



Rapport 2017-DSAS-62

28 novembre 2017

du Conseil d'Etat au Grand Conseil relatif au postulat 2016-GC-51 Marie-Christine Baechler/Chantal Pythoud-Gaillard – Programme de prévention et de dépistage de l'ostéoporose

Nous avons l'honneur de vous soumettre un rapport sur le postulat des députées Marie-Christine Baechler et Chantal Pythoud-Gaillard concernant un programme de prévention et de dépistage de l'ostéoporose.

1. Résumé du postulat	1
2. Introduction	1
3. Prévention de l'ostéoporose	2
4. Dépistage et traitement	3
5. Conclusion	5

1. Résumé du postulat

Les postulantes relèvent que l'ostéoporose est une maladie dont souffre une partie importante de la population suisse et qui augmente la morbidité et la mortalité, ainsi que les coûts de la santé dans notre pays. Bien qu'avec la densitométrie, un moyen de diagnostic existe, cette maladie est souvent diagnostiquée trop tard, quand elle a déjà causé des fractures. Dans un contexte de vieillissement de la population, les postulantes souhaitent que le Conseil d'Etat étudie la possibilité de mettre en œuvre un programme de prévention et de dépistage de cette maladie. Le postulat des députées Marie-Christine Baechler et Chantal Pythoud-Gaillard a été pris en considération par le Grand Conseil, sur la proposition du Conseil d'Etat, le 7 février 2017.

2. Introduction

L'ostéoporose est une maladie de l'appareil locomoteur caractérisée, si elle n'est pas diagnostiquée et traitée, par une diminution progressive de la masse osseuse et une détérioration de la microarchitecture de l'os qui sont associées à un risque de fractures même sans traumatisme sévère. Il est bien établi que cette maladie augmente la morbidité et la mortalité au sein de la population touchée et cause des coûts importants pour notre société. L'ostéoporose touche surtout les femmes après la ménopause, la masse osseuse diminuant avec l'âge et avec la carence en hormones féminines. On estime qu'en Suisse environ 50% des femmes de plus de 50 ans vont souffrir d'une fracture ostéoporotique. Bien que l'ostéoporose

touche moins les hommes, près d'un quart d'entre eux vont souffrir d'une fracture ostéoporotique avec souvent des conséquences graves en termes sociaux et médicaux.

L'étiologie de cette maladie est multifactorielle. En plus des facteurs non modifiables comme une prédisposition héréditaire, le genre ou l'âge, il existe plusieurs facteurs de risques influençables qui sont à l'origine de cette maladie, tels qu'une production réduite d'estrogènes après la ménopause chez la femme, une nourriture pauvre en calcium, protéines et vitamine D, une exposition insuffisante au soleil, un style de vie sédentaire ou une immobilisation, une consommation chronique et excessive d'alcool, le tabagisme, une malnutrition et une faible masse corporelle, ainsi que des traitements comme les glucocorticoïdes (cortisone). De plus, il y a un grand nombre de maladies qui peuvent influencer de manière négative ou directement être la cause d'une ostéoporose comme une insuffisance rénale chronique, plusieurs maladies métaboliques, une malabsorption intestinale, ainsi que des maladies hormonales, inflammatoires et autres.

Selon OsteoSwiss (<https://www.osteoswiss.ch>), on estime qu'aujourd'hui 600 000 personnes sont touchées par cette maladie dans notre pays. Le coût pour notre société est estimé à environ 2 milliards de francs par année. Le risque d'ostéoporose augmentant avec l'âge, le vieillissement de la population va entraîner une augmentation de la prévalence de cette maladie dans notre pays ces prochaines décennies. L'ostéoporose est donc à considérer comme un problème de santé publique important et la question de la mise en place d'un programme de prévention et de dépistage est justifiée.

Avant de discuter des différentes options stratégiques pour prévenir l'ostéoporose et ses complications, il s'agit de clarifier ce qu'on entend sous «programme» dans ce contexte. Un programme de prévention signifie une approche stratégique et coordonnée de lutte contre une menace de la santé publique qui comportera un certain nombre d'actions de santé publique. Idéalement, ces actions viseront un changement de comportement de la population (prévention comportementale) par des mesures de communication, d'information et de sensibilisation, ainsi que des mesures de prévention structurales pour changer le contexte sociétal dans lequel une maladie peut évoluer, dans le but de la prévenir avant qu'elle ne se développe (prévention primaire), la détecter de manière précoce avant qu'elle ne se manifeste ou ne devienne symptomatique (prévention secondaire, dépistage ou «screening») et de réduire le risque de complications au sein d'une population qui en souffre déjà (prévention tertiaire). Il s'agit aussi de décider si un programme de prévention s'adresse à toute la population ou à une partie de la population ou uniquement à une population avec risques accrus de complications.

Avant de lancer un programme de prévention et dépistage, il s'agit d'examiner si les conditions suivantes sont remplies:

1. La maladie qu'on dépiste présente un problème de santé publique grave.
2. Il existe une thérapie reconnue, sûre et efficace.
3. La phase initiale de la maladie est caractérisée par une phase latente, sans symptômes qui peut être détectée par une méthode diagnostique sûre, reconnue par les experts et acceptée par le public cible et qui répond à des critères de qualité (sensitivité et spécificité, valeur prédictive positive) suffisants et qui permet de détecter la maladie dans une phase précoce et d'identifier les personnes qui nécessitent un traitement.
4. Le programme doit présenter un rapport coût-bénéfice favorable (critère d'économicité ou efficience des coûts).

Comme mentionné ci-dessus, le premier point est incontesté. Les autres points seront abordés ci-après.

3. Prévention de l'ostéoporose

Pour la prévention de l'ostéoporose, il est important de noter que la masse osseuse se développe pendant la période de croissance et jusqu'à l'âge de 30 ans environ. C'est donc en tant qu'enfant et jeune adulte qu'on se crée son capital osseux. Pour cela, une alimentation équilibrée, riche en calcium, un apport suffisant en vitamine D, une abstention du tabac, une exposition suffisante au soleil et une activité physique régulière sont des éléments qui contribuent à la prévention d'une ostéoporose plus tard dans sa vie. Une alimentation saine et équilibrée couplée avec une exposition quotidienne au soleil de quelques minutes sont en règle générale suffisantes pour avoir assez de calcium, de protéines et de vitamine D. En

complément, la société de pédiatrie recommande une substitution de la vitamine D dès la naissance jusqu'à l'âge de 3 ans.

A partir de 30 ans, la masse osseuse ne peut plus augmenter, mais elle peut être maintenue grâce à une alimentation équilibrée et une activité physique régulière et réduite par les facteurs de risques et les maladies mentionnés dans le chapitre précédent.

La stratégie cantonale de promotion de la santé et de prévention-Perspectives 2030 confirme les besoins de santé publique prioritaires (alimentation et mouvement; alcool; tabac; santé mentale). Elle se déploie au travers de différents programmes cantonaux thématiques.

Depuis 2010, le Programme cantonal fribourgeois «Je mange bien, je bouge bien» a permis de concrétiser et de soutenir différentes mesures de promotion d'une alimentation équilibrée et d'un mouvement régulier auprès du groupe cible des enfants de 0 à 12 ans, ainsi que des personnes qui les entourent (parents, éducateurs et éducatrices, enseignant-e-s, pédiatres, pharmaciens et pharmaciennes, etc.). Dès 2018, le programme s'adressera aux enfants et aux jeunes adultes jusqu'à 20 ans ainsi qu'aux personnes âgées. Le programme cantonal fribourgeois «Je mange bien, je bouge bien» 2018–2021 prévoit plus de 40 mesures dans quatre champs d'action: interventions auprès de groupes cibles spécifiques, mesures structurelles, coordination, information et communication. Parmi les mesures proposées, le programme prévoit tant des actions transversales de formation destinées à des publics cibles variés (médecins de premier recours, pédiatres, sages-femmes, puériculteurs et puéricultrices, infirmiers et infirmières en soins à domicile, personnel des structures d'accueil extrafamilial) que des mesures spécifiques mises en œuvre dans des milieux de vie spécifiques (Education familiale, Projet Carambole dans les crèches et accueil extrascolaire, projet Senso 5 pour les établissements scolaires primaires, projet Fleurs de chantiers dans les centres de loisirs, les quatre saisons de l'arbre dans les pharmacies et bibliothèques, tables d'hôtes pour seniors et sport scolaire facultatif dans les communes etc.).

Le Programme cantonal fribourgeois de prévention du tabagisme «Sans tabac, je respire», mis en œuvre depuis 2009, ainsi que le Plan Cantonal Action Alcool (en cours de finalisation) permettent également la mise en œuvre et la coordination de différentes actions qui contribuent déjà aujourd'hui également à une prévention primaire de l'ostéoporose. Le Programme cantonal de prévention du tabagisme 2018–2021 entend atteindre différents objectifs: améliorer des connaissances liées aux méfaits du tabac dans la population fribourgeoise; réduction du nombre de fumeurs et fumeuses dans la population fribourgeoise, chez les jeunes en particulier; améliorer les conditions cadres favorables à une vie sans tabac et à une réduction de l'exposition à la fumée passive et développer des synergies pour favoriser une approche mul-

tithématique de la prévention, conformément à la Stratégie nationale MNT (maladies non transmissibles). Pour ce faire, le programme prévoit différentes interventions auprès de groupes cibles spécifiques (par exemple des ateliers de sensibilisation dans les écoles, dans les institutions pour jeunes en situation de vulnérabilité, dans les entreprises formatrices et écoles professionnelles, la mise en œuvre du projet Expérience non-fumeur dans le canton de Fribourg, la mise à jour régulière des outils pédagogiques à disposition des enseignants et enseignantes) ainsi que des mesures de prévention structurelle visant l'environnement dans lequel évoluent les individus et des actions de communication.

Les mesures prévues dans le Plan Cantonal Action Alcool (en cours de finalisation) s'inscrivent en cohérence avec le constat suivant: chaque personne peut, à tout âge et selon les circonstances, rencontrer des problèmes liés à l'alcool: les manières de consommer de l'alcool évoluent avec l'âge, tout comme les facteurs de vulnérabilité face à l'alcool. Les jeunes tout comme les personnes âgées font ainsi partie des populations cibles du programme.

Pour réduire le risque de fractures, il est aussi essentiel de prévenir les chutes chez les personnes qui ont déjà une ostéoporose avancée et prévenir les fractures consécutives chez des personnes qui en ont déjà subi, donc surtout chez les personnes âgées. C'est un fait établi que la majorité des logements des personnes de plus de 65 ans présentent des obstacles qui pourraient mettre en danger les personnes fragilisées et notamment provoquer des chutes. Les mesures en cours de réalisation dans le plan de mesures 2016–2020 prévu par la politique cantonale au profit des personnes âgées (Senior+) dans le domaine de l'habitat ont notamment pour objectif de favoriser l'autonomie des seniors en sécurisant leur logement. Ainsi, il est prévu de rédiger un guide des bonnes pratiques en matière de logements et infrastructures pour seniors, et de collaborer à la création d'un habitat témoin. Un mandat a été attribué à Pro Senectute en vue de la création d'un service pour l'évaluation de l'habitat existant.

4. Dépistage et traitement

Le dépistage d'une maladie a comme but de la détecter dans une phase précoce et asymptomatique afin de commencer un traitement avant qu'elle ne se manifeste et cause des complications, c'est-à-dire des fractures sans traumatisme sévère dans le cas de l'ostéoporose. Une des conditions essentielles pour mettre en place un tel programme de dépistage est donc la disponibilité d'un test diagnostique qui est capable d'identifier les personnes qui sont malades et qui vont développer des complications afin qu'on puisse les traiter et d'exclure celles qui ne sont pas malades.

Chaque test diagnostique contient toujours le risque d'être faux négatif (le test est négatif, mais la personne a la mala-

die recherchée) ou faux positif (le test est positif, mais la personne n'a pas la maladie). La probabilité d'un test diagnostique d'être positif chez les personnes effectivement malades est appelée «sensitivité», alors que sa probabilité d'être négatif chez les personnes non-malades est appelée «spécificité». Le terme «valeur prédictive positive» signifie la probabilité qu'une personne testée positivement est effectivement malade. Les personnes chez lesquelles le test est faux négatif restent sans traitement, alors qu'un traitement serait nécessaire. Les tests faux positifs sont également problématiques car les patients reçoivent alors inutilement un traitement ce qui comporte un risque d'effets secondaires et cause des coûts inutiles pour le système de santé.

Un programme de dépistage peut comporter le risque de produire plus de mal que de bien, notamment s'il n'est pas suffisamment ciblé, et une stratégie de dépistage doit prendre en compte les risques liés au traitement et les pondérer vis-à-vis du bénéfice d'une thérapie. La question est donc de savoir si un programme de dépistage qui propose systématiquement des examens diagnostiques à une population saine, avant que des complications soient manifestes, pourrait réduire le fardeau d'une maladie et si son impact positif sur la santé excède les risques liés au traitement.

Le standard d'or pour mesurer la densité osseuse et diagnostiquer une ostéoporose est aujourd'hui la radio-absorptiométrie (synonymes: densitométrie, DEXA, DXA). Dans notre canton, le HFR et plusieurs centres de radiologie offrent la DXA. La DXA en soi comporte très peu de risque étant donné que la charge radiologique est relativement faible. Il est par ailleurs important de noter que la DXA est actuellement uniquement prise en charge par l'assurance de base, si des conditions très restrictives sont remplies (p. ex. présence d'une ostéoporose cliniquement manifeste avec une fracture provoquée par un traumatisme minime ou des maladies sous-jacentes qui sont liées à un risque élevé pour une ostéoporose comme une ostéomalacie, une maladie de Crohn, une infection VIH, un traitement avec corticostéroïdes de plus que 3 mois et autres). Ces conditions ne sont pas compatibles avec une stratégie de prévention où il s'agit de détecter la maladie dans sa phase précoce dans une population encore asymptomatique. Pour cette raison, le financement devrait entièrement être assuré par les pouvoirs publics. Plusieurs études scientifiques confirment une haute spécificité pour la mesure de la densité osseuse par la DXA. En revanche, sa sensibilité et sa valeur prédictive pour identifier les personnes à risque avéré d'une future fracture, et donc pour lesquelles une thérapie doit être commencée, sont faibles. Cela signifie qu'un grand nombre de personnes auront des fractures alors que leur résultat DXA était négatif. En même temps, une étude systématique de la littérature en 2010 est arrivée à la conclusion que, actuellement aucune étude scientifique de cas-témoins randomisée qui évaluerait l'efficacité d'un screening par DXA et les risques qui y sont liés ou avec quelle

fréquence un tel screening devrait avoir lieu n'est disponible. On ne sait donc pas, à l'heure actuelle, si son impact positif sur la santé des personnes malades correctement identifiées et traitées excéderait les effets négatifs d'un traitement inutile chez des personnes non touchées avec un risque d'effets secondaires potentiellement graves et coûteux.

Il existe un certain nombre de substances thérapeutiques pour arrêter la déminéralisation de l'os et pour contribuer à une reminéralisation, en fonction de l'étiologie de la maladie et son état d'avancement, du sexe et de l'âge de la personne concernée. Les médicaments les plus importants et les plus souvent utilisés font partie d'un groupe de substances appelées «bisphosphonates». Ces médicaments sont efficaces mais ils comportent le risque d'un certain nombre d'effets secondaires rares mais potentiellement graves. Ils sont par exemple connus pour provoquer des arythmies cardiaques. Ils sont suspectés de causer une inflammation et un cancer de l'œsophage et peuvent, dans de rares cas, provoquer une ostéonécrose de la mâchoire. En raison de ces effets indésirables, la thérapie doit alors être revue et souvent être interrompue après 3 à 5 ans. Il est vrai que les bisphosphonates s'accumulent dans l'os et que leur effet perdure après l'interruption du traitement. Toutefois, plusieurs années après l'arrêt du traitement, la masse osseuse recommence à diminuer. De plus, des effets indésirables moins graves mais plus fréquents et pouvant être très inconfortables pour les patients, notamment touchant le système gastro-intestinal, font que beaucoup de patients interrompent le traitement.

Alternativement, pour les femmes en ménopause, des substances thérapeutiques qui se substituent aux hormones féminines afin de lutter contre une déminéralisation causée par un manque d'œstrogène peuvent être prescrites. Or, les thérapies hormonales sont associées à un risque élevé de maladies cardiovasculaires et au risque de développer un cancer du sein, raison pour laquelle ces médicaments sont utilisés uniquement pour des femmes qui souffrent des symptômes climactériques et ne sont pas non plus conseillés pour un traitement à long terme. Le raloxifène est un modulateur des récepteurs œstrogéniques qui freine plus sélectivement la déminéralisation de l'os et qui n'a que peu d'effets sur le système reproductif. En revanche, cette substance est connue pour augmenter le risque de thromboses et d'embolies pulmonaires. D'autres substances telles que la calcitonine ou une substitution de vitamine D et de calcium en dehors de l'âge de croissance ne sont en règle générale pas recommandées puisqu'elles n'ont pas été prouvées comme étant efficaces ou parce que leurs risques d'effets secondaires excèdent leurs bénéfices thérapeutiques. Un traitement avec les différentes options thérapeutiques mentionnées ci-dessus ne peut donc pas simplement être commencé le plus tôt possible et ne peut pas non plus être continué tout le long de la vie pour une grande partie des patients. Cela signifie qu'une évaluation du

pour et du contre d'un traitement doit être fait par un spécialiste pour chaque patient.

Plusieurs études en économie de santé ont examiné la question de la relation coût-utilité d'un programme de dépistage avec différentes substances thérapeutiques, mais elles arrivent à des conclusions contradictoires en fonction des pays où ces études ont été faites et en fonction du médicament utilisé et de l'âge des personnes traitées. Généralement, le rapport coût-utilité est plus favorable avec l'augmentation de l'âge des personnes dépistées et traitées et en présence de facteurs de risques. En effet, dans la plupart des pays européens (Suède, Finlande, Belgique et Espagne) qui ont participé à une étude, un traitement était efficient en termes de coût uniquement chez des personnes qui avaient déjà eu des fractures.

Cela étant, il n'existe en l'état pas de recommandations uniformes et internationalement reconnues par les organisations médicales pour la mise en place des programmes de dépistage systématique par DXA et il n'existe, à notre connaissance, aucun programme établi en Suisse ni dans d'autres pays. La Preventive task force aux Etats-Unis recommande une mesure de la densité osseuse chez toutes les femmes âgées de plus de 65 ans ainsi que chez les femmes plus jeunes – et les hommes – présentant des facteurs de risque. En revanche, le National Institute of Health en Angleterre ne recommande pas un screening de masse par DXA, mais propose une stratégie où les médecins identifient les cas à risque sur la base d'un protocole d'examen standardisés, par exemple en utilisant l'algorithme FRAX ou un autre outil mentionné ci-dessous, avant de faire cet examen.

En Suisse, le dépistage de cette maladie se fait actuellement par screening «opportuniste». Cela signifie que les médecins proposent une DXA lorsqu'un patient ou une patiente présente des facteurs de risques ou a déjà subi des fractures. Il existe plusieurs outils cliniques reconnus qui permettent à un médecin d'évaluer le risque de fracture pour un patient ou une patiente sur la base d'une anamnèse et d'un examen clinique (Simple Calculated Osteoporosis Risk Estimation tool (SCORE), Osteoporosis Risk Assessment Instrument (ORAI) et Fracture Risk Assessment Tool (FRAX)) et de décider si une détermination de la densité osseuse doit être faite par un spécialiste. Or, l'ostéoporose n'est souvent pas diagnostiquée et surtout pas traitée, même si des fractures ostéoporotiques sont déjà survenues. En fait, il est estimé que moins de 20% des patients et patientes qui subissent une fracture due à une ostéoporose reçoivent une thérapie pour éviter de futures fractures dans l'année qui suit cet incident, ce qui signifie que les médecins de premier recours doivent avant tout être sensibilisés et mieux formés pour cette maladie, son diagnostic et sa prise en charge.

5. Conclusion

Au vu de ce qui précède, notamment tenant compte de ce qui se fait déjà en terme de prévention dans notre canton et de ce qui est prévu dans le cadre du plan de mesures Senior+ et des programmes «Je mange bien, je bouge bien» et «Sans tabac, je respire» ainsi que le Plan Cantonal Action Alcool, de l'incertitude par rapport à l'efficacité, à l'économicité et par rapport aux risques liés à un programme de dépistage de l'ostéoporose et au manque de recommandations universellement reconnues, le Conseil d'Etat n'entend pas en l'état mettre en place un programme de dépistage de masse par DXA dans le canton de Fribourg, mais favorise une stratégie où les personnes présentant des risques accrus de fractures ou ayant déjà une fracture ostéoporotique seront identifiées par les médecins de premier recours qui les référeront, si nécessaire, aux centres de compétences cantonaux pour le diagnostic et le traitement de l'ostéoporose. Pour cela, la formation et la sensibilisation des médecins de premier recours sont cruciales, raison pour laquelle le service de rhumatologie de le HFR organisera des colloques de formation continue sur l'ostéoporose ouverts aux médecins de premier recours (généralistes, internistes, gynécologues) et les radiologues.

Le Conseil d'Etat invite le Grand Conseil à prendre acte du présent rapport.
