

Première journée du Club Filières - Fractures



22 septembre 2015

Le Cloître de Port Royal

123 boulevard de Port-Royal Paris, 75014 Paris

MATIN 10 :00 – 12 :30 Modérateur (Ch Roux, CHU Cochin, Paris)

1. Introduction (B Cortet, CHU Lille)

2. Le programme « capture the fracture » de l'IOF (Th Thomas, Saint-Etienne)

L'«International Osteoporosis Foundation» (IOF) a lancé une campagne mondiale pour promouvoir les filières fracturaires (Fracture Liaison Service ou FLS) qui a été nommée «capture the fracture» (www/capturethefracture.org). Le but est d'augmenter la couverture diagnostique et thérapeutique des patients ostéoporotiques fracturés et de diminuer l'incidence de la récurrence fracturaire. Le message précédent qui était d'éviter la 1ère fracture ne passait pas bien et aboutissait à « surtraiter ».

La campagne a 3 objectifs :

Etablir une procédure de bonnes pratiques pour les FLS : quels sont les standards les meilleurs

Aider ceux qui veulent créer une filière

« Faire du bruit » autour de la fracture ostéoporotique

Les FLS sont conviées à se déclarer. Pour cela il faut aller sur le site et répondre au questionnaire en ligne qui déroule les items (20 mn). Les réponses sont envoyées à un comité d'évaluation de l'IOF. Actuellement 130 filières sont identifiées dans le monde, dont 5 en France (Le Mans, Orléans, St Etienne, Lille et Amiens). Là encore c'est la fx ESF qui est la mieux renseignée.

Des outils sont proposés aux FLS : documentations, diapositives, argumentaire pour « vendre » une FLS à la direction d'un établissement, affiches.

Les FLS permettent de mieux identifier les patients fracturés, de recueillir les facteurs de risque d'ostéoporose, de débiter un traitement adapté, de mettre en place une prévention des chutes et de vérifier l'adhésion au traitement. La CNAMTS serait intéressée par ce type d'action car elle met en place un programme PRADO en mettant à disposition du personnel pour favoriser le retour à domicile et réduire le nombre de ré-hospitalisation. Le programme PRADO est déjà effectif pour la gynécologie et l'orthopédie.

3. « Optimizing fracture prevention: the Fracture Liaison Service » (Piet Geusens, Université de Maastricht, Pays-Bas)

40% des fractures observées chez les femmes et 30% chez les hommes de plus de 50 ans sont des récidives, Le risque de récurrence est maximal dans les 1^{ères} années après une 1^{ère} fracture. Le « sur-risque » est indépendant de l'âge et du sexe mais fonction des fractures prévalentes. La mortalité est aussi augmentée et donc il y a un risque cumulé entre le risque de re-fracturer et le risque de mortalité.

Pour évaluer le risque de re-fracture il y a 5 étapes de décision :

1. Identifier le patient devant entrer dans la FLS et donc ne garder que les fractures de fragilité.
2. Evaluer le risque de re-fracturer. Cela nécessite notamment la réalisation d'une DMO (cf la plupart des patients fracturés se situent en "ostéopénie") mais aussi dépister fractures vertébrales. En Hollande le seuil morphométrique de diagnostic d'une fracture vertébrale est placé à -25% de réduction de la hauteur antérieure par rapport au mur postérieur (le seuil de 20% est plus sensible mais moins spécifique). la pratique de la VFA a une bonne valeur prédictive négative. Par contre il n'est pas conseillé d'utiliser le FRAX car la prédiction est à 10 ans alors que le risque de re-fracture est précoce et le risque de chute n'est pas pris en compte. De plus le FRAX sous-estime le risque dans cette situation.
3. Rechercher une ostéoporose secondaire : de nombreux traitements et maladies favorisent l'ostéoporose. Il faut réaliser un bilan biologique avant de traiter. 25-30% de formes secondaires sont ainsi diagnostiquées. Il est nécessaire également d'évaluer le statut en vitamine D.
4. Initier le traitement : la méta-analyse de Ganda (OI 2013) qui reprend différents types de prise en charge montre que le fait de prendre en charge totalement le patient du diagnostic à la prescription était le mode le plus efficace plutôt qu'une simple lettre au médecin traitant par exemple
5. Assurer le suivi avec le médecin généraliste. La communication avec le généraliste est très importante pour assurer la persistance du traitement. et très différent entre hôpital et domicile. De nombreux patients ne sont pas intéressés, d'autres sont déjà traités, certains ne peuvent revenir à l'hôpital. Il faut vraiment convaincre le patient qu'il faut faire chose. Dans ce cas 75% suivent le traitement. Si rien n'est fait c'est 30 %

Pour évaluer le risque de chute il suffit de demander quel est le nombre de chutes durant la dernière année ou bien faire un test de marche.

Pour traiter il n'y a pas de limite d'âge supérieur mais il faut une espérance de vie d'au moins 6 mois.

La prise en charge des déments est difficile et dépend beaucoup de la famille. Il faut traiter ceux qui déambulent. 1/3 des fractures de hanche sont des déments.

Le problème c'est aussi de bien faire comprendre le lien entre la fracture et l'ostéoporose. La plupart du temps les patients sont convaincus que c'est la chute seule qui est responsable de la fracture et même s'ils connaissent l'existence de l'ostéoporose.

4. Résultats de l'enquête du GRIO sur les filières en France (P. Fardellone, CHU Amiens)

Résultats sur l'étude GRIO en Fr (P FARDELLONE)

La Thèse d'état (2014) de Pascal Caillet de Lyon appelée Etude INIFRA a montré que 61% des femmes

françaises ayant présenté une fracture ostéoporotique n'étaient pas traitées du tout.

Une enquête du GRIO auprès de ses adhérents a identifié 23 filières qui prenaient en charge plus de 4000 patients par an. La plupart des services coordinateurs sont rhumatologiques, un peu de gériatres, orthopédistes.

Certaines ne prennent que les femmes d'autres les 2 sexes, âge de prise en charge est variable. Les bases de données sont sur papier ou informatique. Des cinq FLS françaises, seule celle du Mans est labélisée « silver ».

Il existe des possibilités d'amélioration des filières :

Les patients fracturés recrutés aux urgences ou en orthopédie souffrent surtout de fractures périphériques. Il faudrait pouvoir impliquer les radiologues qui pratiquent de nombreuses imageries de l'hémicorps supérieur (quelle qu'en soit la raison) et leur demander de signaler systématiquement toute déformation vertébrale.

Les filières devraient pouvoir adresser les patients le nécessitant à une consultation de prévention des chutes

5. Présentation d'une filière française (B. Haettich, CHG Le Mans)

La FLS du Mans est née de l'insuffisance constatée de la prise en charge des fractures ostéoporotiques (10 à 30%). Ni les urgentistes ni les patients ne sont réceptifs, donc il faut cibler les orthopédistes et les rhumatologues. Les gériatres ne sont pas assez nombreux pour participer. La réflexion au Mans a débuté en 2009 grâce à un interne en orthopédie qui a servi de moteur. La filière est partie du service d'orthopédie, en 2010 uniquement pour les fractures du poignet et de la hanche. L'interne discute avec le patient pour le motiver : le seul message était de dire que si le patient ne faisait rien il allait se recasser. Puis l'interne proposait une prise en charge : courrier pour le médecin traitant et le rhumatologue du service. Le rhumatologue valide l'indication et fait une programmation pour l'IDE de l'hôpital de jour. La biologie est réalisée avant l'hôpital de jour. Pendant l'hôpital de jour sont faits : une DMO, des radiographies, une consultation avec la diététicienne, l'ergothérapeute.

La CPAM a validé ce type d'hôpital de jour.

La FLS a des fiches type avec des objectifs didactiques : motif de l'hospitalisation, antécédents, facteurs de risque, traitements. Pour les facteurs de risque on apprend à évaluer simplement les apports calciques et les facteurs de risque de chute ± des tests rapides pour adresser éventuellement au gériatre en consultation - chutes.

Sont recueillis également :

- Le nom du dentiste et la date dernière visite
- La taille actuelle et celle à 20 ans.
- Les Résultats biologiques
- Les radiographies et maintenant VFA faite systématiquement
- La DMO et le TBS.
- D'autres exams en fonction du tableau clinique.

La fiche a aussi une conclusion didactique complète sur la prise en charge et permet aussi d'organiser le suivi (par qui, quand, suivi DMO etc...)

Les différents intervenants ont aussi leur fiche type avec des conclusions, remis au patient. Ils précisent qu'ils

interviennent sur prescription médicale:

La diététicienne essaie d'évaluer les connaissances antérieures, calcule ensuite les apports et fait un diagnostic diététique, recueille les résultats et définit des objectifs personnalisés. Un moment est dédié à l'éducation.

Les kinésithérapeutes et ergothérapeutes suivent le même cheminement. La consultation du kiné se termine avec un programme personnalisé d'exercice et établit un lien avec le kiné de ville. L'ergo lui ne voit que les fractures du poignet avec remise d'une liste de fournisseurs locaux d'aides techniques.

Les résultats ont déjà été présentés à la SFR 2011 :

- sur 328 patients éligibles de 49 ans à 93 ans seuls 65 ont été convoqués sachant qu'il n'y a eu aucune aide de l'hôpital et sur les 65, 11 ne sont pas venus (surtout des femmes). Pas de limite d'âge mais exclusion des déclin cognitif trop forts.
- 51% des patients avaient en fait déjà eu une fracture non prise en charge et 5 patients ont été victimes d'une fracture sous traitement.
- des fractures vertébrales méconnues ont été diagnostiquées chez 37% des patients.
- 5 gammopathies monoclonales dont un myélome ont été découverts

Pour faire vivre la filière, une réunion semestrielle est réalisée au moment du changement d'internes avec tous les intervenants y compris DIM (avec code spécifique documentaire hors T2A). Les résultats sont présentés aux nouveaux avec l'exposé des difficultés rencontrées et les éventuelles pistes d'amélioration.

En 2014, G Grelier a présenté une thèse intitulée : "pratiques, déterminants et obstacles de la prise en charge de l'OP par les MG (médecins généralistes).

La Thèse reposait sur des entretiens semi directifs posés à 15 MG à partir d'un cas pratique. La pratique des MG s'est révélée très hétérogène s'écartant des recommandations. On pouvait constater une banalisation de la gravité, l'influence de la revue « Prescrire » quant aux traitements. Il existait également un manque de connaissance des règles hygiéno-diététiques et des principes de la prévention des chutes. Les MG mettaient en avant le manque de temps et la concurrence de « pathologies plus graves ». Les recommandations du GRIO 2012 sont non connues par mauvaise diffusion malgré plusieurs réunions. L'idée de la filière était plutôt perçue négativement et perçue comme manquant d'implication des MG.

Conclusions :

- tous les acteurs de la filière doivent être impliqués, motivés y compris dans la durée.
- nécessité d'une programmation rigoureuse de la prise en charge avec cahier des charges
- traçabilité de tout ce qui est fait et conseillé
- rencontres régulières entre les différents acteurs

6. Discussion générale

7. FLS en pratique libérale : le point de vue du juriste (M. Dupont Directeur adjoint des affaires juridiques de l'APHAP)

Les FLS relèvent de la Loi Touraine sur le parcours de santé. La déontologie médicale et le libre choix du patient doivent être respectés aussi.

Du côté des hôpitaux, toutes les lois depuis 1970 parlent de coopération, la loi Touraine va plus loin avec regroupements territoriaux. Le point de départ est de faire en sorte que les patients soient bien pris en charge en intégrant les libéraux. Pour les FLS, faut-il en fait formaliser les choses ? Ce n'est pas obligatoire en fait, sauf si coopération sanitaire et/ou hospitalière formalisée avec des outils légaux de coopération et il existe dans les lois des boîtes à outils pour cela (Code de santé publique L 61143). Plusieurs cas de figures peuvent être envisagés :

- Il peut s'agir de convention de coopération (exemple de la chirurgie bariatrique). C'est le plus simple, souple et efficace, pas de personne morale nouvelle (pas de chèque par exemple donc ne convient pas pour structure lourde), pas besoin de l'approbation de l'autorité de tutelle pour le public. On écrit les engagements réciproques. Cela peut se faire aussi avec les libéraux mais pour libéraux il faut l'accord du CDOM.
- Les fédérations médicales inter-hospitalières (L 61135), pour un ou plusieurs centres publics mais cela va disparaître avec la loi Touraine.
- les groupements qui constituent des personnes morales nouvelles.
 - Le GIP (ne peut gérer des activités de soins CE 01/08/1995, apporte surtout le support logistique).
 - Le GIE (ne peut gérer des activités de soins)
 - Le GCS = Groupement de Coopération Sanitaire (qui est l'outil classique, peut associer public et privé, personne morale, peut être employeur, doit être approuvé par le DG de l'ARS, peut permettre l'intervention de profs médicaux et non médicaux exerçant ds les Ets membres.
 - Les réseaux de santé: (L 6321-1) entre libéraux, hôpitaux publics ou privés, les centres médico-sociaux, autres organismes médico-sociaux. Au départ pour 1 seule pathologie. Pour avoir une assise juridique solide il faut plus car le réseau en lui-même n'est pas une personne morale donc il faut y adosser GCS, GIE, GIP ou association. Le réseau garantit le libre choix des professionnels par l'utilisateur et les facilités de fonctionnement à commencer par un compte bancaire et un financement possible. Il faut des conditions de libre choix du patient d'entrer et sortir. Il faut l'ensemble des éléments de référence pour le patient, une charte du réseau avec toutes les modalités de fonctionnement. Le financement est spécifique. C'est sans doute le mode de fonctionnement le plus efficace.
 - pour les libéraux il est possible de créer une société inter-professionnelle de soins ambulatoires, ce qui est inscrit dans le projet de loi : communauté professionnelles territoriale de santé.

Questions:

- L'obligation professionnelle est de ne pas faire perdre de chance au patient et pas l'inverse! Il faut que le patient soit OK aussi.

- Filière et détournement de clientèle? il faut informer les confrères.
- Des financements sont possibles : surtout au sein de réseaux, mais du fait d'excès, l'IGAS a mis le doigt sur les dérives.
- Un patient qui passe à l'hôpital se confie à l'établissement et pas à une personne précise notamment aux urgences donc il n'y a pas d'adressage. La prise en charge est globale.
- Si on fait un fichier Excel avec données médicales il faut le déclarer à la CNIL et elle demande SIRET etc. donc il faut un réseau.

8. Gestion d'une FLS, comment améliorer son fonctionnement ? (C Marcelli, CHU Caen, G Weryha CHU Nancy)

Pr C Marcelli : Il existe une Filière depuis 2003 à Caen et 15 ans à Nancy

Les 13 points de l'IOF revus par Christian Marcelli :

1- L'identification du patient : le plus important est d'obtenir la création d'un poste de coordinateur de la FLS. L'idéal est une IDE et à Caen, la filière a décollé en 2013 avec un mi-temps d'IDE.

2- L'évaluation du patient. Seuls 20% des patients sont pris en charge, avec exclusion des déments

3- le meilleur moment pour accomplir l'évaluation post-fracturaire. Il faut intervenir avant 8 semaines, l'idéal étant avant la sortie de l'hôpital. Maintenant la convocation se fait par courrier mais avec une perte de recrutement.

4- La fracture vertébrale pour tous y compris hors filière avec une VFA systématique. Il faut sensibiliser les radiologues.

5- Les lignes directrices de l'évaluation. A Caen on se réfère aux recommandations du GRIO 2012. Les 6- 6- les étiologies des ostéoporoses secondaires sont recherchées, idéalement pendant l'hospitalisation.

7- La prévention des chutes. Il existe une consultation chutes bien organisée.

8- L'éducation thérapeutique : elle n'est pas vraiment évoquée dans l'IOF et pose des problèmes de faisabilité à gde échelle.

9- L'initiation du TTT: elle pas toujours facile mais l'idéal est d'initier le traitement à l'hôpital.

10 - Une révision périodique du TTT est effectuée

11- Une stratégie de communication avec les différents professionnels de santé qui prennent en charge le patient doit être mise en place

12- La gestion à long terme (plus d'un an)) est un enjeu important qui se heurte à une charge de travail importante.

13 – la constitution d'une base de données est un des objectifs de la réunion de ce jour avec l'idée d'une base nationale.

A Caen ont identifié 20 patients par semaine

Pour le Pr G Weryha :

La FLS de Nancy est basée sur le recrutement des urgences. La FLS écrit directement au MG avec copie au patient. Entre 100 et 120 patients par mois sont recensés et environ 15 à 20 patients par mois vont en hôpital

de jour. On observe une augmentation des patients déments. Certains patients sont envoyés directement par le MG

Un élément essentiel est le diagnostic étiologique de l'OP.

Les patients font le lien entre la chute et la fracture mais pas entre la fracture et l' OP.

En ce qui concerne le bilan dentaire, vu la lourdeur et le coût des soins dentaires beaucoup ne donnent pas suite.

Les déments ne sont pas pris en charge pour des questions de lourdeur et ce sont pourtant ceux qui sont le plus à risque.

Pour le Pr JM Féron :

Dans le cadre du programme PRADO (Programme de retour à domicile) un Groupe de travail a été constitué avec le GRIO, l'AFLAR, la SOFCOT et la CNAMTS ce qui a permis d'utiliser les bases de données de cette dernière (salariés : 86% de la population française) avec tous les détails de soins prodigués. La base de données concerne les plus de 50 ans sur les 3 ans rétrospectifs avec 1 an avant la fracture jusqu'à 1 an après.

Sur les 3 ans on note une augmentation de + 10%. Le coût a été de 1,1 milliard d'€ par an. Plus de 30% des fracturés partent en centre de rééducation et la plupart retournent ensuite à domicile. Seuls 3% ont eu une DMO et 12% un traitement. 1 an après la fracture, il y a toujours aussi peu de traitements d'instaurés.

La CNAMTS a décidé de créer un PRADO orthopédique en 2013 pour diminuer le passage en centre de rééducation ou les ré-hospitalisations. Un conseiller de la CPAM prend contact avec le patient et le voit, l'équipe médicale voit si le retour à domicile est possible et les soins sont organisés toujours avec liberté de choix du patient, y compris portage de repas etc. Ce programme pourrait être étendu aux fractures par fragilité avec le bilan y compris DMO. Cela a été présenté à la CNAMTS en juillet 2015, en attente de l'aval du 1^{er} ministre. 13 millions d'€ d'économies sont attendus. Le MG est impliqué, c'est l'assurance maladie qui coordonne le parcours du patient mais c'est le patient qui choisit. Pour l'instant pas ce n'est pas encore en service. A Rennes c'est Pascal Guggenbuhl qui organise les soins dans le cadre d'un PRADO.

9. Proposition de projets de travaux communs (P. Fardellone, K Briot, CHU Amiens et CHU Cochin, Paris)

Le club des filières françaises rassemble pour l'instant 23 FLS et prend en charge des milliers de patients. Il s'agit là d'une opportunité exceptionnelle pour réaliser des travaux collaboratifs épidémiologiques voire d'intervention. Plusieurs pistes de travaux ont été proposées. Ces travaux doivent aboutir à des communications et des publications. Ils peuvent être un sujet de thèse pour les étudiants en médecine.

Chaque FLS est libre de participer ou pas à ces travaux. Cette participation peut être de deux types non exclusifs :

- 1- conception du protocole et recherche des fonds
- 2- recrutement des patients en tant que centre investigateur

Un questionnaire sera envoyé à chaque FLS pour connaître son désir d'implication.

Voici les propositions qui ont été faites (voir aussi diaporama), en sachant qu'elles ne sont pas limitatives et que chacun des membres peut soumettre un projet :

- Constitution d'une base de données communes à partir de chacune des bases de chaque FLS.

Il convient de définir quels paramètres doivent y figurer. Pour cela un questionnaire sera adressé à chaque filière pour connaître la constitution de leur base et leur avis sur ce qui doit figurer dans la base de données commune.

Il sera bien entendu nécessaire de trouver un financement (ARC) et de faire une déclaration à la CNIL.

- Elaborer une courbe française de référence de risque de fracture sévère mesuré par le FRAX en fonction de l'âge. Le but est d'avoir une courbe plus précise avec un intervalle de confiance étroit. Cette courbe, si les effectifs le permettent pourra se décliner :
 - pour les femmes et les hommes
 - pour les patients diabétiques
 - pour les patients insuffisants rénaux
 - pour les patients cortisonés
- Prise en charge des sujets déments (essai thérapeutique)

Nos chiffres montrent qu'un tiers des patients souffrant d'une fracture de hanche sont déments et qu'ils ne bénéficient ni d'une DMO ni d'un traitement. Le but de ce travail est de valider une attitude pragmatique pour mettre en place un traitement à effet prolongé (injectable) mis en place durant la prise en charge dans la FLS ou juste après. L'évaluation se fera contre un bras comparatif (probablement en ouvert pour des raisons de faisabilité) à 1 an. Le paramètre principal serait la re-fracture. Les paramètres secondaires seraient la mortalité et le coût.

- Analyse de la perte de chance

Piet Geusens a rappelé qu'un grand nombre de patients qui sont rentrés dans le FLS avait déjà fracturé antérieurement. Le but de cette étude historico-prospective serait de repérer dans le parcours des patients les moments où s'est produite une « perte de chance ». Indication à une densitométrie non réalisées, à un traitement non mis en place. Cela permettrait d'identifier des situations type devant attirer l'attention et permettre un dépistage plus facile des sujets à risque de fractures pour conduire des stratégies de santé publique.

10. Conclusion de la journée et perspectives (Th Thomas, Ch. Roux, P Fardellone et B Cortet)

Il est prévu de rendre cette réunion nationale des FLS annuelle, de préférence après l'ASBMR pour profiter des communications qui auront été faites sur le sujet (une présentation pourrait y être consacrée)

Une veille bibliographique sera effectuée par Julien Paccou du CHU de Lille. Les articles parus concernant les FLS seront adressées via le GRIO (Patricia Halouze) à l'ensemble des FLS sous forme PDF.

Les diaporamas des communications se trouveront sur le site du GRIO

Des groupes de travail seront constitués pour les travaux collaboratifs. Le point de leur avancement sera fait lors de la prochaine journée par le responsable de chaque groupe de travail.

Un remerciement général est fait pour les deux laboratoires qui ont permis cette journée.

Avec le soutien institutionnel des laboratoires

