

SUIVI INTEGRE DE L'OSTEOPOROSE PAR LES URPS-X : PROJET SIOUX
*Une évaluation du suivi du patient ostéoporotique par une
coopération médecin traitant / pharmacien*

RAPPORT INTERMEDIAIRE

20/02/2014

Coordonnateur : Dr Didier Poivret, rhumatologue, attaché au CHR de Metz Thionville, coordinateur ETP rhumatologie, fondateur avec le Dr Eric Lespesailles du groupe d'étude Solid'os, chargé de coordonner l'ETP ostéoporose au sein de la Société française de rhumatologie

Membres : Dr Moustapha Moulla, médecin généraliste, vice président URPS médecins Lorraine ; Dr Benoit Beaudouin, pharmacien, vice président URPS pharmaciens Lorraine ; Dr Christophe Wilcke, président URPS pharmaciens Lorraine ; Dr Véronique Noirez, pharmacien CHR Metz-Thionville

Membres associés : Dr Monique Durand, pharmacien, présidente du conseil régional de l'Ordre de Pharmaciens Clément Leduc, thèse en pharmacie en préparation sur coopération inter professionnelle médecin pharmacien dans le cadre du suivi d'ETP ostéoporose Moselle.

Référent méthodologie : Dr Christophe Goetz, Plateforme d'Appui à la Recherche Clinique, CHR Metz-Thionville

Association de Patients : Laurence Carton, vice-présidente, J.N. Dachicourt, Directeur, Association Française de Lutte Anti-Rhumatismale (AFLAR)

SOMMAIRE

1. Rappel du contexte de l'étude	3
2. Rappel des objectifs	4
2.1 Objectif principal	
2.2 Objectifs secondaires	
3. Rappel de la méthodologie	4
3.1 Circuit du patient	
3.2 Information et rémunération des professionnels	
3.3 Remplissage questionnaire médecin	
3.4 Remplissage questionnaire pharmacien	
3.5 Critères de jugement	
3.6 Modalités de recueil des données	
3.7 Analyses statistiques	
3.8 Calendrier prévisionnel	
4. Résultats intermédiaires au 1er janvier 2014	8
4.1 Participation des médecins traitants et des pharmaciens	
4.2 Inclusions et retours des questionnaires	
4.3 Analyse des données	
5. Discussion et perspectives	11
6. Conclusion	12

1. Rappel du contexte de l'étude

L'ostéoporose est un facteur majeur de risque de dépendance et est considérée comme un facteur de risque cardiovasculaire. A l'heure actuelle, nous disposons de moyens thérapeutiques efficaces permettant d'envisager une meilleure prise en charge de l'ostéoporose post-ménopausique. Malgré la présence de cet arsenal thérapeutique, cette maladie reste encore sous-diagnostiquée et le nombre de patients traités actuellement demeure relativement limité (1). Par conséquent, il paraît capital de sensibiliser les médecins traitants aux risques et conséquences de l'ostéoporose en terme de santé publique. Aussi leur rôle est essentiel pour identifier la maladie le plus tôt possible afin d'en freiner l'évolution par des mesures préventives appropriées (prévention de la première fracture).

Parallèlement, lorsque les patients sont traités, l'adhésion au traitement mérite d'être encouragée, car on sait que la persistance de la prise médicamenteuse est diminuée de plus de moitié au bout d'un an (2). La simplification des schémas posologiques ne suffit pas pour améliorer l'observance thérapeutique. Les pharmaciens d'officine ont un rôle essentiel d'information des patients lorsqu'ils dispensent les médicaments prescrits.

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) vise à permettre au patient d'atteindre une plus grande autonomie et à améliorer sa qualité de vie, en prenant en compte son quotidien et notamment en l'accompagnant dans son adhésion au traitement et aux modifications de comportements induits par sa pathologie: apport calcique suffisant, maintien de l'activité physique et de l'équilibre au sol. Au-delà des séances d'ETP, la littérature montre l'intérêt d'élaborer des filières orthopédie / rhumatologie / médecin traitant pour engager le bilan et le traitement de l'ostéoporose du patient et pour maintenir l'adhésion au traitement et au changement de mode de vie (3, 4). Le suivi ultérieur du patient est assuré par le médecin traitant, éventuellement aidé du rhumatologue mais le pharmacien revoit également le patient à l'occasion du renouvellement d'ordonnance.

Forts de ces constatations, il nous a paru essentiel d'élaborer un programme de suivi interprofessionnel impliquant le médecin traitant et le pharmacien, pour éviter que le patient ne soit perdu de vue.

1. Rabenda V, Register JY, Scheen A. Prévention et traitement de l'ostéoporose: éviter l'inertie clinique et motiver l'adhésion au traitement. *Rev Med Liège* 2010;65(5-6):358-65.
2. Martin KE, Yu J, Campbell HE, Abarca J, White TJ. Analysis of the comparative effectiveness of 3 oral bisphosphonates in a large managed care organization: adherence, fracture rates, and all-cause cost. *J Manag Care Pharm*. 2011;17(8):596-609.
3. RAJZBAUM G. Ostéoporose et risque cardiovasculaire: rôle de l'ostéoprotégérine. *Médecine des maladies métaboliques* 2009;3(3):251-4.
4. Jensen JS, Bagger J. Long-term social prognosis after hip fractures. *Acta Orthop Scand*. 1982;53:97-101.

2. Rappel des objectifs

2.1 Objectif principal

Evaluer l'efficacité d'un programme de suivi assurée par une coopération médecin-pharmacien du patient ostéoporotique, sur

- l'adhésion au traitement d'une part
- l'adhésion aux règles hygiéno-diététiques d'autre part

Cette évaluation sera effectuée en fin de suivi, à trois ans, mais une évaluation intermédiaire sur ces mêmes critères est prévue à 1 et 2 ans de suivi.

2.2 Objectifs secondaires

Evaluer l'adhésion et la perception des médecins traitants et des pharmaciens d'officine à ce programme de suivi.

Cette évaluation sera effectuée en fin de suivi, à trois ans, mais une évaluation intermédiaire sur ces mêmes critères est prévue à 1 et 2 ans de suivi.

3. Rappel de la méthodologie

Le projet sera présenté aux médecins traitants et pharmaciens concernés par des réunions d'information sur le déroulé de l'étude, son intérêt, son organisation, son suivi, les retombées attendues. Dans un premier temps, une ou deux réunions, s'adresseront aux médecins et pharmaciens volontaires inscrits après mailing adressé à tous les membres de ces deux professions par les URPS correspondantes. Dans un deuxième temps, le coordinateur contactera les médecins traitants et pharmaciens des patients inscrits à une séance d'ETP et ayant accepté de participer à l'étude et leur proposera d'assister à ce type de réunion commune pour les informer de la même façon.

3.1 Circuit du patient

A l'issue de sa première séance d'ETP, un carnet de suivi est remis au patient qui en devient propriétaire.

Ce carnet de suivi comporte :

- Un formulaire d'accord du patient,
- Un formulaire d'accord du médecin traitant,
- Un formulaire d'accord du pharmacien,
- Six exemplaires de questionnaire médecin alternés avec six exemplaires de questionnaire pharmacien, selon le traitement suivi,
- Un agenda visualisant le suivi sur un calendrier,
- Chaque carnet comporte un numéro identifiant correspondant à la numérotation des livrets.

3.2 Information et rémunération des professionnels

Le médecin, contacté préalablement par téléphone notifiera son accord de participation au programme lors de la première consultation (formulaire d'accord contenu dans le dossier de suivi du patient) au secrétariat ETP ostéoporose. Celui-ci lui adressera alors 6 enveloppes timbrées pour renvoi du duplicata des questionnaires.

Le pharmacien, contacté préalablement par téléphone, notifiera son accord de participation au programme lors de la première consultation (formulaire d'accord contenu dans le dossier de suivi du patient) au secrétariat ETP ostéoporose. Celui-ci lui adressera alors 6 enveloppes timbrées pour renvoi du duplicata des questionnaires.

Pour ces deux professionnels, le règlement des honoraires correspondant sera lié à la réception de ces questionnaires.

3.3 Remplissage questionnaire médecin

Le patient présentera son carnet de suivi à son médecin traitant lors de chacune de ses visites programmées (2 par an pendant 3 ans). Il remplira le questionnaire dans la salle d'attente puis ce questionnaire sera repris avec le médecin lors de la consultation. Ensemble, ils feront le point sur l'adhésion au traitement, et aux changements de mode de vie.

Des objectifs pourront être fixés en concertation le patient, qui repartira avec son carnet de suivi. Une copie du questionnaire est conservée par le médecin et renvoyé grâce à l'enveloppe au service indiqué

3.4 Remplissage questionnaire pharmacien

Le patient présente son carnet de suivi à son pharmacien lors de la délivrance de l'ordonnance ou lors d'entretiens programmés (respect du rythme de 2 fois par an pendant 3 ans). Un questionnaire spécifique sera rempli par le pharmacien et le patient lors d'un entretien pharmaceutique, qui sera effectué dans un local dédié (par exemple le bureau du pharmacien). Celui-ci s'assurera que le patient a compris qu'il doit revoir son médecin traitant à l'issue de la durée du traitement qui lui a été délivré.

Si le pharmacien détecte une difficulté en termes d'observance au traitement ou aux modifications de mode de vie, il téléphonera au médecin traitant ou le contactera par mail (système UPLS). Dans tous les cas, il signalera le problème repéré dans le carnet de suivi afin que le médecin traitant en ait connaissance lors de la prochaine consultation.

A ces entretiens, s'ajoute une réunion de synthèse annuelle réunissant les binômes médecin/pharmaciens. En fin de prise en charge, une synthèse sera rédigée et adressée aux médecins traitant et pharmacien par le coordinateur du projet.

3.5 Critères de jugement

Evaluation de d'adhésion des patients au traitement

L'adhésion au traitement sera évaluée à l'aide du questionnaire ADEOS (Breuil & al. Osteoporos Int. 2012, 23 :445-455). Les patients rempliront cet auto-questionnaire à chaque visite médicale.

Une question concernant les motifs d'arrêt du traitement et une question concernant les effets secondaires seront en outre posées par le pharmacien lors de chaque entretien.

Evaluation de l'adhésion des patients aux règles hygiéno-diététiques

L'adhésion des patients aux règles hygiéno-diététiques sera évaluée par un auto-questionnaire rempli par le patient lors de chaque visite médicale. Ce questionnaire comprend 1 item sur les apports calciques, 3 items sur l'activité physique et l'équilibre et 3 items sur le rapport à la maladie.

Evaluation des connaissances des patients

Les connaissances des patients concernant leur traitement seront évaluées par un questionnaire lors des entretiens avec le pharmacien. Les questions porteront sur la durée du traitement (1 item), les modalités des prises médicamenteuses (4 items) et la conduite à tenir en cas d'oubli (1 item).

Les connaissances concernant les règles hygiéno-diététiques seront évaluées par un auto-questionnaire lors des visites médicales. Les questions porteront sur les apports calciques (2 items) et les activités physiques (2 items).

Evaluation de l'adhésion des médecins et des pharmaciens au suivi

L'adhésion des médecins et pharmaciens sera évaluée de façon qualitative durant les réunions de synthèse annuelle et de façon quantitative par le taux de retour des questionnaires.

3.6 Modalités de recueil des données

La saisie et l'exploitation des questionnaires de suivi seront réalisées par la Plateforme d'Appui à la Recherche Clinique du CHR Metz-Thionville. Le recueil et l'exploitation de ces données feront l'objet d'une déclaration à la CNIL, en respect de la loi informatique et liberté. Seules les données nécessaires à la recherche seront recueillies. Le patient a néanmoins le droit de s'opposer à ce que les données le concernant fassent l'objet d'un traitement automatisé. Le patient aura à tout moment le droit d'accéder aux données le concernant. Il aura également le droit de demander à ce que les données inexactes ou devenues inexactes soient rectifiées. Il pourra à tout moment exercer ses droits auprès du Dr Poivret, coordonnateur du projet. Pour toutes les informations de nature médicale, ses droits pourront être exercés directement ou par l'intermédiaire du médecin de son choix.

3.7 Analyses statistiques

Analyse descriptive de l'échantillon : les variables quantitatives seront décrites en termes de moyenne et écart-type, ou médiane et intervalle interquartile. Les variables qualitatives seront décrites en pourcentages avec intervalle de confiance à 95%.

Le taux d'adhésion au traitement et aux règles hygiéno-diététiques ainsi que les connaissances des patients seront calculés après 1 an, 2 ans et 3 ans de suivi avec un intervalle de confiance à 95%, pour chaque vague de patients et de façon globale

Une analyse qualitative des facteurs liés à une mauvaise adhésion au traitement ou aux règles hygiéno-diététiques sera réalisée.

3.8 Calendrier prévisionnel

	2013				2014				2015				2016				2017				2018				2019			
Inclusions de la 1 ^{ère} vague																												
Suivi de la 1 ^{ère} vague																												
Saisie et exploitation des données de la 1 ^{ère} vague																												
Inclusions de la 2 ^{ème} vague																												
Suivi de la 2 ^{ème} vague																												
Saisie et exploitation des données de la 1 ^{ère} vague																												
Inclusions de la 3 ^{ème} vague																												
Suivi de la 3 ^{ème} vague																												
Saisie et exploitation des données de la 3 ^{ème} vague																												

4. Résultats intermédiaires au 1^{er} janvier 2014

4.1 Participation des médecins traitants et des pharmaciens

Durant l'année 2013, 42 médecins et 43 pharmaciens ont été impliqués dans le projet. Trois réunions d'information ont eu lieu début 2013 : 2 réunions destinées aux médecins généralistes et aux pharmaciens (4 avril, 25 avril) et une réunion destinée aux médecins spécialistes potentiellement concernés par le projet (rhumatologues, gynécologues, radiologues, 11 avril, 6 présents dont trois rhumatologues).

Il est observé que les médecins traitants tardent à renvoyer les accords. Un travail important de contact personnalisé a été entrepris, permettant de récolter tous les accords médecins. Les pharmaciens adhèrent immédiatement, mais un travail de pédagogie a tout de même été fourni. Pour améliorer l'adhésion initiale des médecins traitants au projet, un courrier spécifique leur est désormais envoyé lorsqu'un de leurs patients est inclus. Ce courrier comprend une lettre expliquant l'étude ainsi qu'un schéma de suivi et les numéros de téléphone des personnes à contacter en cas de questions.

Deux réunions annuelles de synthèse ont eu lieu le 23 janvier 2014 et le 6 février 2014 :

- Réunion du 23/01/14 : 6 médecins généralistes et 10 pharmaciens étaient présents.
- Réunion du 06/02/14 : 8 médecins généralistes et 9 pharmaciens étaient présents.

Ces réunions ont montré une amélioration de la coopération entre médecins traitants et pharmaciens par rapport au début du programme : un réel intérêt pour travailler ensemble autour du patient s'est fait ressentir, contrairement aux doutes qu'il pouvait y avoir lors de la première séance inaugurale. Il est notamment mentionné l'importance pour les pharmaciens d'attirer l'attention du médecin si les patients ne viennent pas chercher leur traitement.

Ces réunions contribuent également à la formation des médecins et des pharmaciens sur les spécificités de la prise en charge de l'ostéoporose. On peut regretter qu'un nombre relativement limité de médecins généralistes et de pharmaciens se rendent aux réunions, mais il est à noter que tous les médecins participant au programme remplissent et renvoient les questionnaires de suivi.

4.2 Inclusions et retours des questionnaires

Les inclusions ont débuté lors de la première séance d'ETP de l'année 2013. Sur l'ensemble de l'année, 49 patients ont pu être inclus dans l'étude, ce qui est supérieur à l'objectif initial de 40 patients par an. Le détail des inclusions réalisées est présenté dans le tableau 1. Ces 49 inclusions correspondent à 85% des patients à qui l'étude a été proposée lors des séances ETP, ce qui traduit un très fort intérêt des patients pour le projet. Cinq patients sont sortis d'étude au cours de l'année 2013 (3 arrêts de traitement en raison d'effets secondaires, 1 mauvaise indication et 1 patient perdu de vue). Ainsi, un total de 44 patients sont actuellement suivis.

Les taux de retour à 6 mois des premiers questionnaires sont présentés dans le tableau 2 (les taux de retour pour les patients inclus après juin ne sont pas interprétables car le recul est inférieur à 6 mois pour ces données, extraites le 1^{er} janvier 2014). Le taux moyen de retour à 6 mois est de 59%. Il est bien meilleur pour les premiers mois car des relances personnalisées ont été réalisées (les relances pour les mois suivants sont en cours). L'objectif affiché est un taux de retour global de 80%.

Tableau 1 : Suivi des inclusions

Mois d'inclusion	Nombre de patients présents à l'ETP	Nombre de patients inclus	Nombre de sorties d'étude	Nombre de patients en suivi	Accords médecin	Accords pharmacien
janv-13	10	10	2	8	8	8
févr-13	8	7	1	6	6	6
avr-13	9	9	2	7	6	6
mai-13	8	8	0	8	3	3
juin-13	10	5	0	5	0	3
sept-13	7	4	0	4	2	1
nov-13	6	6	0	6	1	5
Total 2013	58	49	5	44	26	32

Tableau 2 : Suivi des retours questionnaires à 6 mois

Mois d'inclusion	Nombre de patients en suivi	Retours questionnaire ADEOS 6 mois	Retours questionnaire médecin 6 mois	Retours questionnaire pharmacien 6 mois	Taux global de retour des questionnaires à 6 mois
janv-13	8	5	8	8	88%
févr-13	6	4	5	6	83%
avr-13	7	2	4	4	48%
mai-13	8	1	1	2	17%
juin-13	5	0	0	1	7%
sept-13	4	0	0	0	0%
nov-13	6	0	0	0	0%
Total 2013	44	12	18	21	39%

4.3 Analyses des données

Au premier janvier 2014, les données saisies et exploitables sont les données sociodémographiques des 49 patients inclus ainsi que les réponses à 14 questionnaires médecins, 10 questionnaires ADEOS et 17 questionnaires pharmaciens. La saisie des données est décalée par rapport à la réception des questionnaires en raison de la nécessité de relances personnalisées et du contrôle de la qualité de leur remplissage.

Analyse descriptive des caractéristiques des patients :

Sur les 49 patients inclus en 2013, trois sont sortis d'étude en raison d'un arrêt du traitement pour effet secondaire, un est sorti d'étude en raison d'une erreur d'indication du traitement et un patient a été perdu de vue.

Sur les 44 patients actuellement suivis, 2 sont des hommes et 42 des femmes. L'âge moyen est de 65,3 ans (écart type : 10,7 ans). Le département de résidence est la Moselle pour 42 patients, la Meuse pour 1 patient et un patient réside au Luxembourg. La répartition par commune de résidence est présentée dans le tableau 3.

Tableau 3 : Communes de résidence des patients inclus

Commune	Nombre de patients
Metz	13
Marly	4
Montigny-lès-Metz	4
Clouange	2
Rozerieulles	2
Amnéville	1
Augny	1
Bambiderstroff	1
Blies Ebersing	1
Carling	1
Château Rouge	1
Diesen	1
Freyming Merlebach	1
L'Hopital	1
Longeville-lès-Metz	1
Luxembourg	1
Moulins-lès-metz	1
Nixeville Blercourt	1
Rombas	1
Saint Avoird	1
Thionville	1
Verny	1
Vigny	1
Woippy	1

Analyse des données ADEOS à 6 mois :

Pour les 10 questionnaires ADEOS exploitables au 1^{er} janvier 2014, le score moyen est de 12,4 (écart type 1,8), la médiane de 13 (minimum 9 ; maximum 14). Les patients sont considérés comme à risque de rupture du traitement dans les 9 mois lorsque le score ADEOS est inférieur ou égal à 16. Le risque est intermédiaire pour un score entre 16 et 20, et faible pour un score supérieur ou égal à 20. Ces premiers résultats portent sur un nombre limité de patients, mais semblent déjà confirmer l'enjeu crucial que représente l'adhésion au traitement de l'ostéoporose, tous les questionnaires analysés ayant un score inférieur à 16.

Analyse des questionnaires médecin à 6 mois :

D'après les 14 questionnaires analysés, les médecins traitants considèrent les 14 patients comme adhérents à leur traitement ; ils considèrent que 11 patients sur 13 (une donnée manquante) ont des apports calciques suffisants, que 11 patients sur 14 ont un équilibre au sol satisfaisant et que 10 patients ont maintenu leur niveau d'activité physique, 3 l'ont amélioré et un l'a réduit.

Concernant les apports calciques, sur les 14 patients, 13 identifient correctement le fromage comme une source de calcium, 13 le lait, un seul le beurre et aucun la crème. Un patient déclare ne prendre aucun produit laitier chaque jour, 2 patients un produit laitier par jour, 4 patients 2 produits laitiers par jour et 7 patients au moins 3 produits laitiers par jour. Un patient déclare que des apports calciques journaliers suffisants correspondent à un produit

laitier par jour, un patient à 2 produits laitiers par jour, et 12 patients à au moins 3 produits laitiers par jour.

Concernant l'activité physique, 2 patients déclarent ne pas marcher tous les jours, un patient déclare marcher entre 1 et 15 minutes par jour, 4 patients entre 15 et 30 minutes par jour et 7 patients plus de 30 minutes par jour. Sept patients déclarent ne pratiquer aucune autre activité physique, un patient déclare pratiquer une autre activité physique moins d'une fois par semaine, un patient une fois par semaine, et 5 patients plus d'une fois par semaine. Treize patients sur 14 déclarent que l'activité physique est recommandée lorsque l'on a de l'ostéoporose.

Concernant l'équilibre, 8 patients sur 14 déclarent avoir pris des précautions pour limiter les risques de chute à leur domicile et un patient déclare avoir participé aux ateliers CARSAT. Sept patients déclarent que l'ostéoporose a entraîné des changements dans son mode de vie, changements acceptés pour 6 patients sur 7.

Neuf patients sur 14 se déclarent inquiets en raison de leur ostéoporose.

Analyse des questionnaires pharmacien à 6 mois :

D'après les 17 questionnaires analysés, 11 patients sont traités par acide zolédronique (Aclasta®), 4 par biphosphonates, 2 par ranélate de strontium, aucun par Raloxifène. Parmi les patients traités par acide zolédronique, 8 sur 11 avaient reçu toutes les injections prévues. Tous les patients connaissaient le nom de leur traitement, savaient à quoi il servait et pourquoi il avait été prescrit par leur médecin. Tous les patients connaissaient la date de début de leur traitement, mais 14 sur 17 connaissaient la durée de traitement prévue.

Tous les patients respectaient la prise de leur traitement. Treize patients n'avaient jamais oublié leur traitement, 2 patients l'avaient oublié rarement (2 réponses manquantes). Douze patients savaient comment réagir à un oubli de traitement (5 réponses manquantes). Deux patients avaient déjà eu envie d'arrêter leur traitement, dans les 2 cas en raison d'effets secondaires, et dans un cas car il était jugé contraignant.

Tous les patients se disent rassurés par leur traitement. Onze patients sur 17 avaient un traitement complémentaire pour leur ostéoporose, le plus souvent de la vitamine D.

5. Discussion et perspectives

Avec 49 patients inclus et 44 patients en suivi, les objectifs d'inclusion de la première année sont respectés et même dépassés. La participation des pharmaciens est remarquable, celle des médecins traitants nécessite davantage de relance et de pédagogie, mais est déjà satisfaisante et a vocation à s'améliorer.

Les taux de retour des questionnaires sont satisfaisants pour les premiers mois, mais nécessitent des relances personnalisées. L'objectif de 80% de taux de retour la première année semble parfaitement réaliste.

Les échanges lors des réunions d'information et de suivi avec les médecins traitants et pharmaciens et lors des réunions du comité de pilotage ont permis d'améliorer la présentation du carnet de suivi, les courriers d'informations et les méthodes de relances auprès des patients et des médecins généralistes.

Communications autour du projet :

Sioux a fait l'objet d'un article dans le Quotidien du Médecin (en date du 4 novembre 2013), le Quotidien du Pharmacien, et plus récemment dans le Moniteur des pharmaciens (en date du 18 janvier 2014). Un poster a été présenté au congrès de rhumatologie à Paris le 3

décembre 2013. Une communication a été proposée au Congrès Européen de l'EULAR à Paris (11 au 14 juin 2014). Une information sur le projet a été publiée dans le Bulletin Conseil de l'Ordre des Médecins de Moselle en janvier 2014. Enfin, une newsletter est régulièrement envoyée aux médecins traitants et aux pharmaciens participant à l'étude.

Pour rappel, les objectifs affichés par le projet sont :

- **Adhésion au traitement**
 - o 50% d'adhésion au traitement médicamenteux à 1 an
 - o 40% d'adhésion au traitement médicamenteux à 2 ans
 - o 30 % d'adhésion au traitement médicamenteux à 3 ans
- **Activité physique :**
 - o 50% de personnes inscrites au programme CARSAT à 1 an.
 - o 30 % de personnes ayant maintenu ou engagé une activité physique à 3 ans
- **Connaissances alimentaires :**
 - o 50 % des personnes qui savent qu'il faut prendre 4 produits laitiers par jour à 2 ans
 - o 30 % des personnes qui savent qu'il faut prendre 4 produits laitiers par jour à 3 ans
- **Habitudes de vie :**
 - o 30 % des personnes qui prennent des précautions pour limiter les chutes à 1 an
 - o 30 % des personnes qui chutent maintenant ces précautions à 3 ans
- **Critère d'évaluation secondaire : coopération médecin pharmacien**
 - o 50 % des carnets de suivi (ensemble des 4 questionnaires) correctement remplis et récupérés à 1 an
 - o 30 % des carnets de suivi correctement remplis (80% des questionnaires soit 9/12) et récupérés à 3 ans

Il a été montré que le maintien d'une adhésion maximale au traitement médicamenteux, à l'activité physique et à l'évitement des chutes permettait de diminuer sensiblement le nombre de fracture dans une population donnée. Ces objectifs sont atteints essentiellement dans le cadre de programme de coordination inter professionnelle des différents acteurs engagés.

Ce projet verra la mise en place d'une coopération exemplaire entre URPS médecin, URPS pharmacien et ARS, au profit du patient, en diminuant les facteurs de risque d'entrée en dépendance tout en valorisant la collaboration des organismes entre eux et en diminuant les coûts de prise en charge.

Ce schéma pourra être étendu à d'autres pathologies et d'autres territoires.

6. Conclusion

Quarante-neuf patients ont été inclus en 2013, pour 42 médecins et 43 pharmaciens. Les patients sont âgés de 65 ans en moyenne et sont peu observants selon le questionnaire ADEOS, ce qui correspond bien à la population cible de l'ETP ostéoporose.

L'analyse des premiers questionnaires montre une amélioration de l'adhésion au traitement médicamenteux et aux changements de mode de vie par rapport aux chiffres communément admis, à la suite de ETP et du suivi inter-professionnel.

La communication médecins/pharmaciens s'instaure progressivement , comme en témoignent les échanges recueillis lors des réunions de bilan annuelles, qui seront repris dans la newsletter adressée aux médecins et pharmaciens participants. Cette dynamique devrait se poursuivre en 2014