

# Santé osseuse : des parcours de soins intégrés

## Un programme de transformation de la santé osseuse

La mauvaise santé osseuse : une crise de santé publique importante et méconnue

À mesure que la population vieillit, deux facteurs deviennent de plus en plus importants : la mémoire et la mobilité. Avec l'accroissement général de l'espérance de vie au niveau mondial<sup>1</sup>, le fardeau qu'implique une mauvaise santé osseuse augmente en conséquence. Dans la course au vieillissement en bonne santé, s'intéresser en priorité à la santé osseuse est le moyen le plus efficace de préserver la mobilité des populations vieillissantes. En effet, la santé osseuse englobe un large éventail de maladies, mais elle est plus souvent définie comme

l'addition de l'ostéoporose et des fractures qui y sont liées.

L'ostéoporose est une maladie silencieuse et évolutive, caractérisée par une faible densité minérale osseuse ou par la détérioration du tissu osseux, et reste l'un des enjeux de santé publique les plus importants, affectant les adultes dans le monde entier<sup>2</sup>. On estime à plus de 200 millions le nombre de personnes touchées par l'ostéoporose dans le monde<sup>3</sup>: une femme sur trois et un homme sur cinq âgés de

50 ans et plus seront victimes d'une fracture ostéoporotique au cours de leur vie<sup>4</sup>. Les fractures ostéoporotiques (ou fractures liées à l'ostéoporose) sont des fractures résultant d'une blessure, qui n'auraient normalement pas brisé un os sain<sup>5</sup>. Elles sont l'une des principales causes du poids des maladies chroniques, comme le montre la figure 1. Ce travail utilise les termes de fractures liées à l'ostéoporose et de fractures ostéoporotiques, par opposition aux fractures dues à la fragilité, afin d'éviter la stigmatisation qui accompagne souvent le terme de fragilité. Au regard des nombreuses solutions existantes permettant au système de santé de réaliser des économies, il est essentiel d'agir sans délai pour garantir la mobilité de tous tout au long de la vie<sup>6,7</sup>.

Agir rapidement après une première fracture est primordial : une fracture antérieure double le risque d'une nouvelle fracture<sup>8</sup>. Ceci est particulièrement préoccupant pour les femmes post-ménopausées qui sont principalement touchées par une mauvaise santé osseuse.

D'autant que le taux de fractures ostéoporotiques dans le monde devrait continuer à augmenter, comme le montre la figure 2<sup>9</sup>.

Cette dégradation de la santé s'accompagne d'une pression économique grandissante sur le système de santé et les individus. En 2017, les fractures liées à l'ostéoporose ont coûté 37,5 milliards d'euros aux plus grands pays d'Europe (France, Allemagne, Italie, Espagne, Royaume-Uni) et à la Suède et l'on s'attend à ce que les coûts augmentent de 27 % pour atteindre 47,4 milliards d'euros d'ici 2030. D'autres pays à revenus élevés prennent la même direction : en 2018, les fractures ostéoporotiques ont coûté 52 milliards de dollars aux Etats-Unis, avec une prévision de l'augmentation de 83 % qui devrait atteindre 95 milliards d'euros d'ici 2040<sup>10</sup>.

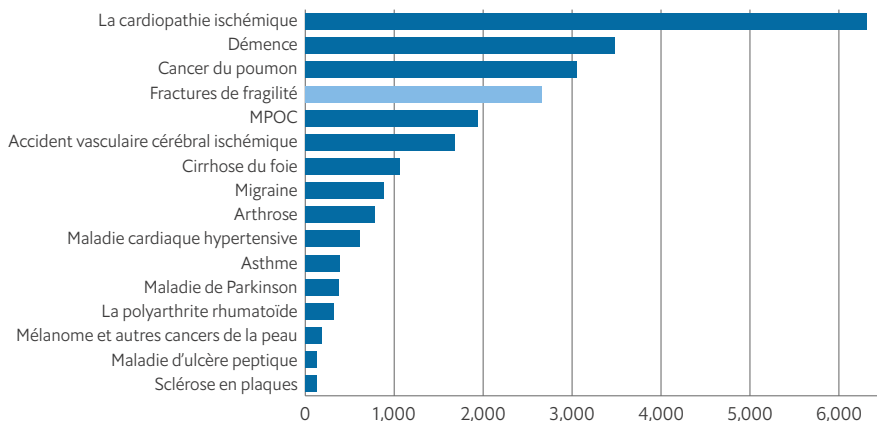
Les coûts économiques pour les systèmes de santé ne sont pas les seuls à prendre en compte. Il est reconnu que le reste à charge pour les foyers et les amis qui viennent les aider représentent un poids important tant pour les familles que les employeurs, bien qu'il soit difficile à quantifier<sup>11</sup>. De plus, la non-observance des traitements prescrits contre



Figure 1

Fardeau des maladies chroniques estimé en années de vie corrigées du facteur invalidité

(AVCI, 000) Combinaison de la France, l'Allemagne, l'Italie, l'Espagne, la Suède et le Royaume-Uni, 2016<sup>5</sup>



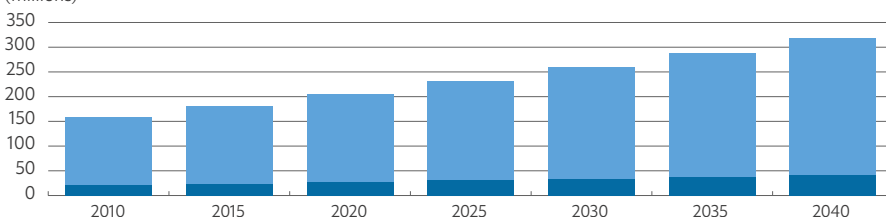
Source: Borgström et al., 2020.

Figure 2

Nombre de personnes ayant une probabilité sur 10 ans d'une fracture ostéoporotique majeure

2010-2040<sup>9</sup>

(millions)



Source: Odén et al., 2015.

l'ostéoporose, beaucoup plus fréquente que pour d'autres maladies chroniques, alourdit encore le coût<sup>12/13</sup>. Il existe des traitements abordables, sûrs et efficaces, mais un écart important existe entre les personnes qui ont besoin d'un traitement et celles qui en reçoivent<sup>14</sup>.

L'augmentation que l'on nous prédit du coût sanitaire et économique dû à une mauvaise santé osseuse n'est pas inévitable. Des progrès ont été réalisés dans l'identification et le traitement de l'ostéoporose, mais ces avancées n'ont pas suivi le rythme du vieillissement de la population mondiale. L'atténuation de ces prévisions redoutables est possible en comprenant et en quantifiant le coût propre à chaque pays, en sensibilisant à cet enjeu et en aménageant les meilleures pratiques internationales pour y faire face.

## Les parcours de soins intégrés : essentiels pour améliorer la santé osseuse

La mise en place de parcours de soins intégrés est essentielle pour coordonner la prise en charge de la santé des os. Le parcours englobe :

- Une approche « tout au long de la vie » des soins primaires et secondaires ;
- L'amélioration dans la coordination et la globalité de la dispense de soins et de l'offre de services ;
- L'association d'approches pharmacologiques et non-pharmacologiques pour obtenir une meilleure issue clinique chez les personnes en matière de santé osseuse ;
- La prise en compte des déterminants sociaux de la santé lors de la conception de stratégies pour améliorer la santé osseuse.

Bien que chaque pays développe inévitablement des parcours spécifiquement adaptés à ses propres besoins, les facteurs ci-dessus ont essentiels à chaque étape. L'amélioration du parcours de soins nécessite à la fois des soins primaires et secondaires et, dans l'ensemble, comprend : la prévention primaire (prévention d'une fracture liée à l'ostéoporose), les soins pour la première fracture, la prévention secondaire (prévention d'une fracture ostéoporotique supplémentaire) et les soins pour cette fracture supplémentaire. Le développement d'un parcours de soins intégrés pour la santé osseuse correspond à la stratégie définie par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) dans « La décennie du vieillissement en bonne santé 2021-2030 »<sup>15</sup>. Celle-ci réunit diverses parties prenantes issues des gouvernements, du monde universitaire, du secteur privé et de la société civile, avec l'objectif d'élaborer des recommandations

## Appel à l'action : les leviers politiques permettant des parcours de soins intégrés

Mettre en place des parcours de soins intégrés pour la santé osseuse peut contribuer à renforcer les systèmes de santé en favorisant la prévention ou la détection de maladies plus tôt et ainsi permettre de prendre des mesures pour promouvoir le bien-être futur. Cinq leviers politiques interdépendants sont essentiels au développement d'un tel parcours de soins intégrés<sup>16</sup>:

### 1. Réorientation des soins

Mettre davantage l'accent sur la prévention primaire pour réduire l'impact d'une mauvaise santé osseuse tout au long de la vie : s'attaquer aux facteurs de risque susceptibles d'être modifiés.

Mettre en place des équipes multidisciplinaires de santé osseuse pour répondre aux besoins des patients dans leur globalité.

Mettre en œuvre des stratégies pour identifier les patients à risque avant la survenue d'une fracture.

Mettre en œuvre des stratégies d'investigation et de diagnostic des patients présentant une mauvaise santé osseuse en dotant les prestataires de soins primaires des connaissances, outils et directives appropriés.

Mettre en œuvre une gestion de la santé de la population incluant une sensibilisation proactive des patients pour améliorer leurs connaissances élémentaires en matière de santé. Au-delà de la simple capacité à comprendre une information, la connaissance en matière de santé englobe l'éducation à la santé et la capacité d'un individu à utiliser cette information correctement et efficacement.

### 2. Coordonner les services entre soins primaires et soins secondaires

Elaborer des protocoles communs de santé osseuse à utiliser entre les soins primaires et secondaires, incluant des conseils sur les voies à suivre pour l'orientation des patients.

Désigner un coordinateur de soins pour assurer la cohérence de l'ensemble du parcours de soins.

Intégrer les services sociaux et paramédicaux au parcours de soins en santé osseuse, y compris les services de réadaptation tels que la physiothérapie et l'ergothérapie.

### 3. Responsabiliser la population et lui donner envie d'agir

Former les patients à la santé osseuse pour améliorer leur connaissance en matière de santé et leur mobilisation.

Mobiliser la population grâce à une communication ciblée pour lui faire comprendre qu'on peut éviter une mauvaise santé osseuse.

### 4. Renforcer la gouvernance et de la responsabilité

Développer une expertise clinique de référence dans le domaine de la santé osseuse.

Définir des indicateurs de résultats en matière de santé osseuse à utiliser dans les soins primaires et secondaires pour mesurer la qualité des soins dispensés aux patients.

Elaborer des registres de fractures pour évaluer l'impact d'une mauvaise santé osseuse à l'échelle nationale.

### 5. Créer un environnement propice

Former les professionnels de santé pour obtenir de meilleurs résultats en matière de santé osseuse, en particulier les prestataires de soins primaires et les infirmières.

Inciter à des résultats de meilleure qualité en matière de santé osseuse en veillant à ce que les dispositifs de remboursement soient en adéquation avec la qualité des soins.

Veiller à ce que les procédures de diagnostics et les traitements pour la santé osseuse fassent partie d'un ensemble de prestations garanties.

Mettre en place des stratégies efficaces de collecte de données privilégiant l'exhaustivité et la qualité.

politiques ciblées, pouvant être adaptées pour répondre aux besoins spécifiques d'un pays en matière de santé osseuse.

La réduction du poids sanitaire et social qu'induit une mauvaise santé osseuse passera par un effort collectif, afin de créer un environnement favorable dans lequel la santé osseuse est considérée comme une priorité urgente. Les stratégies de prévention, les

interventions pharmacologiques et non pharmacologiques existent sous différentes formes. Ces précieux outils doivent maintenant être mis en place dans un parcours de soins intégrés afin de tenir compte de la santé du squelette tout au long de la vie.

#### References

- UN. World population prospects: the 2017 revision. New York: United Nations; 2017 [cited 2020 Nov 10]. Available from: <https://www.un.org/development/desa/publications/world-population-prospects-the-2017-revision.html>.
- Kanis JA, Cooper C, Rizzoli R, et al. European guidance for the diagnosis and management of osteoporosis in postmenopausal women. *Osteoporos Int*. 2019;30(1):3-44.
- Vijayakumar R, Busseberg D. Osteoporosis: an under-recognized public health problem. Local and global risk factors and its regional and worldwide prevalence. *Journal of Local and Global Health Science*. 2016;2016(1):1-13.
- IOF. Epidemiology of osteoporosis and fragility fractures. Nyon: International Osteoporosis Foundation; undated [cited 2020 Nov 10]. Available from: <https://www.osteoporosis.foundation/facts-statistics/epidemiology-of-osteoporosis-and-fragility-fractures>.
- Borgström F, Karlsson L, Orsäter G, et al. Fragility fractures in Europe: burden, management and opportunities. *Arch Osteoporos*. 2020;15(1):59.
- Harvey NC, McCloskey EV, Mitchell PJ, et al. Mind the (treatment) gap: a global perspective on current and future strategies for prevention of fragility fractures. *Osteoporos Int*. 2017;28(5):1507-29.
- Li N, Cornelissen D, Silverman S, et al. An updated systematic review of cost-effectiveness analyses of drugs for osteoporosis. *Pharmacoeconomics*. 2020:1-29.
- Kanis JA, Johansson H, Harvey N, et al. Adjusting conventional FRAX estimates of fracture probability according to the recency of sentinel fractures. *Osteoporos Int*. 2020;31(10):1817-28.
- Odén A, McCloskey EV, Kanis JA, et al. Burden of high fracture probability worldwide: secular increases 2010-2040. *Osteoporos Int*. 2015;26(9):2243-8.
- NOF. Bone facts. National Osteoporosis Foundation Bone Health Policy Institute; updated 2019 [cited 2020 Nov 10]. Available from: <https://www.bonehealthpolicyinstitute.org/bone-facts>.
- Png M, Griffin X, Costa M, et al. Utilization and costs of formal and informal care, home adaptations, and physiotherapy among older patients with hip fracture. *Bone Joint Res*. 2020;9(5):250-7.
- Cornelissen D, de Kunder S, Si L, et al. Interventions to improve adherence to anti-osteoporosis medications: an updated systematic review. *Osteoporos Int*. 2020:1-25.
- Cutler RL, Fernandez-Llimos F, Frommer M, et al. Economic impact of medication non-adherence by disease groups: a systematic review. *BMJ Open*. 2018;8(1):e016982.
- Roux C, Briot K. The crisis of inadequate treatment in osteoporosis. *Lancet Rheumatol*. 2020;2(2):e110-e9.
- WHO. 10 priorities towards a Decade of Healthy Ageing. Geneva: World Health Organization, 2017 [cited 2020 Nov 10]. Available from: <https://www.who.int/ageing/WHO-ALC-10-priorities.pdf?ua=1>
- WHO. Framework on integrated people-centred health services. Geneva: World Health Organization; 2016 [cited 2020 Nov 10]. Available from: <https://www.who.int/services/delivery/safety/areas/people-centred-care/framework/en/>.