



## PROGRAMME DE COORDINATION MULTIDISCIPLINAIRE DE PRISE EN CHARGE DE L'OSTÉOPOROSE FRACTURAIRE

A l'occasion de la **Journée Mondiale de l'Ostéoporose**  
20 octobre 2017

Les séniors représentent le segment de la population dont la croissance démographique est la plus rapide en France et en particulier dans le Jura. Avec l'allongement de l'espérance de vie dont bénéficie la majorité de la population mondiale, les coûts humains et financiers liés aux fractures ostéoporotiques progressent de manière spectaculaire. Ce coût en 2013, représentait selon les données de la CNAM en France (source CNAMTS, plus de 50 ans) :

– 770 Millions d'euros correspondant à 177 000 hospitalisations pour fractures

Par ailleurs, ces fractures sont la cause :

- De 7 % des décès/an,
- De 40 % de ré hospitalisations pour diverses raisons
- Et de 12 % de récidives à un an.
- Seulement 15% des patients ont une densitométrie après une première Fracture.

Ces chiffres montrent que nous sommes en deçà des recommandations de prescriptions de densitométrie et de médicaments dans la prise en charge de l'ostéoporose. De plus, après une période d'amélioration, l'incidence des fractures ré augmente depuis 2010 en France alors que la prévalence, ne cesse d'augmenter du fait du vieillissement de la population (source GRI0 : Pr Thomas SFR 2016).

De nombreux acteurs, de spécialités différentes et de sites différents sont impliqués dans la lutte contre l'ostéoporose fracturaire depuis des années mais la prise en charge de l'ostéoporose reste insuffisante selon les indicateurs nationaux. Ce programme de coordination d'un parcours de soin au décours d'une fracture répond à un besoin de santé publique des Jurassiens ; Il va permettre de fédérer et de coordonner plus efficacement l'action des différents acteurs investis dans la lutte contre cette maladie. L'hôpital de référence du territoire Jura Sud trouve dans ce programme un rôle central d'initiateur et de coordination d'une action de santé publique et les médecins traitants réfèrent leur rôle central dans le parcours de soins du patient.

Le programme a pour but de lutter contre l'ostéoporose fracturaire avec un parcours de soin spécifique permettant de coordonner le dépistage, le diagnostic de l'ostéoporose et sa prise en charge à partir du passage à l'hôpital (en ambulatoire ou en hospitalisation) à partir notamment des services d'orthopédie traumatologie et aux urgences d'un patient lors d'une fracture évocatrice de fragilité osseuse sous-jacente en coordonnant dans une filière structurée de tous les acteurs impliqués dans la prise en charge du patient mais surtout centrée sur le médecin traitant et les gériatres des SSR. Permettre facilement aux médecins généralistes et Gériatres de SSR de solliciter un avis spécialisé et remettre au cœur du parcours de soin le médecin généraliste et / ou le gériatre du SSR dans la prise en charge de l'ostéoporose après la fracture.

Actuellement sur le Centre Hospitalier Jura Sud de Lons le Saunier, plusieurs acteurs sont impliqués dans la prise en charge de l'ostéoporose : orthopédistes, rhumatologues, gériatres et médecin de SSR et médecin généraliste mais aucune filière de prise en charge de l'ostéoporose fracture structurée n'était identifiée. La coordination de ce programme sera donc réalisée par une infirmière spécialisée en rhumatologie (infirmière des consultations externes spécialisée par un DIU en soins en rhumatologie) avec pour rôle de repérer les patients cibles, leur fournir une information, des conseils de sensibilisation puis de les orienter vers un Médecin Traitant et le Gériatre du SSR le cas échéant afin de confirmer le diagnostic d'ostéoporose et d'engager un traitement approprié si cela est justifié et de mettre en place un suivi pour éviter de nouvelles fractures.

**Un bilan d'activité à un an** sera réalisé afin d'évaluer précisément la file active, et réévaluer ou réajuster l'organisation au vu des difficultés rencontrées dans la période. Ce projet démarrera donc avec une phase pilote qui sera réajustable en fonction des difficultés rencontrées au fil des mois et du bilan annuel ; une évaluation est prévue au bout de 12 mois : elle permettra de faire le bilan et comptabiliser la file active pour améliorer le programme et favoriser un plus ample déploiement de ce projet sur la GHT Jura.

**Contact :** Christelle DAMAS, Infirmière Coordinatrice du Programme  
03 84 35 60 52