

LU POUR VOUS Fractures traumatiques chez des femmes ménopausées: un facteur de risque d'ostéoporose méconnu?

Une femme ménopausée sur deux aura une fracture ostéoporotique durant sa vie. Les fractures non traumatiques, de faible cinétique, sont des facteurs de risque importants pour une fracture ultérieure. Néanmoins, il n'est pas certain que les fractures traumatiques augmentent également ce risque. Une étude prospective observationnelle a été menée aux États-Unis, afin de définir comment le risque d'une nouvelle fracture varie en fonction du mécanisme – traumatique ou non traumatique – de la fracture initiale. 66784 femmes ménopausées entre 50 et 79 ans ont

participé à l'étude, avec un suivi moyen de 8,2 ans. 7142 participantes (10,7%) ont eu une fracture durant la période du suivi, suivie d'une deuxième fracture chez 721 (10,1%) d'entre elles. Le hazard ratio ajusté (aHR) d'une fracture ultérieure après une première fracture était de 1,49 (IC 95%: 1,38-1,61). L'association entre les fractures initiale et ultérieure était augmentée de manière statistiquement significative (aHR 1,52; IC 95%: 1,37-1,68) chez les femmes avec une fracture initiale non traumatique, mais également chez celles avec une fracture initiale traumatique (aHR 1,25;

IC 95%: 1,06-1,48). Les résultats de cette étude démontrent que chez les femmes ménopausées de plus de 50 ans, une fracture est associée à un risque élevé de nouvelle fracture, indépendamment du mécanisme de la fracture initiale.

Commentaire: Le risque de fracture à dix ans, évalué par le modèle FRAX, prend en compte les traumatismes bénins comme facteurs de risque d'ostéoporose. Cette étude suggère que cette attitude sous-estime l'incidence d'ostéoporose chez les femmes ménopausées et que les médecins de premier recours devraient être

plus proactifs à la recherche d'une ostéoporose chez les patientes ayant eu des fractures d'origine traumatique.

Dre Eleni Psychia

Département des policliniques, Unisanté, Lausanne

Coordination: Dr Jean Perdrix, Unisanté (jean.perdrix@unisante.ch)

Crandall CJ, et al. Risk of subsequent fractures in postmenopausal women after nontraumatic vs traumatic fractures. *JAMA Intern Med* 2021;181:1055-63.

CARTE BLANCHE

TON VIF, INSULTES, MENACES OU PASSAGES À L'ACTE

**Pr Christophe Luthy**

Service de médecine interne de réhabilitation de Beau-Séjour HUG, 1211 Genève 14 christophe.luthy@hcuge.ch

Tel malade s'est énervé hier contre un infirmier qui n'a pas répondu suffisamment vite. Un autre malade en veut au médecin qui ne l'aurait pas pris au sérieux ou qui lui paraissait trop jeune. Une aide-soignante se fait disputer car du poisson aurait été commandé au lieu de la viande souhaitée. Un proche menace physiquement une blouse blanche ou un-e secrétaire, prend son badge en photo avec son smartphone et vitupère dans le couloir car *il n'y a que des incapables dans cet hôpital et qu'ils se défendent de surcroît tous entre eux!* Il devient de plus en plus fréquent que les profes-

sionnels de soins se confrontent à l'agressivité des malades ou à celle des proches. Ton vif, insultes, interruptions intempestives, menaces verbales ou physiques, passages à l'acte, ces exemples sont plus facilement reconnaissables que d'autres marques d'agressivité, telles que des retards ou des manquements aux rendez-vous, un trop de courtoisie ou une soumission excessive (des façons de se protéger de sa propre agressivité?). Il ne s'agit évidemment pas de se jeter sur le moindre soubresaut de son malade. Cependant, le fait de relever ces éléments permet de rappeler le cadre de l'entretien. Une ligne rouge est constituée par le fait de s'en tenir à la parole respectueuse, à l'exclusion du geste ou de l'agression physique. Le point délicat est que l'engagement dans l'entretien ne doit pas être préterité par un surinvestissement du cadre. Dans les situations extrêmes toutefois, l'appel urgent aux collègues de la sécurité ou la dépose d'une plainte pénale font légitimement passer la considération du

malade en arrière-plan.

L'attention portée par les thérapeutes aux mouvements agressifs de leurs malades leur permet aussi de s'interroger sur leurs propres comportements agressifs individuels ou de groupe (par exemple, humour déplacé, questions intrusives, ne pas répondre adéquatement, s'en tenir à la parole lorsque la situation requiert une disposition particulière ou une attitude) et sur ce que ce mode de communication soulève chez eux (par exemple, faire semblant de ne pas ressentir, témoigner de mouvements d'irritation verbaux ou physiques, ne pas anticiper l'aggravation de la situation).

L'instauration d'une écoute empathique ne constitue pas une garantie contre la production de l'agressivité. L'agressivité n'est jamais exclue en clinique et il revient aux cliniciens de l'utiliser au mieux pour leur travail. En milieu somatique, elle est pourtant très régulièrement vécue comme déstabilisante par les soignants. Ainsi, l'animosité des malades revendicateurs ou

des visiteurs adressant des accusations lourdes de sous-entendus éveille des formes variées d'agressivité symétrique. En effet, ces attaques touchent le cœur même de notre désir sans cesse renouvelé de soigner. Il est avéré que nous supportons mal d'être confrontés à l'immanquable décalage entre les vécus violents des malades ou de leurs proches et notre envie de partage. Impossible donc de ne pas se sentir meurtris. La production agressive s'organisant d'une façon dialectique, l'explicitation des attentes des uns (les malades et leurs proches) et des autres (les professionnels de toutes les couleurs des pastilles des badges hospitaliers!) constitue donc un point essentiel pour limiter les dérives. Cette courte tribune pour rappeler les trois possibles conséquences d'un mouvement agressif qui ne trouve pas son destinataire: a) l'agresseur se replie sur lui et renonce à entrer en relation; b) l'agresseur détourne sa manœuvre et s'en prend à d'autres (des proches, des pairs, des chefs ou des

subalternes); ou encore c) l'agresseur augmente la puissance du message en démultipliant les cibles ou en passant du verbe à l'action (briser du matériel, tirer les cheveux de l'aide-soignant... ou mettre inadéquatement un terme à une relation). Le contenu agressif d'une relation

qui n'est pas identifié comme tel perd son statut. Pour le professionnel hospitalier, la difficulté est d'éprouver ces mouvements sans fuir ni s'effondrer. Les hiérarchies ont assurément un rôle à jouer pour former, prévenir et protéger leurs équipes face à l'agressivité.

TRIBUNE

Que voter à la Chambre Médicale du 7 octobre?

Une simplification bienvenue

La révision des règles déontologiques de la FMH concernant la communication publique a soulevé de vives discussions ou même des angoisses dans de larges milieux. La Chambre Médicale du 7 octobre se prononcera sur une première étape: l'activité publique et médiatique. Elle apportera une simplification bienvenue, sans changer la philosophie qui a toujours prévalu: respecter les confrères, mettre la médecine et le patient avant la personne du médecin, informer raisonnablement sur les connaissances en cours, éviter de susciter des espoirs excessifs.

Ces principes seront dorénavant inscrits clairement dans l'article 22 du Code de déontologie de la FMH, et non plus dans une annexe. Cet article traite des interventions des médecins dans les médias. Il tient compte des «nouveaux» médias et lève, par exemple, l'obligation de relire son texte avant publication, ce qui est devenu impossible avec la généralisation du «live». La nouvelle formulation a

plusieurs avantages: le nouvel article 22 est concis (14 lignes), il fait clairement partie du corpus du Code que tout membre de la FMH doit connaître (moins de 20 pages), son contenu est clairement obligatoire et son application par les commissions de déontologie sera moins sujette à interprétation. Toutes ces considérations font qu'on peut approuver sans retenue cette première partie de la réforme.

Et la publicité, demanderez-vous? C'est un sujet plus délicat où les positions vont d'un extrême à l'autre. Objet des articles 20 et de l'annexe 2 du Code de déontologie, il sera révisé par la suite, probablement en 2022. Une nouvelle consultation des membres de la FMH est prévue. Et on peut prévoir que la discussion sera vive!

Dr Charles Abram Favrod-Coune

Délégué de la Société vaudoise de médecine
Rte de la Villa-d'Oex 20
1660 Château d'Oex
charles.a.favrod-coune@svmed.ch

ERRATUM

L'article de Bruttin JP, et coll., «Vitamine B12 en pratique: quand tester? Qui tester? Et qui substituer?», paru dans la *Revue Médicale Suisse* 731 consacrée à la nutrition-obésité du 24 mars 2021 (Rev Med Suisse 2021;17:582-7), mentionne de manière erronée que la vitamine B12 est stable pendant 1 à 2 heures seulement et sensible à l'exposition à la lumière. Il s'agit en fait d'une notion historique qui n'a plus cours avec les méthodes actuelles. Cette mention a été retirée dans la version en ligne de l'article.

| Le savoir vivant |

Unil
UNIL | Université de Lausanne
Faculté de biologie et de médecine

unisanté
Centre universitaire de médecine générale
et santé publique • Lausanne

INSTITUTION D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE DE PREMIER PLAN AU NIVEAU INTERNATIONAL, L'UNIL COMPTE PRÈS DE 5'000 COLLABORATRICES ET COLLABORATEURS ET 15'500 ÉTUDIANT·E·S, RÉPARTI·E·S ENTRE LE CAMPUS DE DORIGNY, ET LES SITES DU CHUV ET D'EPALINGES. EN TANT QU'EMPLOYEUR, ELLE ENCOURAGE L'EXCELLENCE, LA RECONNAISSANCE DES PERSONNES ET LA RESPONSABILITÉ.

LA FACULTÉ DE BIOLOGIE ET DE MÉDECINE (FBM) ET UNISANTÉ METTENT AU CONCOURS UN POSTE DE:

PROFESSEUR·E ASSOCIÉ·E OU PROFESSEUR·E ORDINAIRE EN SANTÉ ENVIRONNEMENTALE AU SEIN D'UNISANTÉ

Entrée en fonction: à convenir

Votre profil:

- Diplôme fédéral de médecin (ou équivalent Mebeko)
- MD ou MD-PhD
- Titre de spécialiste ISFM (ou équivalent Mebeko) en médecine du travail, médecine générale (médecine interne générale) ou médecine de santé publique.
- Expérience pratique de plusieurs années dans le domaine de la médecine environnementale, y compris les conditions de travail
- Parcours académique avec une pratique confirmée en matière d'enseignement universitaire pré et postgrade
- Capacité à mettre sur pied des programmes de recherche susceptibles d'être soutenus par des fonds externes expertisés
- Parcours professionnel dans les domaines de l'organisation, de la collaboration interdisciplinaire et des réseaux, ainsi que dans la gestion des ressources humaines
- Bonne connaissance du français (minimum B2, C1 idéal) ou la capacité de l'acquérir rapidement

L'annonce détaillée est disponible sur le lien de postulation ou avec notre QR code



Votre dossier:

Nous vous prions de nous faire parvenir votre dossier complet uniquement en ligne sur notre site :

www.fbm.unil.ch/releve/application

Délai de candidature : 24 octobre 2021 (23:59 GMT+1)

Contact: Prof. Jacques Cornuz (jacques.cornuz@unisante.ch)



L'UNIL s'engage pour l'égalité. Elle encourage les candidatures féminines.
www.unil.ch/egalite

1009499