

L'ostéoporose dans la Communauté Européenne: Plan d'Action

Rapport sur les étapes clés
d'une Europe exempte de
fractures par fragilité

Novembre 2003



« Je trouve révoltant que le risque sévère de subir une fracture par fragilité ne soit toujours pas détecté chez un si grand nombre d'Européens et qu'ils soient privés des thérapies préventives dont l'efficacité a été démontrée. L'objectif du présent Plan d'Action est de s'attaquer à ce problème en proposant des stratégies concrètes et abordables financièrement en vue de prévenir les fractures par fragilité »

Mel Read, MPE, Présidente du Groupe d'intérêt du Parlement européen sur l'Ostéoporose

Rapport du Groupe consultatif de l'Union européenne sur l'Ostéoporose

Soutenu financièrement par la Commission Européenne



Table des matières

Préface	1
Base légale européenne des actions en faveur de la santé publique	4
Introduction	5
Résumé d'orientation	9
Les prochaines étapes clés	14
Étape 1 : Campagnes de sensibilisation	15
Étape 2 : Stratégies de prévention et modes de vie	20
Étape 3 : Directives pour la prévention des fractures liées à l'ostéoporose	23
Étape 4 : Soins relatifs aux fractures, réadaptation et prévention des chutes	27
Étape 5 : Analyse économique	29
Étape 6 : Évaluation des activités et planification de l'affectation des ressources futures de santé : La Base de données européenne sur les fractures	32
Conclusion	34
Références	35
Remerciements	37

Les conséquences dévastatrices de l'ostéoporose

Inger Lundegaardh est suédoise (photos ci-contre). Comme des millions d'Européens, elle est atteinte d'ostéoporose et la maladie a bouleversé sa vie. Aujourd'hui, elle ne peut pas marcher sans ses cannes ni se pencher, ses douleurs ne la quittent plus et elle a en grande partie perdu son indépendance. Un diagnostic effectué à temps aurait contribué à lui éviter ses multiples fractures, à lui épargner d'indicibles souffrances et à protéger sa qualité de vie.



À l'âge de 20 ans



À l'âge de 50 ans



À l'âge de 59 ans

Préface



Dr. Juliet Compston, Chef du projet « Un Appel à l'Action contre l'Ostéoporose » et membre du Conseil de la Fondation internationale contre l'Ostéoporose

Pourquoi l'ostéoporose doit-elle devenir une priorité de l'action de santé dans la Communauté européenne ?

L'ostéoporose est caractérisée par la fragilité des os et un risque accru de subir des fractures. Avec l'âge, le risque de fractures dues à l'ostéoporose augmente de façon exponentielle. En Europe, l'accroissement de l'espérance de vie s'accompagne d'une augmentation de la population âgée et, si des mesures ne sont pas prises dès aujourd'hui, les Européens devront faire face à une épidémie d'ostéoporose qui se traduira par un nombre considérable de fractures ostéoporotiques, de handicaps et de décès prématurés. Les mesures à prendre pour enrayer cette crise sont décrites dans le présent rapport.

Il est donc à l'évidence nécessaire d'accorder une plus grande priorité à la lutte contre l'ostéoporose et de mettre au point des stratégies de prévention des fractures par fragilité chez les personnes présentant un risque élevé. On estime qu'après l'âge de 50 ans, une femme sur trois et un homme sur huit subiront au minimum une fracture ostéoporotique au cours de leur vie.¹ Parmi ces fractures, les plus courantes sont celles de la hanche, des vertèbres et du poignet, toutes ayant une incidence profonde sur la qualité de la vie. Les fractures de la hanche sont particulièrement graves, car elles affectent les personnes les plus fragiles et les personnes âgées et entraînent le décès d'un patient sur cinq dans les six mois suivant la fracture.² Parmi les personnes qui survivent, une sur trois seulement aura la chance de recouvrer totalement son indépendance physique.³ Les fractures vertébrales sont également invalidantes, provoquant des douleurs, des déformations de la colonne et une diminution de la taille, limitant l'activité physique et entraînant la perte de confiance en soi et l'autodévalorisation.

La prise en charge des fractures dues à l'ostéoporose fait peser un fardeau financier considérable sur les systèmes de santé. En Europe, la prise en charge des soins dispensés aux patients pendant l'année suivant immédiatement une fracture de la hanche atteint selon les estimations actuelles un total astronomique de 14,7 milliards d'euros. Ces patients devant très souvent recevoir un traitement pendant plus d'une année, le montant nécessaire à ce type de soins est encore supérieur au chiffre cité. Chez les femmes de plus de 45 ans, l'ostéoporose est responsable de plus de jours d'hospitalisation que toute autre maladie, y compris le diabète, l'infarctus du myocarde et le cancer du sein.⁴ Nous devons donc impérativement mettre en œuvre des politiques de prévention de l'ostéoporose et de ses conséquences. Une première fracture peut en entraîner d'autres rapidement. C'est ce qu'on appelle les « fractures en cascade ». Il est donc essentiel que les responsables politiques accordent une importance toute particulière à la promotion du diagnostic de l'ostéoporose avant la première fracture. Force est de constater qu'actuellement les systèmes de santé n'accordent pas la priorité voulue à ce problème. Nous devons donc nous y attaquer de toute urgence.

Nous remercions sincèrement les membres du Groupe consultatif de l'UE sur l'Ostéoporose de leur dévouement et du travail qu'ils ont accompli au cours de l'année écoulée pour faire progresser les politiques en matière d'ostéoporose. Nous prions instamment le Groupe consultatif de poursuivre sa collaboration avec les parties concernées dans les différents pays et au niveau européen en vue de mettre en pratique les actions préconisées dans le présent rapport. Étape par étape, nous nous efforçons d'instaurer une véritable prévention des fractures qui peuvent être évitées et nous espérons ainsi transformer la vie de millions d'Européens.

Préface



Mel Read, membre du Parlement européen (MPE), Présidente du Groupe d'intérêt du Parlement européen sur l'Ostéoporose

Pourquoi le Groupe d'intérêt du Parlement européen a-t-il été créé ?

Le Groupe d'intérêt du Parlement européen sur l'Ostéoporose (tableau 1) a été créé en réponse à une évaluation réalisée en 2001⁵, laquelle révélait le peu de progrès qui avaient été faits pour réaliser les objectifs du *Rapport sur l'ostéoporose dans la Communauté européenne – Action pour la prévention* de 1998, publié par la Commission européenne.⁶ Afin de stimuler la mise en œuvre de ces mesures politiques vitales nous avons récemment fait paraître un « Appel à l'Action » (tableau 2). Au cours des deux dernières années, et de concert avec l'UE, ainsi qu'avec ses membres en voie d'adhésion, nous avons travaillé à la mise en œuvre de ces actions.

Mel Read.

Il me suffit de parler avec mes collègues pour me rendre compte que rares sont les personnes qui comprennent ce que représente l'ostéoporose et les fractures invalidantes qu'elle entraîne. De nombreux responsables politiques ignorent encore tout de l'énorme coût tant en termes humains qu'économiques de cette maladie négligée. Je trouve révoltant que le risque sévère de subir une fracture par fragilité ne soit toujours pas détecté chez un si grand nombre d'Européens et qu'ils soient privés des thérapies préventives dont l'efficacité a été démontrée. L'objectif du présent Plan d'Action est de s'attaquer à ce problème en proposant des stratégies concrètes et abordables financièrement en vue de prévenir les fractures par fragilité.

Mes collègues du Groupe d'intérêt du Parlement européen sur l'Ostéoporose et moi-même sommes donc extrêmement heureux d'héberger le 12 novembre 2003 au Parlement de Bruxelles le lancement du Plan d'Action dont je ne saurais trop souligner l'importance. Afin de faire mieux connaître le coût humain de l'ostéoporose, la cérémonie de lancement présente une émouvante exposition de photographies. Les participants ont également la possibilité de découvrir leur propre risque d'ostéoporose.

Tous les responsables politiques – et en particulier les membres du Groupe d'intérêt du Parlement européen sur l'Ostéoporose – garderont un regard attentif sur toutes les questions relatives à la maladie. Nous espérons vivement que la mise en œuvre des étapes clés présentées dans ce rapport entraînera les progrès escomptés, car cela signifiera un allègement notable du fardeau représenté par les fractures ostéoporotiques en Europe.

Je vous remercie de votre fidèle soutien.

Tableau 1

Membres du Groupe d'intérêt du Parlement européen sur l'Ostéoporose

Mary Banotti MPE, Irlande	Arlene McCarthy, MPE, Royaume-Uni
John Bowis MPE, Royaume-Uni	Eryl McNally, MPE, Royaume-Uni
Charlotte Cederschiöld, MPE, Suède	Eluned Morgan, MPE, Royaume-Uni
Den Dover MPE, Royaume-Uni	Angelika Niebler, MPE, Allemagne
Concepció Ferrer, MPE, Espagne	Giuseppe Nistico, MPE, Italie
Colette Flesch, MPE, Luxembourg	Elly Plooij van Gorsel, MPE, Pays-Bas
Mary Honeyball, MPE, Royaume-Uni	Mel Read, MPE, Royaume-Uni (Présidence)
Richard Howitt, MPE, Royaume-Uni	Frédérique Ries, MPE, Belgique
Caroline Jackson, MPE, Royaume-Uni	Proinsias de Rossa, MPE, Irlande
Karin Jöns, MPE, Allemagne	Catherine Stihler, MPE, Royaume-Uni
Astrid Lulling, MPE, Luxembourg	Astrid Thors, MPE, Finlande
Torben Lund, MPE, Danemark	Helle Throning-Schmidt MPE, Danemark
Elizabeth Lynne, MPE, Royaume-Uni	Diana Wallis, MPE, Royaume-Uni
Minerva Malliori, MPE, Grèce	

Tableau 2

L'Appel à l'Action du Groupe d'intérêt du Parlement européen sur l'Ostéoporose

Lors d'une conférence de presse tenue le 1er décembre 2001, le Groupe d'intérêt du Parlement européen sur l'Ostéoporose a lancé un Appel à l'Action visant à prévenir les souffrances évitables et les coûts liés aux fractures ostéoporotiques. Les autorités sanitaires nationales et les compagnies d'assurance-maladie ont été instamment priées de prendre les mesures suivantes :

- Apporter leur soutien financier ainsi que leur participation aux campagnes d'éducation et de sensibilisation ;
- Améliorer l'accès des personnes courant un risque élevé de fractures liées à l'ostéoporose aux tests de densitométrie osseuse et financer ces tests.
- Financer les thérapies préventives dont l'efficacité a été démontrée pour les personnes courant un risque élevé de fractures liées à l'ostéoporose.

En outre, afin d'aider les Etats membres et en voie d'adhésion à mettre au point de meilleures pratiques et d'évaluer les résultats des mesures qu'ils ont mises en œuvre, l'Appel à l'Action prie instamment la Commission européenne de travailler en partenariat avec la Fondation internationale contre l'Ostéoporose pour :

- Réunir les décideurs nationaux et européens et les experts en ostéoporose ainsi que les groupes concernés, afin qu'ils mettent au point des stratégies de prévention des fractures liées à l'ostéoporose pratiques et d'un bon rapport coût/efficacité. Ces stratégies devraient définir des objectifs mesurables, réalistes et délimités dans le temps.
- Créer un système coordonné de collecte de données afin d'assurer la surveillance des fractures liées à l'ostéoporose dans l'ensemble de l'Europe.

Les membres du Groupe d'intérêt du Parlement européen sur l'Ostéoporose agissent en tant qu'ambassadeurs des personnes souffrant d'ostéoporose et de fractures au sein des Etats membres et en voie d'adhésion ainsi que de l'UE afin de contribuer à la mise en œuvre de l'Appel à l'Action. Une évaluation sera organisée dans trois ans afin d'apprécier les progrès réalisés.

Base légale européenne des actions en faveur de la santé

L'Article 152 constitue la base légale de l'action exercée au sein de la Communauté dans le domaine de la santé publique. Adopté par le Traité de Maastricht en 1993, il a été considérablement renforcé grâce au Traité d'Amsterdam entré en vigueur en 1999. Cet article fournit maintenant à la Communauté la base légale nécessaire pour adopter des mesures visant à assurer (plutôt qu'à simplement y contribuer) un niveau élevé de protection sanitaire à toute personne. Le pouvoir de décision en matière de santé publique demeure majoritairement entre les mains des Etats Membres, lesquels sont responsables de la prestation des services de santé publique et des traitements médicaux. Toutefois la Communauté a un rôle complémentaire important à jouer, consistant principalement à soutenir les efforts des Etats Membres et à les aider à formuler leurs objectifs et de leurs stratégies ainsi qu'à en coordonner la mise en œuvre. L'Article 152 encourage une coopération étroite des Etats Membres dans certains domaines de la santé publique, notamment la lutte contre les menaces majeures pesant sur la santé et la promotion de la recherche sur leurs causes, leurs modes de transmission et leur prévention, ainsi que l'information, l'éducation et la surveillance en matière de santé.

En vertu de la marge de manœuvre dont elle dispose dans le domaine de la santé publique, la Commission européenne a centré son action en faveur de la lutte contre l'ostéoporose sur la promotion de la santé, la prévention de la maladie et des fractures qu'elle entraîne et les questions de surveillance sanitaire. Cette action est reflétée dans les paroles prononcées par le Commissaire David Byrne lors du lancement le 1er décembre 2001 de l'Appel à l'Action du Groupe d'intérêt du Parlement européen sur l'Ostéoporose.



« Nous devons continuer à travailler de concert avec les instances nationales qui ont la responsabilité de la prestation des services de santé et des soins médicaux. »

David Byrne, Commissaire européen chargé de la santé et de la protection des consommateurs

Introduction

En quoi un Plan d'Action de l'UE peut-il être utile ?

La raison en est simple. L'ostéoporose n'est pas seulement une des maladies les plus graves, les plus invalidantes et les plus coûteuses en Europe, puisque passé l'âge de 50 ans, elle affecte une femme sur trois et un homme sur huit,¹ mais elle est également l'une des moins reconnues.

Le plan d'action, produit avec le soutien financier de la Commission européenne, est un « appel à l'action » en vue de donner un meilleur avenir aux Européens courant un risque élevé de subir des fractures par fragilité en mettant en évidence les étapes clés qui traceront la voie d'une Europe exempte de ce type de fractures.

Le rapport décrit en détail ces étapes clés, et fournit des références, des sources d'information et des exemples de meilleures pratiques afin d'encourager les Etats membres et en voie d'adhésion à s'informer mutuellement de leurs succès respectifs et d'éviter ainsi d'avoir tout à réinventer et à pouvoir susciter des changements sans dépenses excessives.

Le rapport souligne aussi le besoin actuel de données fiables et récentes sur les fractures par fragilité rassemblées dans toute l'Europe. Ces données sont indispensables pour pouvoir évaluer l'impact des programmes de prévention de ces fractures et mettre au point des stratégies efficaces en vue de diminuer le fardeau économique et sanitaire représenté par l'ostéoporose.

Une autre initiative financée par la Commission européenne est le projet de mise au point de stratégies européennes créé en 2001 pour réduire le fardeau représenté par les maladies des os et des articulations. Ce vaste projet couvre de nombreuses questions, notamment l'ostéoporose, l'arthrite rhumatoïde, l'ostéoarthrite, les douleurs dorsales et les traumatismes et consiste à étudier l'incidence, la prévalence, les facteurs de risque, la prévention, le traitement et la réadaptation liés à ces maladies. Le rapport final de ce projet sera publié en décembre 2003 et viendra en complément des activités plus orientées sur l'ostéoporose présentées dans les pages du plan d'action.

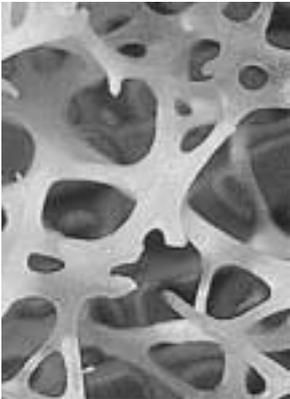
Qu'est-ce que l'ostéoporose ?

L'Organisation mondiale de la Santé a défini l'ostéoporose comme une maladie touchant l'ensemble du système et caractérisée par une faible masse osseuse et une détérioration micro-architecturale du tissu osseux entraînant une fragilité osseuse accrue et, par suite, une augmentation du risque de fracture.⁷ Les fractures par fragilité sont la marque de la présence d'ostéoporose et surviennent le plus souvent au niveau de la colonne, de la hanche et de l'avant-bras. Ces fractures augmentent rapidement avec l'âge et sont une des principales causes de morbidité et de mortalité parmi les populations âgées.

Après l'âge de 50 ans, une femme sur trois et un homme sur huit subiront au moins une fracture par fragilité au cours du restant de leur vie¹. Le risque de fracture de la hanche au cours de la totalité de la durée de vie est plus élevé chez les femmes que la somme des risques de cancer du sein et des cancers endométriques et ovariens. En Europe, le coût total des soins aux patients au cours de la première année ayant suivi une fracture de la hanche est actuellement estimé à un montant astronomique de 14,7 milliards d'euros. Selon les prévisions, le vieillissement de la population européenne entraînera un accroissement spectaculaire des charges imputables à l'ostéoporose. Si nous tardons à prendre les mesures nécessaires, l'incidence annuelle des fractures de la hanche dans l'UE aura plus que doublé dans 50 ans et sera passée de 414 000 à 972 000 cas.⁶

Les fractures par fragilité les plus graves sont les fractures de la hanche. Elles sont particulièrement invalidantes et contribuent avec les fractures vertébrales à une augmentation importante du taux de mortalité.

Os normal



Os ostéoporotique

Une fracture par fragilité est le plus important indicateur du risque de survenue d'une nouvelle fracture, le risque d'avoir une fracture quelle qu'elle soit passant du simple au double au cours de l'année suivante et le risque de fracture vertébrale pouvant se multiplier par 5 fois pour l'année suivant une fracture vertébrale.⁸ La progression de l'ostéoporose, souvent considérée comme lente, peut s'accélérer rapidement après la survenue d'une fracture. C'est pourquoi il est vital de prévenir une première fracture, susceptible d'entraîner une cascade d'autres fractures. Mais c'est là une difficulté importante, étant donné que l'ostéoporose ne se signale que rarement par des symptômes clairs avant une fracture et que la plupart des personnes concernées ne sont généralement pas conscientes des risques qu'elles courent. Comme le déclare Mme le Professeur Rita Süßmuth, ancienne Présidente du Bundestag : « L'ostéoporose est une maladie chronique les plus sérieuses que l'on puisse trouver en Europe, et pourtant la plupart des femmes allemandes ignorent leur risque personnel d'ostéoporose ».

Le rôle irremplaçable de l'Union européenne et du Parlement européen

Afin d'apporter une réponse à ces statistiques préoccupantes, le Parlement européen a saisi la Commission européenne afin qu'elle prépare des recommandations visant à faire de l'ostéoporose une des priorités des services de santé. En 1998, la Commission européenne publiait huit recommandations dans le Rapport sur l'Ostéoporose dans la Communauté européenne – Action pour la Prévention (tableau 3).⁶ Toutefois, les résultats d'une évaluation de la mise en œuvre des huit recommandations réalisée en 2001 a livré des résultats décevants⁵ et démontré qu'un nombre inacceptable d'Européens continuent à souffrir sans raison valable de fractures par fragilité et n'ont pas accès à temps au diagnostic et aux thérapies efficaces de prévention de ces fractures.

En 2002, la Commission Européenne a apporté son soutien financier à plus de 40 responsables politiques en provenance d'Etats membres, membres du Parlement Européen, experts en ostéoporose et partenaires de projets, lesquels se sont constitués en un Groupe consultatif de l'UE sur l'Ostéoporose (tableau 4). L'objectif de l'Appel à l'Action du Groupe consultatif est d'inciter les gouvernements à accorder une plus grande priorité à l'ostéoporose et s'attachant tout particulièrement à élaborer des stratégies efficaces de prévention des fractures par fragilité chez les personnes à haut risque. Le plan d'action représente donc une étape importante dans ce processus et a été préparé à la suite de réunions officielles ou de consultations individuelles avec les membres du Groupe consultatif de l'UE sur l'Ostéoporose a cours de l'année écoulée.



En 1998, le « Rapport sur l'Ostéoporose dans la Communauté européenne – Action pour la Prévention » présentait huit recommandations (tableau 3) visant à faire de l'ostéoporose une des priorités de la santé en Europe.



En 2001, « L'Ostéoporose dans la communauté européenne : un Appel à l'Action » évaluait l'évolution des politiques en matière d'ostéoporose depuis 1998. Ce rapport a montré qu'au cours de ces trois ans, les coûts hospitaliers directs du traitement des fractures ostéoporotiques avaient augmenté de 33% et que les huit recommandations n'avaient été que peu suivies.



En avril 2003, une nouvelle publication émanant de la première réunion du Groupe consultatif de l'UE sur l'Ostéoporose en septembre 2002, rendait compte des progrès accomplis dans les pays. Le nouveau rapport indique que si de nombreux pays ont progressé de façon significative, beaucoup reste à faire pour le plein accomplissement des huit recommandations de 1998.

Tableau 3

7

Recommandations tirées du Rapport sur l'Ostéoporose dans la Communauté européenne – Action pour la Prévention de 1998 (Commission européenne)⁶

Recommandation 1

L'Union européenne et les gouvernements de ses 15 Etats membres feront de la lutte contre l'ostéoporose un des objectifs majeurs de leur politique de santé publique.

Recommandation 2

Davantage d'informations sur l'incidence et la prévalence des fractures ostéoporotiques sont nécessaires.

Recommandation 3

Les systèmes nationaux de l'ensemble de l'UE seront coordonnés afin de pouvoir répondre efficacement à l'accroissement de la demande en matière de soins de santé, et un système efficace d'affectation des ressources appropriées sera institué.

Recommandation 4

Des politiques de sensibilisation et d'orientation du grand public et des professionnels de la santé au sujet des régimes à base de calcium et de vitamine D seront élaborées et mises en œuvre.

Recommandation 5

Toute personne présentant des indications cliniques reconnues aura accès aux mesures de densité osseuse et ces tests lui seront remboursés.

Recommandation 6

Pour déterminer les traitements qu'il convient de préconiser, les Etats membres suivront une approche fondée sur des preuves établies. Ces traitements seront remboursés pour tous les patients au bénéfice d'un traitement résultant d'indications reconnues.

Recommandation 7

Les gouvernements apporteront un soutien actif aux associations de patients et aux associations scientifiques, les appuieront financièrement et les aideront à faire connaître leur cause. La formation appropriée des personnels de santé concernés par la prise en charge de l'ostéoporose sera également considérée comme une priorité importante.

Recommandation 8

Il est urgent de poursuivre les recherches dans un certain nombre de domaines, notamment :

- Facteurs déterminant la masse osseuse maximale susceptibles d'être modifiés (notamment l'exercice physique ou la prise de calcium) et utilisation possible de ces facteurs pour l'obtention d'une masse osseuse maximale plus élevée parmi la population.
- Identification des facteurs de risque de chutes et influence des stratégies de prévention des chutes sur le taux de fractures.
- Développement de l'évaluation parmi différents groupes d'âges des méthodes d'identification des personnes courant un risque de fractures, notamment l'atténuation ultrasonore large bande, les marqueurs biochimiques de la vitesse du remodelage osseux et l'étude des facteurs de risque, utilisés seuls ou en association.
- Evaluation du rapport coût/efficacité du dépistage chez les femmes âgées.
- Causes et traitement de l'ostéoporose chez les hommes.



Le fait qu'il était urgent de stopper l'épidémie d'ostéoporose en Europe ayant été reconnu, un « Rapport sur l'ostéoporose dans la Communauté européenne » a été lancé en juin 1998 au Parlement européen à Bruxelles.

Membres du Groupe consultatif de l'Union européenne sur l'Ostéoporose

Membres nationaux

Allemagne

Professeur Helmut Minne,
Centre d'Endocrinologie de la
Klinik der Fürstehof;
Académie allemande des
Sciences ostéologiques et
rhumatologiques

Professeur Dr. Rita Süßmuth,
Ancienne Présidente du
Bundestag, Chef de la délé-
gation parlementaire à
l'Assemblée de l'Organisation
pour la Sécurité et la
Coopération en Europe

Autriche

Professeur Gerold Holzer,
Chirurgien orthopédiste,
Université de l'École de
Médecine de Vienne;
Association autrichienne sur
la ménopause

Dr. Hubert Hrabcik,
Directeur général de la Santé
publique, Ministère fédéral
pour la Santé des Femmes

Belgique

Professeur Jean-Yves Reginster,
Centre collaborateur de
l'OMS, Liège

Dr. René Snacken,
Conseiller principal auprès du
Ministère de la Santé, Bruxelles

Danemark

Dr. Bente Lomholt Langdahl,
Endocrinologie et Métabolisme,
Hôpital universitaire d'Aarhus

Espagne

Professeur Jorge B.Cannata
Andia, Service du métabolisme
osseux et minéral, Institut
de Recherche Reine Sophie,
Oviedo

Dr. Sagrario Mateu Sanchis,
Chef de la Santé maternelle
et infantile, Ministère de la
Santé

Finlande

Professeur Christel Lamberg-
Allardt, Département de
Chimie et de Microbiologie
appliquées, Université
d'Helsinki

Dr. Olli Simonen,
Conseiller ministériel auprès
du Gouvernement

Professeur Marjo Tuppurainen,
Unité de recherche sur les Os
et le Cartilage,
Université de Kuopio

France

Professeur Liana Euler-Ziegler,
Service de Rhumatologie du
Centre hospitalier universitari-
re de Nice, Coordinatrice de
la Décennie des Os et des
Articulations pour la France

Dr. Benoit Lavallart,
Direction générale de la
Santé, Bureau des Pathologies
Chroniques de l'Enfance et
du Vieillessement

Grèce

Dr. Costas Phenekos,
Représentant désigné du
Ministère de la santé et du
Bien-Être social, Directeur du
Département d'Endocrinolo-
gie et du Métabolisme de
l'Hôpital de la Croix-Rouge

Professeur George Lyritis,
Chirurgien orthopédiste;
Fondation hellénique contre
l'Ostéoporose

Irlande

M. Ivor Callely,
Ministre chargé des Personnes
âgées, Département de la
Santé et de l'Enfance, Dublin

Professeur Moira O'Brien,
Trinity College, Dublin;
Association irlandaise contre
l'Ostéoporose

Italie

On. Rossana Boldi,
Membre de la Commission
sénatoriale pour la Santé;
Coordinatrice de l'Enquête
nationale sur l'ostéoporose

Professeur Sergio Ortolani,
Unité du Métabolisme des
Maladies osseuses, Istituto
Auxologico Italiano, IRCCS

On. Antonio Tommasini,
Président de la Commission
sénatoriale pour la Santé

Luxembourg

Dr. Marco Hirsch,
Rhumatologue, Association
Luxembourgeoise d'Etude
du Métabolisme Osseux et de
l'Ostéoporose (ALEMO)

Dr. Simone Steil,
Médecin-chef de la Division
de la Médecine préventive et
sociale auprès du Ministère
de la Santé

Pays-Bas

Mme Elisabeth de Boer-
Oosterhuis, Chef exécutif,
Association contre
l'Ostéoporose

Mme Pepita Groeneveld,
Conseillère principale en poli-
tiques sanitaires préventives,
Département de la Santé
publique, Ministère de la
Santé

Professeur Huibert A.P.Pols,
Interniste, Centre médical
universitaire Erasme,
Rotterdam

Portugal

Dr. Alexandre Diniz,
Consultant auprès du
Ministère de la Santé

Dr. Viviana Tavares,
Rhumatologue et consultante
auprès du Groupe de travail
du Plan national contre les
Maladies rhumatismales,
Direction générale de la Santé

Royaume-Uni

Mme Angela Jordan,
Association nationale contre
l'Ostéoporose

M. Tony McWalter Esq.,
Membre du Parlement

Suède

Mme Lena Ohrsvik,
Anciennement Membre du
Parlement

Dr. Anna Ramnemark,
Département de Médecine,
Hôpital universitaire d'Umea

Union européenne

Mme Minerva Malliori,
Membre du Parlement euro-
péen, Grèce

Mme Angelika Niebler,
Membre du Parlement euro-
péen, Allemagne

Mme Elly Plooi van Gorsel,
Membre du Parlement euro-
péen, Pays-Bas

Dr. Hermann Stamm, Centre
commun de Recherche de la
Commission européenne;
Chef de l'Unité des matériels
et systèmes biomédicaux de
l'Institut de la Santé et de la
Protection des Consommateurs

Europe

Dr. Aushra Shatchkute,
Organisation mondiale de la
Santé, Bureau régional pour
l'Europe

Mme Peggy Maguire
Partenaire de Projet, Institut
européen pour la Santé des
Femmes

**Communauté
internationale**

Professeur Kristina Akesson,
Partenaire de Projet, Décennie
des Os et des Articulations
2000-2010

Professeur David Marsh,
Partenaire de Projet,
Association internationale
pour le traitement des
fractures

Dr. Daniel Navid, CEO,
Fondation internationale
contre l'Ostéoporose

Chef de Projet

Dr. Juliet Compston,
Metabolic Bone Disease,
University of Cambridge
School of Clinical Medicine;
Membre du Conseil de la
Fondation internationale
contre l'Ostéoporose

Coordinatrice de Projet

Mme Mary Anderson,
Pharmacienne, Membre du
Conseil de la Fondation inter-
nationale contre
l'Ostéoporose

**Conseiller principal pour
le Projet**

Professeur Socrates
Papapoulos, Endocrinologie et
Maladies du Métabolisme,
Université de Leiden; Membre
du Conseil de la Fondation
internationale contre
l'Ostéoporose

Résumé d'orientation

Introduction : Pourquoi un plan d'action maintenant ?

L'ostéoporose est une maladie grave et invalidante affectant une femme sur trois et un homme sur huit après l'âge de 50 ans. Non seulement les fractures qui lui sont imputables ont une incidence considérable sur la santé et la qualité de la vie des personnes qui les subissent, mais elles constituent un énorme fardeau économique pour les systèmes de santé des pays européens. Avec l'accroissement de l'espérance de vie, et si des mesures ne sont pas prises dès maintenant, on peut s'attendre à ce que le nombre d'Européens souffrant d'ostéoporose augmente dans des proportions alarmantes. L'aspect positif de cette situation, c'est qu'il est possible de prévenir les fractures ostéoporotiques. En 1998, la Commission européenne a publié une liste de recommandations pour la prévention en Europe de l'ostéoporose et des fractures qui lui sont associées. Toutefois, une évaluation réalisée en 2001 a démontré que ces recommandations avaient été peu suivies. En 2002, un groupe de responsables politiques de 40 gouvernements de l'Union européenne, de membres du Parlement européen, d'experts de l'ostéoporose et de partenaires de projets se sont constitués en « Groupe consultatif de l'UE sur l'Ostéoporose » et ont lancé un appel à l'action pour que les recommandations de 1998 soient mises en œuvre étape par étape. Au cours des 12 derniers mois, le Groupe consultatif s'est réuni officiellement à deux reprises et plusieurs de ses membres se sont rencontrés de manière informelle afin de décider quelles seraient les prochaines étapes clés. Les recommandations visant à une meilleure prévention des fractures ostéoporotiques en Europe, sont résumées ci-dessous.

Etape 1

Campagnes de sensibilisation

Afin d'atteindre une efficacité optimale, les campagnes de sensibilisation devraient s'adresser en tout premier lieu aux personnes courant les plus grands risques d'ostéoporose ainsi qu'aux médecins prenant en charge la plupart des fractures liées à l'ostéoporose. Ces fractures surviennent le plus couramment chez les femmes ménopausées, mais les études ont montré que celles-ci ne sont que rarement conscientes de ce risque. Une initiative novatrice a consisté à mettre au point un Test rapide du risque d'ostéoporose, grâce auquel les personnes peuvent répondre par oui ou par non à dix questions très simples. Une promotion de ce test a été faite par l'intermédiaire de la télévision, d'annonces dans la presse et d'événements et il occupe une place de choix dans le site Internet de l'IOF. D'autres initiatives ont été lancées dans diverses régions par les associations membres de l'IOF.

De nombreux spécialistes sont particulièrement bien placés pour contribuer à la prévention de l'ostéoporose, comme, notamment, les gynécologues. Toutefois, la maladie est encore souvent mal connue. En outre, si les chirurgiens orthopédistes/traumatologues et les radiologues jouent un rôle capital dans le diagnostic des fractures ostéoporotiques, celui-ci fait souvent figure d'occasion manquée selon diverses études. La fourniture d'un équipement de mesure de la densité osseuse est une mesure essentielle si l'on veut améliorer les soins prodigués par les chirurgiens orthopédistes/traumatologues. D'autres stratégies reposent sur la mise au point de « filières de soins » qui permettent d'assurer que les prestations suivent toujours la même méthodologie et de créer une spécialisation des soins infirmiers pour coordonner les soins en cas de fractures.

Suivant les techniques qu'ils emploient, les radiologues peuvent repérer les fractures vertébrales, mais malheureusement, les études démontrent que nombre de ces fractures ne sont pas décelées et donc non répertoriées. Les prestations des radiologues seraient grandement améliorées par la promotion de meilleures techniques, comme par exemple des méthodologies normalisées, et par une amélioration de la communication avec les autres professionnels de la santé qui pourraient, par exemple, mentionner en toutes lettres les mots « fracture vertébrale » sur les lettres et les notes concernant le patient.

Enfin, afin d'évaluer l'efficacité des campagnes, il est de toute première importance d'améliorer l'enregistrement des données sur les fractures ostéoporotiques pour l'ensemble de l'Europe.

	Mesures à prendre	Responsabilité	Date butoir
10	Mise en œuvre de campagnes de sensibilisation ciblant les personnes courant un risque potentiel élevé telles que les femmes ménopausées	Associations de patients souffrant d'ostéoporose, avec le soutien et la participation financière du Ministère de la Santé de chaque membre ou adhérent	Décembre 2005
	Mise en œuvre de campagnes de sensibilisation à l'intention de professionnels de la santé tels que les gynécologues, les chirurgiens orthopédistes/traumatologues et les radiologues	Associations de spécialistes (p.ex. les associations de radiologues) en coopération avec les organisations non lucratives sur l'ostéoporose et disciplines associées, avec le soutien et la participation financière du ministère de la santé de chaque membre ou adhérent	Décembre 2005

Etape 2

Stratégies de prévention et modes de vie

L'ostéoporose résulte d'une croissance osseuse insuffisante pendant l'enfance et l'adolescence, et/ou d'une perte de la masse osseuse à l'âge adulte. Les chutes jouent également un rôle important dans la survenue des fractures ostéoporotiques. Les mesures préventives doivent donc se préoccuper de ces questions. Les ajustements du mode de vie consistent notamment à s'alimenter correctement pendant toute sa vie (en particulier en consommant suffisamment de calcium et de vitamine D), faire de l'exercice physique, et s'abstenir de fumer et de consommer trop d'alcool.

Bien que l'importance du calcium et de la vitamine D dans la prévention de l'ostéoporose soit largement prouvée, leur consommation ne fait que peu l'objet de promotion de la part des gouvernements. Par ailleurs, tous les pays européens n'ont pas défini la dose minimale quotidienne nécessaire de ces nutriments. C'est sans doute pourquoi on relève très souvent une consommation insuffisante, en particulier chez les personnes âgées.

Les exercices avec des poids au début de la vie sont connus pour augmenter la masse osseuse. Chez les personnes âgées, l'exercice augmente également la densité osseuse et la force musculaire, améliore la coordination des mouvements et contribue à prévenir les chutes.

Certaines campagnes visant à améliorer l'alimentation et à augmenter l'exercice physique ciblent en particulier les enfants et les adolescents. Ces campagnes peuvent aussi s'adresser à des groupes particulièrement exposés, afin de réduire les facteurs de risques liés aux modes de vie. Il faut élaborer de meilleurs programmes de promotion et d'éducation afin de convaincre un plus grand nombre de personnes d'adopter des modes de vie compatibles avec une bonne santé osseuse.

Mesures à prendre	Responsabilité	Date butoir
Elaboration, avec le soutien des gouvernements, de programmes d'éducation à l'intention de tous les groupes d'âges afin d'informer le public sur la manière de diminuer le risque d'ostéoporose. Se mettre d'accord sur des programmes d'éducation et rechercher des financements	Professionnels de la santé et associations de patients, en coopération avec les décideurs et les coordonnateurs nationaux pour l'ostéoporose des ministères de la santé au sein des ministères de la santé des gouvernements	Décembre 2005
Harmonisation dans l'ensemble de l'Europe des recommandations concernant la consommation de calcium et de vitamine D pour tous les groupes d'âges.	Professionnels de la santé, décideurs et coordonnateurs nationaux pour l'ostéoporose au sein des ministères de la santé des gouvernements	Décembre 2005
Elaboration, avec le soutien des gouvernements, de campagnes de santé publique en vue d'améliorer la consommation de calcium et de vitamine D, recommander des doses quotidiennes minimum et assurer un niveau approprié d'exercice physique chez tous les groupes d'âge	Professionnels de la santé et associations de patients, en coopération avec les décideurs et les coordonnateurs nationaux pour l'ostéoporose au sein des ministères de la santé des gouvernements	Début de la mise en œuvre en décembre 2006

Etape 3

Directives pour la prévention des fractures liées à l'ostéoporose

Les directives sont des outils efficaces pour la promotion de pratiques cliniques fondées sur des techniques éprouvées. Etant donné que certains aspects de la prise en charge de l'ostéoporose peut

11

varier d'un pays à l'autre (par exemple la disponibilité des ressources) il est nécessaire que chaque pays édicte ses propres directives. Beaucoup n'ont pas de directives nationales éprouvées de prise en charge de l'ostéoporose, ce qui requiert une action immédiate. Le Groupe consultatif de l'UE sur l'Ostéoporose collationne actuellement toutes les directives concernant l'ostéoporose existant dans les États membres, qui seront évaluées, comme également celles en provenance des membres adhérents sur AGREE, la Grille d'évaluation de la qualité des recommandations pour la pratique clinique. La mise au point de nouvelles directives doit pouvoir s'appuyer sur la coopération entre tous les professionnels de la santé concernés et les organismes non professionnels (en particulier ceux représentant les patients et leurs aides) et requiert généralement de 4 à 8 réunions sur 1 à 2 ans, suivies d'une phase consultative. Les recommandations doivent se fonder sur une étude systématique de la littérature existante et les sources doivent être explicitement indiquées. Le soutien financier en faveur de l'élaboration et de la diffusion des directives devrait provenir des gouvernements nationaux, lesquels doivent donner leur aval aux recommandations. Des ressources supplémentaires, ainsi que des modifications structurelles sont habituellement nécessaires pour que les directives puissent être pleinement appliquées, et les analyses d'économie de la santé sont un moyen puissant de justifier l'allocation de ressources additionnelles. Une fois les directives appliquées, il est très important d'évaluer leur mise en pratique selon des critères clairement définis dans les directives elles-mêmes. Enfin, les directives doivent être fréquemment mises à jour afin de tenir compte des progrès les plus récents. Il faut planifier ces actualisations (par exemple au minimum tous les 5 ans), mais il se peut que d'autres actualisations, non programmées, doivent être réalisées si de nouvelles données voient le jour.

Mesures à prendre	Responsabilité	Date butoir
Amélioration de l'accessibilité des États membres et adhérents aux directives éprouvées actuelles visant à permettre l'échange des meilleures pratiques et à assurer des soins optimaux	Groupe consultatif de l'UE sur l'Ostéoporose	Juin 2004
Mise au point de directives nationales éprouvées chez tous les membres et adhérents et approbation par les instances gouvernementales des directives nationales éprouvées	Associations scientifiques nationales sur l'ostéoporose, organisations de patients atteints d'ostéoporose, décideurs et coordonnateurs nationaux pour l'ostéoporose au sein des ministères de la santé des gouvernements	Décembre 2005
Soutien financier des gouvernements en faveur de l'élaboration, de la diffusion et de la mise en œuvre des directives nationales	Décideurs et coordonnateurs nationaux pour l'ostéoporose au sein des ministères de la santé des gouvernements	Janvier 2005
Mise au point et application d'instruments d'évaluation pour mesurer l'impact clinique des directives	Professionnels de la santé et décideurs	Décembre 2005

Etape 4

Soins relatifs aux fractures, réadaptation et prévention des chutes

Bien que l'on dispose d'une méthodologie permettant d'identifier les personnes courant des risques d'ostéoporose et que des mesures préventives efficaces soient à disposition, elles ne sont malheureusement que rarement utilisées. L'incidence des fractures est toujours élevée et l'on s'attend à ce qu'elle s'accroisse à l'avenir. Il est donc important que toutes les mesures visant à réduire la morbidité et la mortalité soient inscrites aux programmes en faveur des personnes âgées. Il est regrettable que ce soit rarement le cas et ceci en raison d'un manque de coordination entre les nombreuses disciplines en jeu et de la fréquente absence de directives éprouvées. Dans de nombreux pays européens, ces directives font encore défaut, mais la situation est en train de changer. Pour citer un exemple de meilleure pratique clinique, le Scottish Intercollegiate Guidelines Network, en Ecosse, a publié en 2002 des directives complètes et éprouvées sur la prise en charge des fractures de la hanche.

Une bonne coordination entre le personnel des services de santé et des services sociaux facilite dans une mesure appréciable la réadaptation des patients ayant subi une fracture de la hanche. Il est prouvé qu'en faisant appel à des services orthopédiques de gériatrie, on peut réduire la durée de l'hospitalisation et la mortalité et améliorer notablement la récupération des capacités fonctionnelles; toutefois, on ne trouve que rarement ce type de services. Un soutien nutritionnel peut également contribuer à la guérison en réduisant les complications postopératoires, et par voie de conséquence la durée de l'hospitalisation. Divers systèmes facilitant la sortie d'hôpital des patients ayant subi une fracture de la hanche et en la rendant plus sûre grâce à une collaboration étroite entre les services hospitaliers et communautaires existent et peuvent aussi raccourcir la durée de l'hospitalisation. Un grand nombre des fractures par fragilité résultent d'une chute. Il a été prouvé que la mise en œuvre simultanée de plusieurs interventions permet de réduire le nombre des chutes, tout comme l'évaluation des personnes âgées les plus exposées vivant en maison de retraite ainsi que leur envoi si nécessaire dans des services spécialisés. En Angleterre, le Gouvernement a publié un plan d'action en 2001 visant à améliorer les services sanitaires et sociaux destinés aux personnes âgées. Parmi les normes retenues figurait la prévention des chutes et des fractures, ainsi que l'obligation pour chaque localité du pays de disposer sur place d'ici 2005 d'un spécialiste des chutes.

Mesures à prendre	Responsabilité	Date butoir
Elaborer et recommander des programmes fondés sur des données éprouvées sur le traitement des fractures et capables d'aborder tous les aspects de la prise en charge, et bénéficiant de l'aval et du soutien des gouvernements	Experts nationaux en ostéoporose , notamment les membres du Groupe consultatif de l'UE sur l'Ostéoporose, les membres de Groupe de travail de l'IOF relatif au fractures, les décideurs et les coordonnateurs nationaux pour l'ostéoporose au sein du ministère de la santé du gouvernement	Juin 2005
Organiser des services multidisciplinaires pour la prise en charge des chutes mettant en œuvre des filières de soins intégrés comprenant le diagnostic et le traitement de l'ostéoporose	Experts nationaux en ostéoporose , notamment les membres du Groupe consultatif de l'UE sur l'Ostéoporose, les membres de Groupe de travail de l'IOF relatif au fractures, les décideurs et les coordonnateurs nationaux pour l'ostéoporose au sein du ministère de la santé du gouvernement	Juin 2005

Etape 5 Analyse économique

On estime qu'actuellement, 643 000 personnes souffriraient de fractures ostéoporotiques de la hanche en Europe, que le coût du traitement pendant la première année suivant la fracture s'élèverait à 14,7 milliards d'euros, et que le coût annuel de toutes les fractures liées à l'ostéoporose se monterait à 25 milliards d'euros. Avec l'accélération du vieillissement de la population en Europe, ce dernier coût continuera d'augmenter pour atteindre un chiffre estimé à 31,8 milliards d'euros en 2025. Ce chiffre est une sous-estimation puisqu'il ne tient pas compte de l'augmentation probable des coûts relatifs au traitement par patient et de l'incidence. Si l'on veut réduire les coûts entraînés par l'ostéoporose, il faut donc impérativement identifier les personnes courant un risque élevé et prendre des mesures de prévention. De ce point de vue la mesure de la densité osseuse par DXA est une technique d'un bon rapport coût/efficacité et toutes les personnes ayant subi une fracture ostéoporotique devraient pouvoir en bénéficier, ainsi que de son remboursement, d'autant plus que 4 unités DXA suffisent pour une population d'un million de personnes. Ce chiffre serait porté à 8 unités pour un million de personnes présentant des facteurs de risque importants autres qu'une fracture préalable.

Il existe de nombreuses thérapies, dont les biphosphonates et le raloxifène, qui sont d'un bon rapport coût /efficacité si elles ciblent les personnes courant un risque élevé de fractures ostéoporotiques. Ainsi, on estime qu'en ciblant 25% des femmes de plus de 65 ans les plus exposées, on pourrait prévenir 23% de toutes les fractures ostéoporotiques sur une période de 10 ans. Toutefois, seul un petit nombre de pays européens ont mené à bien des études de coût/efficacité.

Mesures à prendre	Responsabilité	Date butoir
Fourniture de possibilités suffisantes de densitométrie dans toute l'Europe et notamment d'un minimum de 8 systèmes DXA par million de personnes	Décideurs et coordonnateurs nationaux pour l'ostéoporose au sein des ministères de la santé des gouvernements	Janvier 2005
Remboursement des interventions et des coûts relatifs aux mesures de la densité osseuse chez les personnes les plus exposées au risque de fractures ostéoporotiques	Décideurs et coordonnateurs nationaux pour l'ostéoporose au sein des ministères de la santé des gouvernements	Janvier 2005
Extension à tous les membres et adhérents de l'analyse coût/efficacité des interventions.	Professionnels de la santé en coopération avec les décideurs, y compris les membres du Groupe consultatif de l'UE sur l'Ostéoporose et les coordonnateurs nationaux pour l'ostéoporose au sein des ministères de la santé des gouvernements	Décembre 2005

Etape 6 Evaluation des activités et planification de l'affectation des ressources futures de santé : la Base de données européenne sur les fractures

Il est essentiel que la mise au point des stratégies de prévention et de traitement de l'ostéoporose et la planification de l'affectation des ressources puissent se fonder sur des données relatives à l'incidence et à la prévalence des fractures ostéoporotiques actualisées en permanence. Des données de grande qualité permettront d'évaluer la charge économique des fractures ainsi que les changements de l'incidence avec le temps. Cela facilitera l'élaboration de modèles économiques ainsi que la planification de l'allocation des ressources. En comparant les besoins en soins hospitaliers et en réadaptation, on sera également en mesure de déterminer de quelle manière les ressources devront être réparties entre services de santé et services sociaux. En outre, les données d'incidence et de prévalence permettront d'évaluer l'impact des stratégies de prévention.

La Commission européenne travaille actuellement à l'élaboration d'un système européen d'information sur la santé (EUHIS). Au titre de ce projet, qui a débuté en 2001, la Commission européenne a mis au point une série d'indicateurs sanitaires (ECHI) à des fins de veille sanitaire. Cependant, en raison du large spectre de facteurs pris en considération par le projet, ces indicateurs sont trop généraux pour définir le type de fracture selon l'âge et le sexe du patient. C'est pourquoi, il est essentiel d'aborder cette question.

Il faudra tout d'abord évaluer la comparabilité des données en provenance des pays membres et adhérents lorsque celles-ci sont disponibles. Ces données seront analysées et présentées dans un format unifié afin de pouvoir être intégrées à la base de donnée EUHIS. Cet exercice fournira également des exemples de meilleures pratiques pouvant être appliquées dans toute l'Europe. Les données les plus accessibles sont celles relatives aux fractures de la hanche, puisqu'elles sont traitées en milieu hospitalier. Les registres des hôpitaux sont donc une source appréciable de données de grande qualité.

Mesures à prendre	Responsabilité	Date butoir
Définition d'indicateurs sanitaires pour l'ostéoporose en vue de pallier à l'insuffisance de ces indicateurs dans le projet de système d'information sur la santé de l'UE	Experts nationaux de l'ostéoporose, y compris les membres du Groupe consultatif de l'UE sur l'Ostéoporose et les membres du Groupe de travail de l'IOF relatif aux fractures	Juin 2004 (si financement en provenance de la Commission européenne)
Evaluation des données et des méthodes de rassemblement des données existantes auprès des membres et adhérents	Experts et décideurs nationaux, y compris les membres du Groupe consultatif de l'UE sur l'Ostéoporose et les membres du Groupe de travail de l'IOF relatif aux fractures	Mars 2005 (si financement en provenance de la Commission européenne)
Mise en œuvre du rassemblement des données auprès des membres et adhérents et échange des meilleures pratiques le cas échéant	Experts et décideurs nationaux, y compris les membres du Groupe consultatif de l'UE sur l'Ostéoporose	Décembre 2005 (si financement en provenance de la Commission européenne)
Utilisation des données sur les fractures pour la planification de l'allocation des ressources futures de santé et l'étude de l'impact des stratégies de prévention des fractures	Experts et décideurs nationaux et instances gouvernementales nationales, y compris les membres du Groupe consultatif de l'UE sur l'Ostéoporose	Décembre 2005 (si financement en provenance de la Commission européenne)

Les prochaines étapes clés

Les informations reçues des États membres sur l'évolution des politiques relatives à l'ostéoporose depuis la publication en 2001 du rapport d'évaluation et fournies par le Groupe consultatif de l'UE sur l'Ostéoporose montrent que les décideurs et les professionnels de la santé européens commencent à collaborer pour réduire les souffrances et les coûts excessifs liés aux fractures ostéoporotiques.²⁰ Toutefois, l'ostéoporose est encore une maladie négligée et la plupart des États Membres ne l'ont pas encore inscrite parmi les priorités du Gouvernement. Certains gouvernements ont montré qu'ils avaient amorcé une approche dans ce sens, avec des progrès particulièrement encourageants dans des pays tels que l'Autriche, la Finlande, la France, l'Italie, le Luxembourg, le Portugal et certaines parties du Royaume-Uni, mais beaucoup reste encore à faire.

Pour créer les conditions qui permettront à l'ostéoporose de figurer parmi les priorités des gouvernements, il est indispensable de travailler à la réalisation des prochaines étapes clés :

Étape 1 : Campagnes de sensibilisation

Étape 2 : Stratégies de prévention et modes de vie

Étape 3 : Directives pour la prévention des fractures liées à l'ostéoporose

Étape 4 : Soins relatifs aux fractures, réadaptation et prévention des chutes

Étape 5 : Analyse économique

Étape 6 : Évaluation des activités et planification de l'affectation des ressources futures de santé : la Base de données européenne sur les fractures.

Ensemble, ils travaillent à l'allègement du fardeau de l'ostéoporose

Les réunions organisées à Leiden par le Groupe consultatif de l'UE sur l'Ostéoporose ont permis aux décideurs et aux experts de l'ostéoporose d'unir leurs forces pour apporter leur contribution au Plan d'Action. Les photos montrent la deuxième réunion du Groupe consultatif à Leiden en septembre 2003

Première rangée à partir de la gauche : le Dr. Frédéric Sicard, observateur de la Commission européenne, Direction générale de la santé publique, et le Professeur Olof Johnell, Groupe de travail de l'OMS et Vice-Président du Comité scientifique consultatif de l'IOF ; le Dr. Benoît Lavallart, Direction générale de la Santé et le Professeur Liana Euler-Ziegler, expert en ostéoporose (France)



Deuxième rangée à partir de la gauche : le Dr. R. Schlogh, Ministère fédéral pour la santé et les femmes et le Dr. Gerold Holzer, expert en ostéoporose (Autriche), avec le Professeur David Marsch, Fédération internationale pour le traitement des fractures ; le Professeur Cristel Lamberg-Allardt, Département de chimie et de microbiologie appliquées, Université d'Helsinki, et le Dr. Olli Simonen, Conseiller ministériel auprès du Gouvernement (Finlande)



Étape 1 : Campagnes de sensibilisation

Introduction

Pour que la gravité de l'ostéoporose soit pleinement reconnue, il est essentiel que les gouvernements des États membres et adhérents la considèrent comme une des grandes priorités de leurs systèmes de santé et qu'ils collaborent efficacement avec les associations de patients locales ainsi qu'avec les organismes scientifiques et les organisations sans but lucratif s'occupant de la maladie à la planification et à la réalisation de campagnes de sensibilisation. Afin d'obtenir un impact maximum de la lutte contre les souffrances tout en réduisant celui des coûts encourus par les autorités sanitaires nationales, ces campagnes devraient cibler les groupes les plus exposés au risque de fractures ostéoporotiques au sein du grand public, et les professionnels de la santé assurant la prise en charge du plus grand nombre de patients ayant subi une fracture.

Campagnes de sensibilisation ciblant les personnes les plus exposées au risque de fractures liées à l'ostéoporose

Les femmes ménopausées, le principal « groupe à risque », ne connaissent pas toujours leur propre risque d'ostéoporose et de fractures. Une étude menée par l'IOF en 2000, a révélé que plus de la moitié des femmes interrogées ignoraient ce risque avant que l'ostéoporose ait été diagnostiquée chez elles.⁹ Il est donc vital que les personnes les plus exposées à des fractures par fragilité prennent conscience de leur propre risque et disposent d'options leur permettant de prévenir ces fractures.

Un test rapide simple à faire soi-même

Ce test (tableau 5)¹⁰ a été mis au point par l'IOF afin d'aider les gens à déterminer leur risque personnel de fractures par fragilité et de les encourager à prendre des mesures appropriées. Actuellement disponible en 17 langues, il recommande aux personnes ayant répondu affirmativement à l'une quelconque des dix questions de consulter leur médecin et l'association contre l'ostéoporose la plus proche, qui leur indiquera quels changements apporter à leurs modes de vie. Le test indique clairement que le fait d'avoir des facteurs de risque ne signifie pas nécessairement que l'on souffre d'ostéoporose – il engage simplement à consulter un médecin pour en savoir plus. Pour encourager les gens à faire le test, l'IOF et ses membres ont élaboré plusieurs programmes coordonnés :

Publicité presse et télévision

L'IOF a obtenu le soutien bénévole de Torre Lazur McCann (un membre de l'IOF) pour la production et la diffusion internationale de publicité. Torre Lazur McCann est membre du réseau McCann Erickson et encourage ses bureaux en Europe à travailler avec les associations européennes membres de l'IOF à l'adaptation des programmes publicitaires aux besoins spécifiques de la région et à la diffusion de ces programmes auprès des chaînes européennes de télévision. La publicité décrit les risques et encourage les téléspectateurs à faire le Test rapide du risque d'ostéoporose. On peut voir cette publicité sur www.osteofound.org.

Site Internet

Une bannière sur le haut de la page d'accueil du site de l'IOF est reliée au Test rapide du risque d'ostéoporose afin d'inciter les gens à le faire.

Événements

L'IOF organise régulièrement des événements de sensibilisation au cours desquels les visiteurs ont la possibilité de faire le Test rapide du risque d'ostéoporose, comme par exemple l'« Osteo-Tour », une tournée promotionnelle par véhicule publicitaire où des infirmières qualifiées disposaient d'un équipement de densitométrie, ainsi que de matériel d'information. L'Osteo-Tour coïncidait généralement avec l'exposition itinérante d'Olivier Toscani, *Osteoporosis : A Photographic Vision*. Pour de plus amples renseignements, veuillez consulter www.osteofound.org.

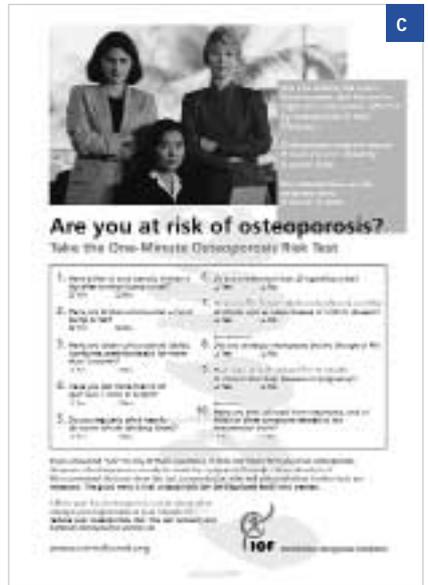
L'IOF décerne également un Prix des médias encourageant les journalistes à écrire des articles sur l'ostéoporose et à y faire figurer le Test rapide du risque d'ostéoporose.

Journée mondiale de l'Ostéoporose

Chaque année, le 20 octobre, se tient la Journée mondiale de l'Ostéoporose, au cours de laquelle l'IOF et ses associations membres font la promotion de leurs grands thèmes. Le thème pour 2003 est la « qualité de la vie » et celui de 2004 portera sur l'ostéoporose chez les hommes. Toutes ces activités font la promotion du Test rapide du risque d'ostéoporose ou mentionnent le fait qu'on peut le trouver sur le site Internet de l'IOF.

Campagnes de sensibilisation

Des campagnes de publicité dans la presse ont été lancées dans toute l'Europe le 20 octobre 2003 (a) Lecteurs de journaux et téléspectateurs sont orientés vers le site Internet de l'IOF (b) où ils trouveront le Test rapide du risque d'ostéoporose (c) en plus de 17 langues. Des événements tels que l'« Osteo-Tour » (d) et l'exposition itinérante de photographies d'Oliviero Toscani constituent un appui aux efforts nationaux et internationaux de sensibilisation. La publicité télévisuelle a été lancée en janvier 2003 et diffusée gratuitement par plusieurs chaînes européennes telles CNN, Discover, Eurosport, CNBC ainsi que par de nombreuses chaînes nationales (e).



Diffusion du Test rapide du risque de l'ostéoporose

Les associations membres de l'IOF déploient une grande créativité pour la diffusion du test dans leur région, comme par exemple en le distribuant aux pharmacies et lors de conférences ouvertes au public.

Campagnes de sensibilisation à l'intention des professionnels de la santé concernés par les fractures : la prévention de nouvelles fractures

Le diagnostic, la prévention et le traitement des fractures par fragilité intéressent un large éventail de praticiens tels que médecins généralistes, rhumatologues, gériatres, gynécologues, endocrinologistes, chirurgiens orthopédistes/traumatologues et radiologues.

Une fracture par fragilité est le premier indicateur de fractures à venir et le risque de nouvelle fracture peut se multiplier par 2 à 5 dans l'année qui suit. Il faut donc accorder la priorité à la formation des médecins le plus fréquemment concernés par les fractures. Ce sont notamment :

- Les chirurgiens orthopédistes/traumatologues, qui prennent en charge les patients ayant subi les fractures et qui sont les mieux placés pour écarter le cas échéant un diagnostic d'ostéoporose.
- Les radiologues. Le diagnostic radiologique étant considéré comme le meilleur moyen en pratique clinique de détecter les fractures vertébrales ou d'en confirmer la présence, les radiologues ont un rôle essentiel à jouer dans le diagnostic de ces fractures.¹¹

Les chirurgiens orthopédistes/traumatologues doivent aller au-delà de la réduction de la fracture

Bien que de plus en plus de patients reçoivent un test ou un traitement pour l'ostéoporose après une fracture par fragilité, près de 95% des personnes ayant une fracture par fragilité ne bénéficient pas d'un diagnostic adéquat de la maladie et rares sont ceux qui suivent un traitement médicamenteux visant à prévenir de nouvelles fractures.

Une étude internationale récente réalisée auprès de chirurgiens orthopédistes/traumatologues a révélé qu'un grand nombre d'entre eux ignoraient la relation entre la fracture et l'ostéoporose et qu'ils ne suivaient pas une politique cohérente de traitement médicamenteux et d'envoi vers des services spécialisés.¹² La moitié environ des médecins interrogés ont répondu qu'ils n'avaient reçu qu'une formation sommaire, ou même pas du tout, sur le traitement de l'ostéoporose. Toutefois, la plupart d'entre eux se considéraient comme responsables de l'identification et de l'évaluation de la maladie chez les patients souffrant de fractures par fragilité et avaient exprimé le souhait d'en apprendre plus sur le diagnostic et la prise en charge.

Mise en œuvre d'une filière de soins simple en vue de la prévention de nouvelles fractures par fragilité

Les directives internationales (« recommandations sur les soins à donner aux patients ayant subi une fracture ostéoporotique afin de réduire le risque de nouvelles fractures »)¹³ élaborées par l'Organisation mondiale orthopédique contre l'ostéoporose (WOOO) décrivent la filière de soins à suivre pour un traitement optimal des patients souffrant de fractures par fragilité. Cette ressource sera utile pour les pays membres et adhérents, qui pourront l'adapter à leurs conditions locales avant de la mettre en œuvre.

Des équipes multidisciplinaires coordonnées par un personnel infirmier de liaison spécialisé en fractures

Le concept de personnel infirmier de liaison spécialisé en fractures a été mis à l'étude dans plusieurs pays, dont la Finlande et le Royaume-Uni, et a engendré des résultats préliminaires encourageants.¹⁴ Appelé à jouer un rôle de coordination et appliquer des protocoles entérinés, ce personnel peut créer des relations fécondes avec d'autres équipes de soins, puisqu'il permet d'effectuer le diagnostic en cas de fracture par fragilité due à l'ostéoporose et de s'assurer que les patients reçoivent les conseils, la thérapie préventive ou le traitement appropriés. Le Dr. Liisa Hyssälä DSc, MsocSc, Ministre de la Santé de Finlande, a récemment déclaré : « le Ministère finlandais de la Santé soutient activement la formation des professionnels de la santé afin d'améliorer les soins dispensés aux patients souffrant de fractures par fragilité. Nous recommandons en outre que chaque hôpital et chaque centre de santé dispose d'une infirmière de formation se consacrant exclusivement au diagnostic et à la prise en charge des personnes souffrant de fractures par fragilité ».

S'assurer que des ressources suffisantes sont disponibles

Un système de densitométrie osseuse est fondamental pour le diagnostic de l'ostéoporose, et pourtant dans de nombreux États membres, l'accès à de tels systèmes est encore limité ou n'est pas remboursé comme il se doit par le gouvernement.

Les radiologues jouent un rôle essentiel dans le dépistage et la notification des fractures vertébrales

Ces fractures sont les plus courantes des fractures ostéoporotiques. Elles entraînent des douleurs dorsales, des troubles de la mobilité vertébrale, une perte de taille, des déformations, une incapacité et une mortalité prématurée. La présence de fractures vertébrales augmente de 2 à 5 fois le risque de subir une nouvelle fracture au cours de l'année suivante. Le diagnostic radiologique étant considéré comme le meilleur moyen de déceler les fractures vertébrales ou d'en confirmer la présence, les radiologues ont un rôle essentiel à jouer dans le diagnostic de ces fractures.¹¹ Mais à l'heure actuelle, la plupart ne sont pas diagnostiquées. Une vaste étude internationale a démontré récemment que des fractures vertébrales, pourtant bien réelles, ne figurent souvent pas dans les dossiers radiologiques des femmes ménopausées souffrant d'ostéoporose.¹⁵

Amélioration du dépistage des fractures vertébrales par les techniques d'imagerie radiologique

Le dépistage radiologique des fractures vertébrales n'est pas courant et, lorsqu'il existe, il n'est que rarement normalisé et souvent mal interprété. Toutefois, une méthodologie radiologique et un projet de classement semi-quantitatif sont désormais disponibles.¹¹

Cette méthode, précise et fiable, est aisément réalisée par tout radiologue de formation et ne requiert aucun équipement spécialisé.

Les radiologues doivent inscrire la formule « patient souffrant de fracture vertébrale » dans leur rapport pour éviter toute ambiguïté.

Les radiologues utilisent souvent une terminologie peu claire dans le rapport concernant le patient, ce qui entraîne le risque que le médecin n'assure pas le suivi nécessaire. Il est donc très important que la formule « patient souffrant de fracture vertébrale » figure en toutes lettres dans le rapport.

Évaluation des campagnes de sensibilisation

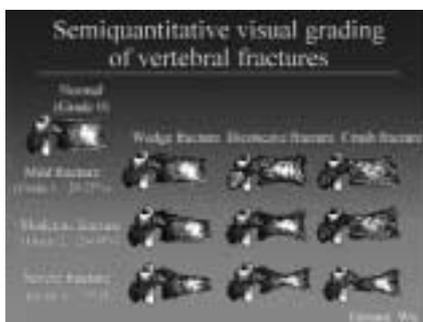
Pour évaluer l'impact des campagnes de sensibilisation sur la prévention des fractures liées à l'ostéoporose, il est essentiel de rassembler en permanence des données précises concernant ces fractures. La vaste majorité des États membres et adhérents n'appliquent pas ces mesures actuellement et cette question doit être abordée de toute urgence.

Prochaines étapes clés

Mesures à prendre	Responsabilité	Date butoir
Mise en œuvre de campagnes de sensibilisation ciblées sur les personnes courant un risque potentiel élevé telles que les femmes ménopausées	Association de patients souffrant d'ostéoporose, avec la participation et le soutien financiers du ministère de la santé de tous les membres et adhérents	Décembre 2005
Mise en œuvre de campagnes de sensibilisation ciblées sur les professionnels de la santé tels que gynécologues, chirurgiens orthopédistes/traumatologues et radiologues	Associations professionnelles (p. ex. associations de radiologues) en coopération avec les organisations sans but lucratif contre l'ostéoporose et apparentées avec la participation et le soutien financiers du ministère de la santé de tous les membres et adhérents	Décembre 2005



Actuellement, jusqu'à 95% des patients souffrant d'une fracture par fragilité rentrent chez eux sans avoir subi des examens suffisants du risque d'ostéoporose.



Les radiologues jouent un rôle capital dans la confirmation de la présence de fractures vertébrales. L'IOF et la Société européenne de radiologie musculo-squelettique ont lancé un programme éducatif sur l'ostéoporose en vue d'améliorer la capacité des radiologues à reconnaître les fractures vertébrales et à les mentionner dans leurs comptes-rendus.



L'accès à des systèmes de densitométrie tels que la DXA revêt une importance fondamentale pour le diagnostic de l'ostéoporose. Dans de nombreux États membres, cet accès est encore insuffisant ou mal remboursé par les pouvoirs publics.

Tableau 5

Le Test rapide du risque d'ostéoporose

1. Votre père ou votre mère se sont-ils fracturé le col du fémur à la suite d'un choc ou d'une chute sans gravité ?
2. Vous êtes-vous fracturé un os à la suite d'un choc ou d'une chute sans gravité ?
3. Avez-vous été sous corticoïdes (cortisone, prednisone, etc.) pendant plus de 3 mois ?
4. Votre taille a-t-elle diminué de plus de 3 cm ?
5. Buvez-vous régulièrement de l'alcool (au-delà des limites raisonnables) ?
6. Fumez-vous plus de 20 cigarettes par jour ?
7. Souffrez-vous de diarrhées à répétition (liées notamment à la maladie coeliaque ou à la maladie de Crohn) ?

Pour les femmes:

8. Avez-vous commencé votre ménopause avant l'âge de 45 ans ?
9. Vos règles se sont-elles interrompues pendant 12 mois ou plus (pour une autre raison que la grossesse) ?

Pour les hommes:

10. Avez-vous souffert d'impuissance, d'un manque de libido ou d'autres symptômes liés à un faible niveau de testostérone ?

Si vous avez répondu « oui » à l'une quelconque de ces questions, vous pourriez courir un risque d'ostéoporose. Nous vous recommandons de consulter votre médecin, qui vous indiquera si vous devez faire d'autres examens. Montrez-lui ce questionnaire. Bonne nouvelle : l'ostéoporose se détecte et se traite relativement facilement. Contactez l'association contre l'ostéoporose active dans votre région et discutez des changements à apporter à vos modes de vie pour diminuer le risque d'ostéoporose. Vous pouvez entrer en contact avec votre association nationale contre l'ostéoporose par l'intermédiaire du site www.osteofound.org ou du secrétariat de la Fondation internationale contre l'Ostéoporose à Lyon, tél: +33 4 72 91 41 77, fax: +33 4 72 36 90 52, info@osteofound.org

Étape 2 : stratégies de prévention et modes de vie

Introduction

L'ostéoporose résulte d'une croissance osseuse insuffisante pendant l'enfance et l'adolescence, et/ou d'une perte de la densité osseuse. Cette perte débute à la quarantaine et s'accélère chez les femmes immédiatement après la ménopause. A cette fragilité des os vient s'ajouter le risque de chutes qui jouent un rôle majeur dans les fractures ostéoporotiques.

Les stratégies de prévention devraient donc être conçues de façon à optimiser la croissance des os, à réduire les facteurs de risque qui menacent les os fragilisés, et à réduire le risque de chutes et les conséquences que celles-ci entraînent.

Élaboration de stratégies de promotion de la santé ciblant la prévention de l'ostéoporose

Il y a de nombreux moyens d'améliorer la santé osseuse grâce à des changements du mode de vie. Ces changements doivent donc être intégrés dans les stratégies de promotion de la santé visant à réduire les fractures ostéoporotiques. Il s'agit notamment d'améliorations sur le plan nutritionnel (en particulier une consommation suffisante en calcium et en vitamine D), de l'augmentation des activités comportant un exercice physique, et de s'abstenir de fumer et de consommer trop d'alcool. Aborder ces questions apportera de nombreux avantages qui seront également bénéfiques dans d'autres domaines de la santé, par exemple en réduisant le risque de maladies cardio-vasculaires.

Des stratégies de prévention spécifiques ciblant différents groupes de population peuvent être mises sur pied. Ainsi, une amélioration de l'alimentation et un accroissement de l'exercice pendant l'enfance et l'adolescence seront favorables à une croissance optimale des os. Cette approche a été analysée dans une brochure de l'IOF traduite en 30 langues.¹⁶ On trouve également sur le site Internet de l'IOF des informations sur plusieurs programmes éducatifs imaginatifs créés à l'intention des jeunes par des organisations sans but lucratif dans plus de 20 pays.¹⁷ Cette approche pourrait s'appliquer à d'autres groupes de population car on a constaté qu'elle contribuait à préserver la densité osseuse plus tard dans la vie. Son incidence sur la prévention des fractures reste encore à prouver.

Une autre approche consiste à diriger les mesures de prévention vers les groupes les plus exposés, tels que les personnes présentant des antécédents de fractures résultant d'une faible consommation d'aliments énergétiques, une faible densité osseuse, ou une thérapie par glucocorticoïdes. Pour la prise en charge de ces personnes, certains aspects promotionnels, tels que des conseils en matière d'alimentation, d'exercice physique, d'abstention du tabac et de la réduction de la consommation d'alcool revêtent une importance toute particulière.

Les politiques actuelles de santé publique concernant les normes nutritionnelles et la santé des os

Bien qu'il soit établi de façon décisive qu'une consommation suffisante en calcium et en vitamine D est essentielle au développement normal de l'ossature et au maintien de

la santé osseuse,^{18,19} peu de gouvernements assurent la promotion de programmes dans ce sens. Le programme national Nutrition et Santé mené par la France constitue une des exceptions. Ce projet a débuté en 2001 et son objectif est de réduire de 25% le nombre de personnes souffrant de carences en calcium et en vitamine D (www.santé.gouv.fr/hm/actu/34_010131.htm). L'impact de ce programme et des quelques autres qui existent sur la santé des os et le risque de fractures ostéoporotiques²⁰ doit encore être pleinement évalué. Par ailleurs, tous les pays européens n'ont pas édicté de normes quantitatives relatives à la consommation de ces nutriments. Les directives qui existent recommandent généralement une consommation quotidienne de 700 à 800 mg de calcium pour les adultes (> 800 mg pour les femmes âgées de 50 à 65 ans) et une consommation quotidienne de vitamine D de 0 à 400 UI pour les adultes (400 UI pour les adultes de 65 ans et plus).⁶ Les politiques d'enrichissement des denrées alimentaires en calcium et vitamine D varient considérablement dans les pays européens, et de nombreuses personnes consomment une quantité insuffisante de ces nutriments, en particulier les personnes âgées.^{21,22}

Il est fortement recommandé aux personnes courant un risque élevé de fractures dues à un faible apport énergétique de prendre des compléments de calcium et de vitamine D, une étude ayant permis de constater qu'ils jouent un rôle dans la diminution des fractures non vertébrales (y compris les fractures de la hanche) chez les personnes âgées vivant dans des établissements.²³ On pourrait étendre ces avantages à l'ensemble de la population âgée^{24,25} et on a constaté que l'utilisation de compléments à cette fin était une intervention financièrement intéressante.²⁶ L'utilité de la complémentation pour prévenir les fractures est en général attribuée à l'accroissement de la densité osseuse, mais la vitamine D accroît également la force musculaire, qui joue un rôle important dans la diminution du risque de chutes.²⁷ Les autorités européennes de réglementation reconnaissent le rôle important joué par le calcium et la vitamine D, puisque elles exigent que toutes les personnes participant à une étude clinique pour un nouveau médicament contre l'ostéoporose absorbent des quantités adéquates de calcium et de vitamine D.



L'exercice et une alimentation appropriée contenant suffisamment de calcium et de vitamine D sont essentiels au développement normal des os et au maintien d'une bonne santé osseuse.

De nombreuses personnes ne consomment pas assez de calcium et de vitamine D. Une étude a démontré que des compléments de ces nutriments administrés à des femmes âgées vivant en maison de retraite ont permis de diminuer le nombre de fractures autres que les fractures vertébrales, y compris des fractures de la hanche.

La publication de l'IOF « Investissez dans vos os. Comment le régime alimentaire, le mode de vie et la génétique influent sur le développement des os chez les jeunes » a été traduite en plus de 30 langues. Elle montre comment une meilleure alimentation et davantage d'exercice physique contribuent à la croissance osseuse chez les jeunes.



Les effets de l'exercice physique sur la santé osseuse

Un exercice régulier apporte de nombreux avantages, non seulement en fortifiant la masse osseuse et en prévenant la perte de densité des os liée à l'âge, mais également pour la santé en général en améliorant la fonction neuromusculaire, la coordination des mouvements et la santé cardio-vasculaire. En faisant des exercices avec des poids, les jeunes peuvent atteindre leur masse musculaire maximale.²⁸ Chez les personnes âgées, l'exercice accroît la force musculaire et améliore la qualité de vie en protégeant l'indépendance fonctionnelle. L'exercice régulier a une influence favorable sur la densité osseuse et sur la diminution du risque de chutes, mais on ne connaît pas encore son impact sur l'incidence des fractures.

Plusieurs pays ont lancé des campagnes visant à promouvoir des changements dans les comportements relatifs à l'exercice physique (p. ex. le programme français « Bien vieillir » lancé en 2003 qui encourage la population âgée à faire de l'exercice physique et à s'alimenter sainement), mais l'impact de ces campagnes doit encore être vérifié.

Élaboration de stratégies d'éducation et de prévention en faveur de la diminution du risque d'ostéoporose

L'éducation de la population européenne sur les moyens de réduire le risque d'ostéoporose laisse encore à désirer et ne fait que rarement l'objet de campagnes de santé publique soutenues par le gouvernement. Une telle éducation devrait commencer au début de la vie et s'adresser à tous les groupes de population. Il est également urgent d'améliorer l'éducation à l'intention des professionnels de la santé des soins primaires et secondaires.

Prochaines étapes clés

Mesures à prendre	Responsabilité	Date butoir
Elaboration de programmes d'éducation soutenus par le gouvernement à l'intention de tous les groupes d'âge pour informer le public sur les moyens de réduire le risque d'ostéoporose. Se mettre d'accord sur les programmes d'éducation et obtenir des financements	Professionnels de la santé et associations de patients en coopération avec les décideurs et les coordonnateurs nationaux pour l'ostéoporose au sein des ministères de la santé des gouvernements	Décembre 2005
Harmonisation dans toute l'Europe des recommandations concernant la consommation de calcium et de vitamine D pour tous les groupes d'âge	Professionnels de la santé, décideurs et coordonnateurs nationaux pour l'ostéoporose au sein des ministères de la santé des gouvernements	Décembre 2005
Elaboration de campagnes de santé publique soutenues par le gouvernement pour augmenter la consommation de calcium et de vitamine D, recommander des doses journalières et assurer le niveau approprié d'exercice physique chez tous les groupes d'âge	Professionnels de la santé et associations de patients en coopération avec les décideurs et les coordonnateurs nationaux pour l'ostéoporose au sein des ministères de la santé des gouvernements	Début de la mise en œuvre en décembre 2006



« L'Appel à l'Action du Groupe d'intérêt du Parlement européen sur l'Ostéoporose demande instamment aux autorités sanitaires nationales et aux compagnies d'assurance-maladie qu'elles inscrivent l'ostéoporose au nombre de leurs priorités en matière de santé ».

Mme Ely Plooi van Gorsel, Membre du Parlement européen (Pays-Bas)

Étape 3 : Directives pour la prévention des fractures liées à l'ostéoporose

Introduction

L'importance d'une approche fondée sur des données éprouvées en pratique clinique est désormais chose acquise et l'application de directives inspirées de telles données fournit la possibilité d'échanger les meilleures pratiques tant à l'intérieur des pays qu'entre pays. Pour que les directives sur la prévention des fractures liées à l'ostéoporose réalisent pleinement leur potentiel, leur élaboration doit se fonder sur la rigueur en matière de preuves, la participation des groupes concernés, l'objectivité et l'indépendance éditoriale. Elles doivent également être rédigées avec clarté afin que les recommandations essentielles ne présentent aucune ambiguïté et puissent être aisément identifiées, et devraient de préférence comporter des outils de mise en œuvre tels qu'un résumé d'orientation et une feuille d'information à l'intention des patients. Enfin, il est essentiel que les directives soient diffusées de façon appropriée auprès des utilisateurs potentiels, que leur utilisation soit soumise à évaluation afin de définir les changements qu'elles entraîneront dans la pratique clinique et qu'elles soient régulièrement actualisées.

Disponibilité de directives éprouvées dans les États membres de l'UE

Grâce à la collaboration du Groupe consultatif de l'UE sur l'Ostéoporose, les directives existant dans la plupart des États membres de l'UE ont récemment été collationnées puis évaluées. Les directives évaluées à ce jour vont de déclarations de consensus mises au point par les groupes d'experts (tableau 6) à des données pleinement éprouvées élaborées conformément à la méthodologie la plus récente en matière de directives.²⁹ L'Allemagne, le Danemark, l'Espagne, la France, l'Italie, les Pays-Bas et des parties du Royaume-Uni ont élaboré des directives pleinement éprouvées en matière d'ostéoporose (tableau 7). La plupart de ces directives sont consacrées à l'ostéoporose chez les femmes ménopausées, même s'il en existe d'autres, par exemple sur le traitement des fractures de la hanche ou sur l'ostéoporose causée par les glucocorticoïdes. La Grèce, le Luxembourg et le Portugal élaborent actuellement des directives qui seront évaluées dès qu'elles seront disponibles. En outre, une procédure analogue est prévue pour les pays adhérents et sera intégrée aux prochaines étapes clés.

Tous les États membres et membres adhérents de l'UE doivent disposer de directives nationales

Certains aspects de la prévention des fractures ostéoporotiques ont des spécificités nationales (p. ex. en raison des différences de disponibilité des ressources diagnostiques et des options thérapeutiques), aussi l'élaboration de directives éprouvées pour chacun des pays membres et adhérents est-il un objectif important des années à venir.

L'absence de telles directives dans certains États membres met en lumière la nécessité de prendre des mesures immédiates en la matière. Ces mesures devront être considérées comme prioritaires les prochaines années afin de pouvoir fournir aux personnes atteintes d'ostéoporose des soins optimaux et des normes identiques dans l'ensemble de l'Union européenne.

Élaboration des directives

Le processus d'élaboration de directives éprouvées a été clairement défini.²⁹ Il s'appuie sur la coopération d'experts en provenance de groupes professionnels appropriés et d'organismes concernés, et il est très important que les patients et les personnes leur fournissant des soins soient correctement représentés. Les directives doivent procéder à un examen complet de la documentation et les recommandations doivent explicitement faire état des preuves sur lesquelles elles se fondent. En général, quatre à huit réunions sur une période de un à deux ans sont nécessaires et sont suivies d'une période de consultation pendant laquelle les directives projetées sont diffusées auprès des professionnels concernés afin qu'ils puissent y apporter leurs commentaires.

Appui financier et approbation

L'élaboration et la diffusion de directives requiert un appui financier, lequel devrait être fourni par les instances gouvernementales, qui doivent les avaliser explicitement afin que les directives deviennent des priorités en pratique clinique et soient bien connues des praticiens. Sans une diffusion suffisante des directives elles n'auront que peu d'effet sur la qualité des soins.

Implications pour l'affectation des ressources et la planification des soins de santé

La pleine application des directives n'est généralement pas possible sans un apport supplémentaire de ressources et une restructuration des services. Dans le cas présent, il faudra sans doute mettre sur pied des unités spécialisées en ostéoporose et établir des contacts explicites entre les soins primaires et secondaires, optimiser les ressources consacrées à la densitométrie, et assurer le remboursement approprié des interventions tant diagnostiques que thérapeutiques. Des analyses d'économie sanitaire permettent de définir dans quelle mesure il faut accroître les ressources en soins de santé et en investissements.

Évaluation

L'objectif ultime des directives étant d'améliorer la qualité des soins cliniques, il est très important d'évaluer leur utilisation et de montrer que leur mise en œuvre entraîne des changements dans la pratique clinique. Les directives elles-mêmes doivent comporter des critères d'évaluation clairs fondés sur les recommandations. En principe, un instrument d'évaluation facile à utiliser et indiquant clairement comment interpréter les résultats, devrait être fourni avec les directives. Deux évaluations effectuées à des intervalles suffisants (normalement un ou deux ans) sont nécessaires pour mesurer les changements de la pratique clinique résultant de l'application des directives.

Actualisation des directives

Une mise à jour permanente permet d'intégrer les nouveaux critères résultant de la recherche et les nouvelles connaissances. Les directives devraient comporter à l'origine un mécanisme facilitant la procédure d'actualisation. En règle générale, une mise à jour devra être réalisée tous les cinq ans, mais la mise en application de nouvelles interventions peut nécessiter des actualisations à plus brève échéance.

La Grille AGREE

La Grille d'évaluation de la qualité des recommandations pour la pratique clinique (AGREE) a été mise au point en 2001 grâce à la coopération internationale (adresse Internet : <http://www.agreecollaboration.org>) et fournit un cadre pour l'évaluation des directives de pratique clinique. La grille groupe un nombre variable d'« items » en six « domaines » :

- Champ et objectifs
- Participation des groupes concernés
- Rigueur d'élaboration
- Clarté et présentation
- Applicabilité
- Indépendance éditoriale

Chacun des items est noté sur une échelle à quatre points visant à fournir une évaluation semi-quantitative des directives. Un guide de l'utilisateur est fourni avec AGREE, lequel existe en plusieurs langues y compris en français.

La Grille d'évaluation est reconnue sur le plan international et constitue le seul instrument de ce type existant actuellement. Il est en cours d'utilisation pour l'évaluation des directives éprouvées fournies par le Groupe consultatif de l'UE sur l'Ostéoporose dans les États membres.

Prochaines étapes clés

Mesures à prendre	Responsabilité	Date butoir
Amélioration de l'accès des pays membres et adhérents aux directives éprouvées actuelles pour permettre l'échange des meilleures pratiques et assurer des soins optimaux	Groupe consultatif de l'UE sur l'Ostéoporose	Juin 2004
Elaboration de directives éprouvées nationales dans tous les pays membres et adhérents et approbation des directives nationales éprouvées existant actuellement par les instances gouvernementales	Sociétés scientifiques nationales traitant d'ostéoporose, associations de patients, décideurs et coordonnateurs nationaux pour l'ostéoporose au sein des ministères de la santé des gouvernements	Décembre 2005
Fourniture par les gouvernements d'un appui financier en faveur de l'élaboration, de la diffusion et de la mise en application des directives nationales	Décideurs et coordonnateurs nationaux pour l'ostéoporose au sein des ministères de la santé des gouvernements	Janvier 2005
Elaboration et application d'instruments d'évaluation de l'impact des directives sur la pratique clinique	Professionnels de la santé et décideurs	Décembre 2005

Ensemble, ils travaillent à l'allègement du fardeau de l'ostéoporose

Le Groupe consultatif de l'UE sur l'Ostéoporose comprend également des partenaires de projet provenant d'organismes européens et d'organisations non gouvernementales qui ont apporté une importante contribution à la rédaction du présent Plan d'Action.

Première rangée à partir de la gauche : Professeur Socrates Papapoulos, Conseiller principal pour le Projet, Université de Leiden, Membre du Conseil de la Fondation internationale contre l'Ostéoporose ; Mme Mary Anderson, Pharmacienne, Membre du Conseil de la Fondation internationale contre l'Ostéoporose ; Dr. Daniel Navid, CEO, Fondation internationale contre l'Ostéoporose



Deuxième rangée à partir de la gauche : Mme Peggy Maguire, Partenaire de projet, Institut européen pour la Santé des Femmes ; Dr. Hermann Stamm, Centre commun de Recherche de la Commission européenne; Chef de l'Unité des matériels et systèmes biomédicaux de l'Institut de la Santé et de la Protection des Consommateurs ; Professeur David Marsh, Partenaire de projet, Association internationale pour le traitement des fractures ; Professeur Kristina Akesson, Partenaire de projet, Décennie des Os et des Articulations 2000-2010

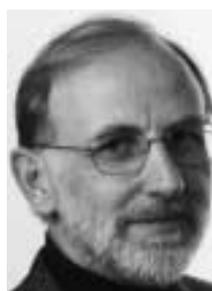


Tableau 6

Directives consensuelles disponibles actuellement dans l'Union Européenne

<i>Pays</i>	<i>Année</i>	<i>Titre de la directive</i>
Autriche	2003	Osteoporose-Prävention und-therapie ³⁰
Belgique	1997 1999	Diagnostiek van Osteoporose ³¹ Involutie-osteoporose bij de vrouw: behandelingsstrategie ³²
Finlande	2000	Osteoporoosi ³³
France	2001	L'ostéoporose chez les femmes ménopausées et chez les sujets traités par corticoïdes: méthodes diagnostiques et indications ³⁴
Suède	2002	Svenska Osteoporossällskapets Rekommendationer ³⁵

Tableau 7

Directives éprouvées et évaluées au moyen d'AGREE actuellement disponibles dans l'Union européenne

<i>Pays</i>	<i>Année</i>	<i>Titre de la directive</i>	<i>Aval du Gouvernement</i>
Allemagne	2003	Osteoporose bei Frauen nach der Menopause und im höheren Lebensalter, Prophylaxe, Diagnose, Therapie – Empfehlungen des Dachverbandes der deutschsprachigen osteologischen Fachgesellschaften (DVO) ³⁸	Non
Danemark	2000	Osteoporosis, Klaringsrapport ³⁶	Non
Espagne	2001	Sociedad Española de Investigaciones Óseas Y Metabolismo Mineral – SEIOMM. Osteoporosis Postmenopáusica. Guía de Práctica Clínica ⁴¹	Non
France	2000	Les indications des mesures quantitatives du tissu osseux : actualisation ³⁷	Oui
Italie	2001	Percorsi diagnostici e terapeutici condivisi sull'osteoporosis ³⁹	Non
Pays-Bas	2002	Osteoporose. Tweede herziene richtlijn ⁴⁰	Oui
Royaume-Uni	1999/2000	Prevention and treatment of osteoporosis ⁴²	Oui
	2002	Prevention and treatment of glucocorticoid-induced osteoporosis ⁴³	Non
Ecosse	2002	Prevention and management of hip fracture in older people ⁴⁴	Oui*
	2003	Management of osteoporosis ⁴⁵	Oui*

*Processus avalisé

Étape 4 : Soins relatifs aux fractures, réadaptation et prévention des chutes

Introduction

Le fardeau représenté par l'ostéoporose est surtout dû à ses conséquences cliniques, les fractures. Les méthodes d'identification des personnes à risque existent, des mesures efficaces de prévention aussi, mais elles sont malheureusement sous-utilisées et l'on s'attend à ce que l'incidence des fractures, qui est déjà élevée, augmente encore. Les mesures de réduction de la morbidité et de la mortalité liées aux fractures, et en particulier à celles de la hanche, sont donc essentielles et devraient figurer dans tous les programmes de santé destinés aux personnes âgées. Ce principe n'a que rarement été suivi, principalement en raison du manque de coordination entre les nombreuses disciplines entrant en jeu dans les soins aux patients souffrant de fractures et, jusqu'à récemment, du manque de directives éprouvées.

Soins aux patients souffrant de fractures

Ces soins font appel à de nombreuses disciplines et la coopération des diverses instances concernées est une des conditions essentielles d'une prise en charge optimale. Celle-ci peut devoir par exemple faire appel aux services des urgences et des accidentés, aux services hospitaliers et ambulatoires, ainsi qu'aux services de réadaptation et aux services sociaux. En ce qui concerne les fractures de la hanche, qui touchent principalement une population fragile et âgée, il est nécessaire d'appliquer une méthodologie cohérente de tous les aspects des soins afin de minimiser les souffrances et de réduire les risques de dépendance. Une étude démontre ainsi que de reporter de façon significative l'intervention chirurgicale en cas de fracture de la hanche réduit les chances de guérison, fait augmenter la mortalité et met en péril le succès de la réadaptation chez les survivants.⁴⁶

A l'heure actuelle, la plupart des directives éprouvées en Europe n'englobent pas toutes les disciplines mentionnées plus haut. En 2002, le Scottish Intercollegiate Guidelines Network, en Écosse, a produit des directives éprouvées complètes pour la prise en charge des fractures de la hanche.⁴⁴ C'est là un exemple de meilleure pratique pouvant être appliquée également dans d'autres pays. Il est cependant important que chaque pays établisse ses propres directives nationales et que celles-ci soient avalisées et soutenues financièrement par leur gouvernement.

Élaboration d'une approche multidisciplinaire de réadaptation

La période qui suit immédiatement une fracture de la hanche est universellement considérée comme déterminante pour la qualité de vie et l'indépendance futures du patient. Des professionnels des services de santé comme des services sociaux doivent participer à une approche multidisciplinaire qui favorisera le processus de réadaptation. Ainsi, des gériatologues responsables d'unités orthopédiques de gériatrie et

chargés des soins médicaux et de la réadaptation peu après une fracture de la hanche, ont pu démontrer que cette procédure abrège le séjour à l'hôpital, diminue la mortalité et améliore les fonctionnalités.^{47,48} Toutefois, ce type d'unités est rare actuellement et un grand nombre de patients atteints d'une fracture de la hanche quittent l'hôpital sans subir un test du risque d'ostéoporose ou suivre de traitement. Un soutien nutritionnel hautement énergétique à base de protéines, de minéraux et de vitamines réduit dans une large mesure les complications postopératoires et donc abrège la durée de l'hospitalisation.⁴⁹ Des programmes facilitant le retour à la maison et reposant sur une étroite coopération des services hospitaliers et communautaires, permettent d'effectuer la sortie en toute sécurité et de quitter l'hôpital plus rapidement.⁴⁴

Prévention des fractures

La plupart des fractures par fragilité sont le résultat d'une chute. La fréquence des chutes est accrue chez les personnes âgées et en particulier chez celles qui résident dans des établissements de soins à long terme. On comprend de mieux en mieux l'importance des chutes en tant que causes de fractures et nombre de ces causes peuvent être modifiées ; ce sont les dangers présents dans l'environnement, une mauvaise vue ou des chaussures inadaptées. On a démontré que des interventions simultanées dans plusieurs domaines amènent une diminution des chutes chez les personnes de plus de 65 ans et des études portant sur les pensionnaires à haut risque des maisons de retraite et leur orientation le cas échéant vers des services spécialisés ont montré l'efficacité de ces interventions;⁵⁰ il n'est cependant pas encore prouvé que ces résultats influent sur les chiffres relatifs aux fractures, mais ils constituent un important domaine de recherche pour l'avenir.

En 2001, le gouvernement anglais a mis au point un plan cadre pour l'amélioration des services sanitaires et sociaux en faveur des personnes âgées.⁵¹ Parmi les normes qui y figurent, on trouve des mesures de prévention des chutes et de réduction du nombre des fractures résultantes. L'importance des chutes dans la survenue de fractures ostéoporotiques est mentionnée et l'obligation pour toute localité de disposer sur place d'ici 2005 d'un service spécialisé dans les chutes, assorti de l'accès à la densitométrie et d'un service spécialisé en ostéoporose, figure également parmi les normes. Ce plan cadre est actuellement appliqué en Angleterre et fournit aux pays européens l'opportunité de se familiariser avec cette nouvelle meilleure pratique. L'Écosse dispose également d'un document définissant la politique à suivre en matière de soins aux personnes âgées⁵² qui spécifie que « la prise en charge de l'ostéoporose devrait constituer une facette importante de l'évaluation de tous les types de chutes ».

Les mesures visant à réduire l'impact des chutes de la hanche peuvent également jouer un rôle dans la réduction du nombre de fractures. Certaines études démontrent en effet que, bien qu'actuellement peu employés, les protecteurs de hanche réduisent le nombre de fractures de la hanche chez les pensionnaires de maisons de retraite.⁵¹

Prochaines étapes clés

Mesures à prendre	Responsabilité	Date butoir
Élaborer et recommander des programmes de traitement des fractures éprouvés englobant tous les aspects de la prise en charge et bénéficiant de l'aval et du soutien des gouvernements	Experts nationaux de l'ostéoporose y compris les membres du Groupe consultatif de l'UE sur l'Ostéoporose, les membres du Groupe de travail de l'IOF sur les fractures, les décideurs et les coordonnateurs nationaux pour l'ostéoporose au sein du ministère de la santé du gouvernement	Juin 2005
Élaborer des programmes multidisciplinaires spécialisés dans les chutes intégrant des filières de soins comprenant le diagnostic et le traitement de l'ostéoporose	Experts nationaux de l'ostéoporose y compris les membres du Groupe consultatif de l'UE sur l'Ostéoporose, les membres du Groupe de travail de l'IOF sur les fractures, les décideurs et les coordonnateurs nationaux pour l'ostéoporose au sein du ministère de la santé du gouvernement	Juin 2005

Étape 5 : Analyse économique

Introduction

Les fractures et leurs séquelles sont les conséquences dévastatrices de l'ostéoporose. Les plus courantes parmi ces fractures sont celles de la hanche, des vertèbres, de l'avant-bras et de l'épaule. La probabilité de subir une fracture ostéoporotique varie notablement selon les différentes régions du monde. En Europe, le risque le plus élevé se trouve en Norvège, en Suède, en Islande et au Danemark. L'Allemagne, la Suisse, la Finlande, la Grèce, les Pays-Bas, la Hongrie, l'Italie, le Royaume-Uni et le Portugal sont considérés comme des pays à « haut risque », lequel est défini comme se situant entre 50 et 75% du risque enregistré pour la Suède.⁵³ Pour l'ensemble de l'Europe, 1 femme sur 3 et 1 homme sur 8 de 50 ans et plus subiront une fracture ostéoporotique au cours de leur vie.¹ En Suède l'incidence est encore plus élevée⁵⁴ (tableau 8) et constitue un fardeau considérable pour le système hospitalier. Ainsi, sur les hommes et les femmes de plus de 50 ans admis suite à une fracture, 63% à 72% ont une fracture de la hanche, comme 69% à 73% de ceux qui occupent des lits réservés aux fractures. Si l'on tient compte de toutes les fractures ostéoporotiques chez des hommes et des femmes de 50 ans et plus, on s'aperçoit que l'occupation des lits qui leur est imputable se situe entre 84% et 93%.⁵⁵

Charge actuelle de l'ostéoporose comparativement à d'autres maladies chroniques

Toutes les fractures ostéoporotiques présentent un caractère de gravité, mais ce sont celles de la hanche qui imposent le fardeau économique le plus lourd puisqu'elles entraînent obligatoirement une hospitalisation prolongée ainsi que la perte de l'indépendance chez le tiers des patients. On estime à 140 000 le nombre d'hommes et à 503 000 le nombre de femmes qui souffriront d'une fracture de la hanche en 2003.^{56,57} Le coût total direct de ces fractures au cours de l'année suivante est estimé à 14,7 milliards d'euros et, si l'on tient compte de toutes les fractures ostéoporotiques,⁵⁸ on atteint un total de 25 milliards d'euros. Etant donné que les soins liés à l'ostéoporose se prolongent souvent au-delà d'une année, le montant réel est actuellement sous-estimé. En Suède, les coûts hospitaliers dus aux fractures ostéoporotiques ont dépassé ceux encourus pour le cancer du sein et le cancer de la prostate pris ensemble.⁵⁵

Projection des coûts sur les 25 prochaines années

En Europe, on s'attend à une augmentation des personnes âgées de 65 ans et plus, ce qui entraînera un accroissement du nombre de fractures ostéoporotiques ainsi que du coût annuel total de la santé, lequel devrait atteindre 31,8 milliards d'euros d'ici 2025. Cette estimation est en deçà de la réalité, car elle se fonde sur l'hypothèse qu'il n'y aura pas d'augmentation de l'incidence des fractures ostéoporotiques corrigée selon l'âge ni du coût du traitement des fractures.

Identification des besoins en ressources, en particulier des besoins en systèmes de densitométrie

Toute stratégie visant à réduire le nombre des fractures ostéoporotiques dépendra dans une très large mesure de l'identification des personnes les plus exposées au risque. La mesure de la densité osseuse est actuellement le meilleur moyen d'évaluer ce risque et l'absorptiométrie biénergétique à rayons X (DXA) est considérée comme le test roi pour la mesure de ce paramètre. Les informations dont on dispose sur ce test indiquent qu'il serait avantageux d'inclure la DXA dans les stratégies de dépistage largement préconisées en Europe^{6,4} bien qu'encore peu mises en pratique.

Si l'on n'utilise la DXA que pour les personnes ayant déjà subi une fracture par fragilité, le nombre d'unités nécessaires se monterait à 4 pour un million de personnes dans la population générale. Si son utilisation était étendue aux personnes présentant des risques importants (p.ex. une thérapie aux corticostéroïdes prolongée, des antécédents familiaux de fracture de la hanche, une ménopause précoce, un faible poids corporel, une tendance avérée aux chutes) ce chiffre serait doublé dans le court et le moyen termes. Le nombre d'unités de DXA en Europe est variable et insuffisant dans de nombreux pays, et les personnes courant un risque potentiel d'ostéoporose n'y ont que rarement accès. Qui plus est, même lorsqu'elle est disponible, la densitométrie est mal remboursée. Il est donc urgent d'améliorer les ressources diagnostiques, tant en termes de disponibilité de la DXA que de son remboursement.

Coût/efficacité des interventions ciblées

Des évaluations récentes concernant la prévention des fractures ostéoporotiques ont montré que certains traitements ont un excellent rapport coût/efficacité dans des groupes de population spécifiques. En admettant un seuil de coût/efficacité d'environ 45 000 euros par année de vie gagnée corrigée de la qualité de vie, le traitement des femmes à risque élevé aux bisphosphonates est relativement abordable, ainsi que la thérapie basée sur le raloxifène, en partie en raison de la protection contre le cancer du sein conférée par ce produit.⁵⁹ Chez les femmes plus âgées (80 ans ou plus) le traitement des groupes de population présentant un risque moyen peut également s'avérer rentable.⁶⁰ En général, les interventions sont peu coûteuses pour les hommes comme pour les femmes en cas d'ostéoporose telle que définie selon les critères de l'OMS,⁶¹ et encore moins chez les personnes ayant déjà subi une fracture par fragilité ou due à d'autres facteurs de risque important mais n'ayant pas de rapport avec leur densité osseuse. C'est notamment le cas de personnes ayant suivi une thérapie glucocorticoïde par voie orale ou ayant des antécédents familiaux de fractures de la hanche. On dispose donc de plus en plus de preuves du bon rapport coût/efficacité des interventions ciblées pour la lutte contre l'ostéoporose. Toutefois, ces analyses n'ont été menées que dans une minorité des États européens.

Le remboursement des procédures diagnostiques et des interventions est justifié
Selon les estimations, en procédant à un dépistage systématique chez 25% des femmes de 65 ans et plus en combinant la mesure de la densité osseuse et la recherche des facteurs de risque cliniques, on pourrait éviter 23% de toutes les fractures survenant chez des femmes pendant une période de 10 ans.⁶² L'intégration des tests de densitométrie aux stratégies de dépistage s'est par ailleurs révélée abordable.⁵⁹ Le coût des tests de densitométrie a également été inclus dans les analyses de coût/efficacité des traitements décrits dans le paragraphe précédent.

Prochaines étapes clés

Mesures à prendre	Responsabilité	Date butoir
Fourniture de ressources en densitométrie suffisantes dans l'ensemble de l'Europe dont un minimum de 8 DXA par million d'habitants	Décideurs et coordonnateurs nationaux pour l'ostéoporose au sein des ministères de la santé des gouvernements	Janvier 2005
Remboursement aux personnes à haut risque de fractures ostéoporotiques des dépenses relatives à la mesure de la densité osseuse et aux interventions	Décideurs et coordonnateurs nationaux pour l'ostéoporose au sein des ministères de la santé des gouvernements	Janvier 2005
Extension à tous les pays membres et adhérents des analyses de coût/efficacité des interventions	Professionnels de la santé en coopération avec les décideurs, y compris les membres du Groupe consultatif de l'UE sur l'Ostéoporose et les coordonnateurs nationaux pour l'ostéoporose au sein des ministères de la santé des gouvernements	Décembre 2005

Tableau 8

Risque de fracture ostéoporotique durant la durée de vie restante en Suède

	<i>Hommes suédois de 50 ans</i>	<i>Femmes suédoises de 50 ans</i>
Risque de fracture ostéoporotique quelle qu'elle soit	22,4%	46,4%
Risque de fracture ostéoporotique de la hanche	10,7%	22,9%
Risque de fracture ostéoporotique vertébrale symptomatique	8,3%	15,1%

Ensemble, ils travaillent à l'allègement du fardeau de l'ostéoporose

Les décideurs provenant des États membres et du Groupe d'intérêt du Parlement européen sur l'Ostéoporose sont des membres importants du Groupe consultatif de l'UE sur l'Ostéoporose, auteur du présent Plan d'Action.



Première rangée à partir de la gauche : Dr. Hubert Hrabcik, Directeur général de la Santé publique, Ministère fédéral pour la Santé des Femmes (Autriche) ; Dr. René Snacken, conseiller principal auprès du Ministère de la Santé (Belgique)

Deuxième rangée à partir de la gauche : Dr. Olli Simonen, conseiller ministériel auprès du Gouvernement (Finlande) ; Professeur Dr. Rita Süßmuth, ancienne Présidente du Bundestag, chef de la délégation parlementaire à l'Assemblée de l'Organisation pour la Sécurité et la Coopération en Europe (Allemagne) ; Dr. Costas Phenekos, représentant désigné du Ministère de la santé et du bien-être social, directeur du Département d'Endocrinologie et du Métabolisme de l'Hôpital de la Croix-Rouge (Grèce) ; On. Rossana Boldi, Membre de la Commission sénatoriale pour la Santé; coordonnatrice de l'Enquête nationale sur l'ostéoporose (Italie) ; On. Antonio Tommasini, Président de la Commission sénatoriale pour la Santé (Italie) ; Dr. Alexandre Diniz, consultant auprès du Ministère de la Santé (Portugal)

Troisième rangée à partir de la gauche : Dr. Sagrario Mateu Sanchis, chef de la Santé maternelle et infantile, Ministère de la Santé (Espagne) ; Mme Lena Ohrsvik, anciennement Membre du Parlement (Suède) ; M. Tony McWalter Esq, Membre du Parlement (Royaume-Uni) ; Mme Minerva Malliori, Membre du Parlement européen (Grèce) ; Mme Angelika Niebler, Membre du Parlement européen (Allemagne) ; Mme Elly Plooi van Gorsel, Membre du Parlement européen (Pays-Bas)

Étape 6 : Evaluation des activités et planification de l'affectation des ressources futures de santé : la Base de données européenne sur les fractures

Introduction

Des données précises et récentes sur la prévalence et l'incidence des fractures ostéoporotiques sont indispensables à la planification de l'affectation des ressources de santé et à l'élaboration de stratégies efficaces de prévention et de prise en charge liées à cette maladie. Le Rapport sur l'ostéoporose dans la Communauté européenne de 1998 recommandait que ce type d'informations soit réunies en permanence tant au niveau des pays que de la Communauté européenne.⁶ Toutefois une évaluation publiée en 2001⁵ ainsi qu'une enquête de suivi du Groupe consultatif de l'UE sur l'Ostéoporose²⁰ ont conclu à l'insuffisance de données fiables sur les taux de fractures par fragilité dans la majorité des États membres. Ces informations étant essentielles pour l'élaboration de stratégies visant à réduire le fardeau économique représenté par l'ostéoporose, il importe d'aborder ces questions le plus rapidement possible. L'OMS a récemment exprimé cette nécessité dans son rapport technique *The Burden of Musculoskeletal Conditions at the Start of the New Millennium*, publié dans le cadre de la Décennie 2000-2010 des Os et des Articulations et recommandant que des données sur la prévalence des troubles musculo-squelettiques (y compris l'ostéoporose) soient rassemblées.⁶³

Insuffisance actuelle des indicateurs sur l'ostéoporose dans le système d'information sur la santé dans l'Union européenne

Le Programme d'action communautaire en matière de surveillance de la santé de la Commission européenne a financé un certain nombre de projets afin de mettre au point un système complet d'information sur la santé dans la Communauté européenne (EUHIS). Un projet concernant les indicateurs de la santé (ECHI) a débuté en 2001 et a défini une série d'indicateurs visant à assurer la surveillance de la santé en Europe⁶⁴, lesquels ont été intégrés à la structure de la base de données « Eurostat ». ⁶⁵ Toutefois les données relatives à l'ostéoporose ne sont pas assez approfondies car elles ne décrivent pas les types de fractures en fonction de l'âge et du sexe, ce qui rend impossible l'extraction de renseignements précieux. Par ailleurs, un rapport sur un projet financé par la CE portant sur les « indicateurs pour le suivi des troubles musculo-squelettiques » a révélé que les indicateurs de l'ostéoporose n'étaient que brièvement décrits.⁶⁶ Il est donc aujourd'hui urgent de pallier cette lacune dans les pays membres et membres adhérents de l'Union européenne.

Enquête sur les données existantes

L'évaluation effectuée en 2001⁵ et les activités en cours du Groupe consultatif de l'UE sur

L'ostéoporose montrent que rares sont les États membres qui disposent de méthodes systématiques de rassemblement des données sur les taux de fractures et que nombre d'entre eux ont difficilement accès à des données détaillées ou à la méthodologie qui leur permettrait de les obtenir. Il faut donc d'abord s'assurer que ces renseignements existent, puis évaluer les méthodes de rassemblement des indicateurs sur l'ostéoporose dans ces pays. On pourra ensuite évaluer la comparabilité de ces données en s'inspirant du projet Euro-Med-Data du point de vue de la prévalence des fractures, des facteurs de risque et des stratégies de prise en charge.

Les fractures de la hanche ont la plus grande part en tant que causes de morbidité et de mortalité et entraînent la majorité des dépenses découlant de l'ensemble des fractures ostéoporotiques. Le rassemblement de données sur les fractures de la hanche sera donc le principal objectif de ce projet, mais des méthodes de collecte de données précises sur d'autres fractures (p. ex. poignets, vertèbres, bassin) seront également élaborées. Les fractures de la hanche entraînant obligatoirement une hospitalisation, des données fiables pourront être recueillies auprès des systèmes normalisés de codification des maladies des hôpitaux.

Élaboration de méthodes de rassemblement des données

Les États membres disposant de systèmes de rassemblement de données sur les fractures par fragilité peuvent fournir des exemples de meilleures pratiques pouvant être mises en œuvre par d'autres pays membres ou adhérents (ainsi, les Pays-Bas appliquent un système de collecte de données sur les fractures par fragilité bien coordonné, et le Danemark dispose d'un registre des fractures de la hanche coordonné par des chirurgiens orthopédistes, mais où ne figurent pas de renseignements sur l'ostéoporose). Les données sur la prévalence de l'ostéoporose et les risques qu'elle entraîne disponibles dans tous les pays membres et adhérents seront collationnées, analysées et présentées selon un format unifié afin de pouvoir être intégrées dans la base de données du Système EUHIS en collaboration avec Eurostat. Cela permettra de compléter les séries d'indicateurs de la santé concernant l'ostéoporose en Europe et apportera des informations essentielles aux décideurs.

Modélisation économique et planification de l'affectation des ressources de santé

La collecte des données à grande échelle permettra d'évaluer la charge économique et sociale actuelle des fractures ostéoporotiques en Europe. Ces données permettront également de faire apparaître les différences d'incidence de ces fractures en fonction de l'âge et du sexe. Cette information, ajoutée à des données sur l'évolution démographique, facilitera la modélisation des coûts liés à l'ostéoporose ainsi que la planification de l'affectation des ressources de santé. L'objectif consiste à évaluer tant les coûts hospitaliers directs que ceux découlant de la réadaptation et d'utiliser ces informations afin de pouvoir procéder à toute répartition de ressources jugée nécessaire entre les services de santé et les services sociaux. La collecte permanente de données sur les fractures en Europe permettra en outre de mesurer l'impact des stratégies de prévention des fractures.

Prochaines étapes clés

Mesures à prendre	Responsabilité	Date butoir
Définition d'indicateurs de l'ostéoporose afin de corriger le déficit actuel du Système d'information sur la santé dans l'UE en cours d'élaboration	Experts nationaux de l'ostéoporose, y compris les membres du Groupe consultatif de l'UE sur l'Ostéoporose et les membres du Groupe de travail de l'IOF sur les fractures	Juin 2004 (si financement en provenance de la Commission européenne)
Évaluation des données et des méthodes de rassemblement des données existant dans les pays membres et adhérents	Experts nationaux de l'ostéoporose, y compris les membres du Groupe consultatif de l'UE sur l'Ostéoporose et les membres du Groupe de travail de l'IOF sur les fractures	Mars 2005 (si financement en provenance de la Commission européenne)
Mise en œuvre du rassemblement des données dans les États membres et adhérents, y compris l'échange des meilleures pratiques le cas échéant	Experts nationaux de l'ostéoporose, y compris les membres du Groupe consultatif de l'UE sur l'Ostéoporose	Décembre 2005 (si financement en provenance de la Commission européenne)
Utilisation des données relatives aux fractures dans la planification des affectations de ressources et dans l'étude de l'impact des stratégies de prévention des fractures	Experts nationaux, décideurs et instances gouvernementales, y compris les membres du Groupe consultatif de l'UE sur l'Ostéoporose	Décembre 2005 (si financement en provenance de la Commission européenne)

Conclusion

Le présent document décrit les prochaines étapes clés vers une Europe exempte de fractures ostéoporotiques évitables. Afin de produire un impact maximum dans le court et le moyen termes, ces stratégies ciblent principalement les individus les plus exposés au risque de fractures. Les approches qui ont été décrites sont abordables et elles sont fondées sur des données cliniques de haute qualité et pleinement éprouvées. Aborder la lutte contre l'ostéoporose à long terme, notamment en encourageant une meilleure alimentation et l'exercice physique chez les enfants, procure d'autres avantages sur le plan de la santé, par exemple une réduction du risque cardio-vasculaire.

Le développement de cette politique devra s'appuyer sur des ressources suffisantes, et il importe que l'Union européenne et les gouvernements des États membres relèvent ce défi. Il est vital d'apporter les changements nécessaires au stade le plus précoce possible, sans quoi nous risquons de voir l'augmentation du nombre de personnes âgées s'accompagner d'un accroissement de celui des fractures dans des proportions épidémiques. En dehors de la somme de souffrances humaines que cette situation entraînerait, on verrait les conséquences économiques atteindre d'énormes proportions.

C'est pourquoi le présent document est un Appel à l'Action lancé aux décideurs, aux spécialistes, aux patients et à toutes les personnes concernées pour qu'ils s'engagent sur la voie des prochaines étapes clés afin d'éviter un avenir assombri par les fractures ostéoporotiques et leur cortège de souffrances physiques et de coûts sociaux et financiers considérables.

Tous les détails concernant ces prochaines étapes clés, sur les entités responsables et les dates butoirs figurent dans le corps de ce document. Les prochaines étapes clés peuvent être résumées comme suit :

- **Étape 1. Campagnes de sensibilisation**
Mise en œuvre de campagnes de sensibilisation parmi les populations à risque et les professionnels de la santé
- **Étape 2. Stratégies de prévention et modes de vie**
Campagnes de santé publique pour l'éducation sur les modes de vie permettant de réduire le risque d'ostéoporose
- **Étape 3. Directives pour la prévention des fractures liées à l'ostéoporose**
Elaboration de directives éprouvées dans tous les pays membres et membres adhérents, avec l'aval et le soutien financier du gouvernement
- **Étape 4. Soins relatifs aux fractures, réadaptation et prévention des chutes**
Mise au point de programmes multidisciplinaires de soins relatifs aux fractures, de réadaptation et de prévention des chutes
- **Étape 5. Analyse économique**
Accès suffisant aux interventions diagnostiques et thérapeutiques et remboursement de ces interventions, sur la base d'analyses d'économie de la santé
- **Étape 6. Evaluation des activités et planification de l'affectation des ressources futures de santé : la Base de données européenne sur les fractures**
Collationnement des données sur les fractures existant dans les pays membres et les membres adhérents afin de permettre la modélisation économique et la planification des ressources futures de santé

1. Melton LJ, Chrischilles EA, Cooper C, Lane AW, Riggs BL. Perspective. How many women have osteoporosis? *Journal of Bone and Mineral Research* 1992; 7: 1005-1010.
2. Grimley Evans J, Prudham D, Wandless I. A prospective study of fractured proximal femur: incidence and outcome. *Public Health (London)* 1979; 93: 235-241.
3. Orbandt KJ. Prognosis and rehabilitation after hip fracture. *Osteoporosis International* 1996; 3(suppl.):S52-S55.
4. Kanis JA, Delmas P, Burckhardt P, et al. Guidelines for diagnosis and management of osteoporosis. Fondation européenne contre l'ostéoporose et les maladies des os (actuellement Fondation internationale contre l'Ostéoporose). *Osteoporos Int* 1997;7:390-406.
5. Osteoporosis in the European Community: A call to action. An audit of policy developments since 1998. Préparé par la Fondation internationale contre l'Ostéoporose, novembre 2001. PDF téléchargeable: www.osteofound.org/advocacy_policy/eu_calltoaction_report.html
6. Rapport sur l'Ostéoporose dans la Communauté Européenne – Action pour la prévention. Publié en 11 langues par la Commission européenne. Manuscrit définitif disponible dès 1998. CE-09-97-915-EN-C ISBN 92-828-5333-0 PDF en anglais téléchargeable: www.osteofound.org/activities/eu_summary_report.html
7. Organisation mondiale de la santé, Évaluation du risque de fracture et son application au dépistage de l'ostéoporose post-ménopausique. Série de rapports techniques 843, Genève, OMS 1994
8. Klotzbuecher CM, et al. Patients with prior fractures have an increased risk of future fractures: A summary of the literature and statistical synthesis. *J Bone Miner Res* 2000; 15(4):721-39.
9. How fragile is her future? A report investigating the current understanding and management of osteoporosis around the world today. Fondation internationale contre l'Ostéoporose, 2000. PDF téléchargeable: www.osteofound.org/publications/how_fragile_is_her_future.html
10. Test rapide du risque d'ostéoporose. Disponible en PDF in 17 langues sur www.osteofound.org/osteoporosis/risk_test.html
11. European Society of Musculoskeletal Radiology and International Osteoporosis Foundation Vertebral Fracture Initiative. Résumé en cinq langues, didacticiel et série de diapositives téléchargeables à partir de www.osteofound.org/health_professionals/education_radiologists/index.html
12. Dreinhöfer KE, et al. Orthopaedic surgeons are missing the fracture opportunity – we must change this! Soumis pour publication à *J Bone Joint Surg [Br]* 2003.
13. World Orthopaedic Osteoporosis Organisation guidance "Recommendations for care of the osteoporotic fracture patient to reduce the risk of future fracture". PDF ou version Word téléchargeables à partir de www.osteofound.org/health_professionals/consensus_guidelines/cd_orf.html
14. McLellan AR, Fraser M. A 28 month audit of the efficacy of the fracture liaison service in offering secondary prevention for patients with osteoporotic fractures. *JBMR*; 2002: 17 Suppl1 S358, abst SU295
15. Delmas PD, Watts N, Eastell R, Von Ingersleben G, Van de Langerijt L, Cahall DL. Underdiagnosis of vertebral fractures is a worldwide problem: the IMPACT study. (Abstract) *J Bone Miner Res* 2001, 16(suppl 1): S139. Abs: 1010. 23rd Annu meet Am Soc Bone Mineral res (ASBMR), Phoenix (Oct, 2001)
16. Bonjour J-P. Investissez dans vos os. Comment le régime alimentaire, le mode de vie et la génétique influent sur le développement des os chez les jeunes, IOF, 2001. PDF téléchargeable à partir de www.osteofound.org/publications/investinyourbones.html
17. Bone education resource centre. Compilation of educational programmes from over 20 countries targeted at young people. www.osteofound.org/bone_education_center/index.html
18. Cumming RG, Nevitt MC. Calcium for prevention of osteoporotic fractures in postmenopausal women. *J Bone Mineral Res* 1997; 12:1321-1329.
19. Parfitt AM, Gallagher JC, Heaney RP, Johnston CC, Neer R, Whedon D. Vitamin D and bone health in the elderly. *Am J Clin Nutr* 1982; 36:1014-1031.
20. Osteoporosis in the European Community: A Call to Action. Osteoporosis policy developments since the 2001 audit: Report form the first EU Osteoporosis Consultation Panel Meeting, September 9, 2002, Leiden, The Netherlands. PDF téléchargeable à partir de www.osteofound.org/advocacy_policy/eu_policy_project.html
21. Ireland P, Fordtran JS. Effect of dietary calcium and age on jejunal calcium absorption in humans studied by intestinal perfusion. *J Clin Invest* 1973; 52:267-281.
22. Editorial. The need for more vitamin D. *New Engl J Med* 1998; 338:828-829.
23. Chapuy MC, Arlot ME, Duboeuf F, et al. Vitamin D3 and calcium to prevent hip fractures in elderly women. *New Engl J Med* 1992; 327:1637-1342.
24. Dawson-Hughes B, Harris SS, Krall EA, Dallal GE. Effect of calcium and vitamin D supplementation on bone density in men and women of 65 years of age. *New Engl J Med* 1997 337:670-676.
25. Trivedi DP, Doll R, Khaw K-T. Effect of four monthly oral vitamin D3 (cholecalciferol) supplementation on fractures and mortality in men and women living in the community: randomized double blind controlled trial. *BMJ* 2003; 326:469-472.
26. Torgerson DJ, Kanis JA. Cost-effectiveness of preventing hip fractures in the elderly population using vitamin D and calcium. *Quarterly Journal of Medicine* 1995; 88:135-139.
27. Pfeifer M, Bergerow B, Minne HW. Vitamin D and muscle function. *Osteoporos Int* 2002;13:187-194.

28. Gutin B, Kasper MJ. Can vigorous exercise play a role in osteoporosis prevention? A review. *Osteoporos International* 1992; 2:55-69.
29. Grille d'évaluation de la qualité des recommandations pour la pratique clinique (Appraisal of guidelines for research & evaluation instrument) Version française, janvier 2002
www.agreecollaboration.org
30. Osteoporose-Prävention und-therapie Konsensus-Meeting am 20. Februar 2003. *Clinicum* Mai 2003. Download in PDF-format from www.003.24on.cc/561/pdf/osteoporose.pdf
31. Devogelaer JP, Reginster JY, Raeman F, et al. Diagnostiek van Osteoporose. *Tijdschr. voor Geneeskunde* 1997;53:639-645
32. Kaufman JM, Body JJ, Boonen S, et al. Involutie-osteoporose bij de vrouw: behandelingsstrategie. 1999, non publié
33. Osteoporosi. *Duodecim* 2000;116:1771-88
34. L'ostéoporose chez les femmes ménopausées et chez les sujets traités par corticoïdes : méthodes diagnostiques et indications. National Agency for Accreditation & Evaluation in Health Care (ANAES), April 2001 www.anaes.fr
35. Ljunggren O, Pernow Y, Ekman A, et al. Svenska Osteoporossällskapets Rekommendationer, 2002.
www.sos-osteoporos.com
36. Osteoporosis. Klaringsrapport; Ugeskrift for laeger 2000 nr. 10.
www.dadlnet.dk/klaringsrapporter/2000-10/2000-10.htm#873
37. Les indications des mesures quantitatives du tissu osseux: actualisation. National Agency for Accreditation & Evaluation in Health Care (ANAES), mars 2000 www.anaes.fr
38. Osteoporose bei Frauen nach der Menopause und im höheren Lebensalter, Prophylaxe, Diagnose, Therapie – Empfehlungen des Dachverbandes der deutschsprachigen osteologischen Fachgesellschaften (DVO). 2003
www.bergmannsheil.de/leitlinien-dvo
39. Longoni P, Pappalepore V, Bianchi ML, Ortolani S, Sacchi G, Tempesta F. Percorsi diagnostici e terapeutici condivisi sull'osteoporosi. Editech Pharma Srl, Milan, 2001.
40. Osteoporose Tweede herziene richtlijn 2002. Download in PDF-format from www.cbo.nl/product/richtlijnen/folder20021023121843/article20021118165847/pdf/osteoporose. Un exemplaire imprimé peut être acquis par www.cbo.nl/misc/besteel#10 An English summary is published in: Pols HA, Wittenberg J. CBO guideline "Osteoporosis" (deuxième version). *NTVG Ned Tijdschr Geneesk* 2002 Jul 20; 146(29): 1359-63. PDF téléchargeable à partir de www.ncbi.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=12162173&dopt=Abstract
41. Sociedad Espanola de Investigaciones Óseas Y Metabolismo Mineral – SEIOMM. Osteoporosis Postmenopáusica. Guía de Práctica Clínica, 2001 www.seiommm.org
42. Osteoporosis. Clinical guidelines for prevention and treatment 1999. Update on pharmacological interventions and an algorithm for management 2000. London, UK: Royal College of Physicians, 2000. www.rcplondon.ac.uk
43. Glucocorticoid-induced osteoporosis. Guidelines on prevention and treatment. London, UK: Royal College of Physicians, 2002. www.rcplondon.ac.uk
44. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) Guidelines 56. Prevention and management of hip fracture in older people. Edinburgh, UK: SIGN, 2002 www.sign.ac.uk
45. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) Guidelines 71. Management of osteoporosis. A national clinical guideline. Edinburgh, UK: SIGN, 2003 www.sign.ac.uk
46. Villar RN, Allen SM, Barnes SJ. Hip fractures in elderly patients: operative delay versus prognosis. *BMJ (Clin Res Ed)* 1986; 293:1203-4.
47. Cameron I, Finnegan T, Madhok R, Langhorne P, Handoll H. Effectiveness of co-ordinated multidisciplinary inpatient rehabilitation for elderly patients with proximal femoral fractures (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 4, 1998. Oxford: Update Software.
48. Huusko TM, Karppi P, Avikainen V, Kautiainen H, Sulvaka R. Randomised, clinically controlled trial of intensive geriatric rehabilitation in patients with hip fracture: subgroup analysis of patients with dementia. *BMJ* 2000; 321:1107-11.
49. Cameron I, Handoll H, Finnegan T, Madhok R, Langhorne P. Co-ordinated multidisciplinary approaches for inpatient rehabilitation of older patients with proximal femoral fractures (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 1, 2001. Oxford: Update Software.
50. Feder G, Cryer C, Donovan S, Carter Y. Guidelines for prevention of falls in people over 65. *BMJ* 2000; 321:1007-11.
51. Department of Health. The national service framework for older people. London: HMSO, 2001.
<http://www.doh.gov.uk/nsf/olderpeople/index.htm>
52. Adding life to years. Report of the Expert Group on Healthcare of Older People. NHS Scotland 2002.
www.scotland.gov.uk/library3/health/alty-00.asp
53. Kanis JA, Johnell O, De Laet C, et al. International variations in hip fracture probabilities: implications for risk assessment. *J Bone Miner Res* 2002;17:1237-1244.
54. Kanis JA, Johnell O, Oden A, et al. Long-term risk of osteoporotic fracture in Malmo. *Osteoporos Int* 2000;11:669-674.

Références

37

55. Johnell O, Kanis JA. Personal communication, 2003.
56. Cooper C, Campion G, Melton LJ. Hip fractures in the elderly: A world-wide projection. *Osteoporos Int* 1992;2:285–289.
57. Gullberg B, Johnell O, Kanis JA. World-wide projections for hip fracture. *Osteoporos Int* 1997;7:407–413.
58. Melton LJ, Gabriel SE, Crowson CS, et al. Cost-equivalence of different osteoporotic fractures. *Osteoporos Int* 2003;14:383–388.
59. Kanis JA, Brazier JE, Stevenson M, et al. Treatment of established osteoporosis: a systematic review and cost-utility analysis. *Health Technol Assess* 2002;6:1–146.
60. Kanis JA, Johnell O, De Laet C, et al. Intervention thresholds for osteoporosis. *Bone* 2002;31:26-31.
61. Kanis JA. Diagnosis of osteoporosis and assessment of fracture risk. *Lancet*. 2002 Jun 1;359(9321):1929–36.
62. Kanis JA, Johnell O, Oden A, et al. Ten-year risk of osteoporotic fracture and the effect of risk factors on screening strategies. *Bone* 2002;30:251–258.
63. OMS Série de rapports techniques 919. The Burden of Musculoskeletal Conditions at the Start of the New Millennium. Rapport d'un Groupe scientifique de l'OMS. ISBN 92 4 120919 4
64. Design for a set of community health indicators. Final report by the ECHI Project. Manuscript completed in 2001. Download PDF from http://europa.eu.int/comm/dgs/health_consumer/library/tenders/call26_9_en.pdf
65. Service d'information de l' Office Statistique des Communautés Européennes (Eurostat) en coopération avec l'Office fédéral des statistiques d'Allemagne. New Cronos. www.eu-datashop.de/download/EN/klassifi/ncronos/thema6/et_ybk.pdf
66. European Union Health Indicators for Monitoring Musculoskeletal Conditions. European Commission funded project. Report in progress.

Remerciements

Le Groupe consultatif de l'UE sur l'Ostéoporose remercie chaleureusement le Professeur René Rizzoli (Centre collaborateur de l'OMS de Genève, Suisse, et Président du Comité scientifique consultatif de l'IOF), le Professeur Olof Johnell (Groupe de travail de l'OMS et Vice-Président du Comité scientifique consultatif de l'IOF) et le Professeur John A. Kanis (Groupe de travail de l'OMS et Centre collaborateur de l'OMS de Sheffield, Royaume-Uni), de la précieuse contribution qu'ils ont apportée au Plan d'Action.

Le Groupe consultatif de l'UE sur l'Ostéoporose souhaite également remercier la Fondation internationale contre l'Ostéoporose de son aide pour la rédaction et la production du présent rapport.

La Fondation internationale contre l'Ostéoporose (IOF) est une organisation non gouvernementale comptant 155 associations membres dans plus de 70 pays, comprenant les États membres de l'Union européenne ainsi que les membres en voie d'adhésion. Les activités scientifiques de l'IOF sont dirigées par 65 des meilleurs experts de la recherche mondiale en ostéoporose, membres élus du Comité scientifique consultatif de l'IOF. Créée en 1998, l'IOF est née de la fusion de la Fondation européenne contre l'ostéoporose (EFO), créée en 1987, et de l'IFSSD (Fédération internationale des sociétés sur les maladies du squelette), créée en 1995. L'IOF et ses membres s'efforcent de faire mieux connaître l'ostéoporose et de stimuler l'éducation et la recherche sur la maladie afin de réduire le fardeau considérable qu'elle représente sur le plan humain comme sur le plan économique.



La présente publication décrit les six prochaines étapes clés qui contribueront à réduire le fardeau de l'ostéoporose dans la Communauté européenne. Elle est issue de discussions et de réunions des membres du Groupe consultatif de l'UE sur l'Ostéoporose, parmi lesquels 40 décideurs politiques et experts de l'ostéoporose en provenance des pays membres. Les photos de cette page reflètent différentes réunions tenues à Leiden en septembre 2002 et septembre 2003.

« Étape par étape, nous nous efforçons d'instaurer une véritable prévention des fractures qui peuvent être évitées et nous espérons ainsi transformer la vie de millions d'Européens. »

Dr. Juliet Compston, Chef du projet « Un Appel à l'Action contre l'Ostéoporose » et membre du Conseil de la Fondation internationale contre l'Ostéoporose