction d'initiatives de soins post-fracture, telles que les FLS, conduit à des améliorations significatives de la qualité des soins offerts aux patients souffrant de fractures de fragilité.

- **Réduction du nombre de fractures de fragilité :** Le calculateur de bénéfices a suggéré une réduction de plus de 3 132 fractures ostéoporotiques subséquentes (3,6 % des 88 021 attendues avec la pratique actuelle) au cours des cinq premières années de mise en œuvre, avec une augmentation substantielle prévue à long terme.

**Cela se traduit par :**

- **Une réduction des coûts d'hospitalisation et des coûts sociétaux.** Au total, au cours des cinq premières années de mise en œuvre des FLS, les avantages seraient les suivants :

- 2 103 interventions chirurgicales évitées
- 18 052 jours d'hospitalisation économisés et 162 468 heures de soins aux patients libérées
- 9 603 consultations cliniques en moins
- 13 507 jours de rééducation temporaire en moins
- 171 années-personnes en moins pour les soins de longue durée en institution
- 87 personnes continuent de vivre à domicile plutôt qu'en institution

- **Amélioration de la santé des patients :** Chaque fracture évitée préserve la mobilité, favorise l'indépendance, réduit la douleur et améliore la productivité, entre autres bénéfices. Au cours de ses cinq premières années, le programme PFC devrait permettre un gain de qualité de vie équivalent à 2 755 années en parfaite santé (QALY).

- **Excellente rentabilité :** L'extension des FLS entraînerait une augmentation nette des coûts (256 millions d'euros), mais aussi un gain de 2 755 QALY. Bien que cette extension augmente les coûts des soins de santé, les FLS présentent un rapport coût-efficacité évident, offrant la possibilité d'améliorer considérablement les soins pour la population française.

# Glossaire

**FRACTURE** - Un os cassé

**FRACTURE DE FRAGILITÉ** - Une fracture de l'os qui se produit en raison d'un choc mineur, comme une chute de sa propre hauteur. Le risque de fractures de fragilité peut être réduit par des modifications du mode de vie, une supplémentation en calcium et en vitamine D, des programmes de prévention des chutes et des médicaments contre l'ostéoporose.

**FILIÈRES FRACTURES (FRACTURE LIAISON SERVICE FLS)** - Voir Programme de coordination des soins post-fracture. Un modèle de soins qui vise au rétablissement des personnes après une fracture et à réduire le risque d'une nouvelle fracture à l'avenir. Le terme est interchangeable avec « *PROGRAMME DE COORDINATION DES SOINS POST-FRACTURE* ».

**OSTÉOPOROSE** - L'ostéoporose est une maladie où la masse, la densité et la résistance des os sont réduites. À mesure que les os deviennent plus poreux et fragiles, le risque de fracture augmente considérablement. La dégradation osseuse se produit discrètement et progressivement. Cette maladie touche principalement les personnes âgées et plus fréquemment les femmes que les hommes.

**PRÉVENTION PRIMAIRE DES FRACTURES** - Des initiatives pour prévenir la survenue d'une première fracture.

**PRÉVENTION SECONDAIRE DES FRACTURES** - Des initiatives visant à prévenir les deuxièmes fractures/les autres fractures survenant après la première.

**QALY (ANNÉES DE VIE AJUSTÉES SUR LA QUALITÉ)** - Une mesure générique des résultats couramment utilisée dans les évaluations économiques, qui tiennent compte à la fois de la quantité et de la qualité de vie. Une année de vie ajustée sur la qualité correspond à une année en parfaite santé.

## Références

Borgström, F., L. Karlsson, G. Ortsäter, N. Norton, P. Halbout, C. Cooper, M. Lorentzon, et al. « Fragility Fractures in Europe: Burden, Management and Opportunities. » *Arch Osteoporos* 15, no. 1 (Apr 19 2020): 59. <https://doi.org/10.1007/s11657-020-0706-y>.

Coassy, A., A. Svedbom, H. Locrelle, R. Chapurlat, B. Cortet, P. Fardellone, P. Orcel, et al. « Costs of Patient Management over 18 months Following a Hip, Clinical Vertebral, Distal Forearm, or Proximal Humerus Fragility Fracture in France-Results from the Icuros Study. » *Osteoporos Int* 33, no. 3 (Mar 2022): 625-35. <https://doi.org/10.1007/s00198-021-06189-7>.

Kanis, J. A., C. Cooper, R. Rizzoli, and J. Y. Reginster. « European Guidance for the Diagnosis and Management of Osteoporosis in Postmenopausal Women. » *Osteoporos Int* 30, no. 1 (Jan 2019): 3-44. <https://doi.org/10.1007/s00198-018-4704-5>.

Kanis, John A., Nicholas Norton, Nicholas C. Harvey, Trolle Jacobson, Helena Johansson, Mattias Lorentzon, Eugene V. McCloskey, Carl Willers, and Fredrik Borgström. « Scope 2021: A New Scorecard for Osteoporosis in Europe. » *Archives of osteoporosis* 16, no. 1 (2021): 82-82. <https://doi.org/10.1007/s11657-020-00871-9>. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34080059>.

Launois, Robert, Elise Cabout, Daniel Benamouzig, Livia Velpy, Karine Briot, Françoise Alliot, Laure Perrin, et al. « Barriers and Expectations for Patients in Post-Osteoporotic Fracture Care in France: The Effel Study. » *Value in Health* 25, no. 4 (2022/04/01/ 2022): 571-81. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jval.2021.10.005>.

Li, N., M. Hiligsmann, A. Boonen, M. M. van Oostwaard, Rtal de Bot, C. E. Wyers, S. P. G. Bours, and J. P. van den Bergh. « The Impact of Fracture Liaison Services on Subsequent Fractures and Mortality: A Systematic Literature Review and Meta-Analysis. » *Osteoporos Int* 32, no. 8 (août 2021): 1517-30. <https://doi.org/10.1007/s00198-021-05911-9>.

« Ma Santé 2022 : Un Engagement Collectif. » <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/masante2022/>.

Roux, C., T. Thomas, J. Paccou, G. Bizouard, A. Crochard, E. Toth, M. Lemaitre, et al. « Refracture and Mortality Following Hospitalization for Severe Osteoporotic Fractures: The Fractos Study. » *JBMR Plus* 5, no. 7 (juillet 2021): e10507. <https://doi.org/10.1002/jbm4.10507>.

Svedbom, A., E. Hernlund, M. Ivergård, J. Compston, C. Cooper, J. Stenmark, E. V. McCloskey, B. Jönsson, and J. A. Kanis. « Osteoporosis in the European Union: A Compendium of Country-Specific Reports. » *Arch Osteoporos* 8, no. 1-2 (2013): 137. <https://doi.org/10.1007/s11657-013-0137-0>.

« Un Plan National Pour L'ostéoporose. » 2022, <https://www.theragora.fr/rhumatologie--traumatologie/un-plan-national-pour-l-osteoporose.html>.

Viprey, Marie, Yufeng Xue, Aurélie Rousseau, Cécile Payet, Roland Chapurlat, Pascal Caillet, Alexandra Dima, and Anne-Marie Schott. « Adherence with Brand Versus Generic Bisphosphonates among Osteoporosis Patients: A New-User Cohort Study in the French National Healthcare Insurance Database. » *Scientific reports* 10, no. 1 (2020): 7446-46. <https://doi.org/10.1038/s41598-020-64214-x>. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32366863> <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7198539/>.

Wu, C. H., I. J. Kao, W. C. Hung, S. C. Lin, H. C. Liu, M. H. Hsieh, S. Bagga, et al. « Economic Impact and Cost-Effectiveness of Fracture Liaison Services: A Systematic Review of the Literature. » *Osteoporos Int* 29, no. 6 (juin 2018): 1227-42. <https://doi.org/10.1007/s00198-018-4411-2>.



*Nous aspirons à un monde sans fractures de fragilité, dans lequel une mobilité saine serait une réalité pour tous.*



©2021 International Osteoporosis Foundation

rue Juste-Olivier, 9 CH-1260 Nyon - Suisse

T +41 22 994 01 00

Email [info@osteoporosis.foundation](mailto:info@osteoporosis.foundation)

[www.osteoporosis.foundation](http://www.osteoporosis.foundation)

[www.capturethefracture.org](http://www.capturethefracture.org)

[www.worldosteoporosisday.org](http://www.worldosteoporosisday.org)