

risque que, si elle se protège de la violence domestique en se séparant de son conjoint, elle soit victime de violence institutionnelle, par la perte de son droit de séjour. Anna se sépare malgré tout, avec l'espoir que son mari, qu'elle continue à aimer, «réalise» et mette fin à ses comportements destructeurs. Le couple, séparé mais toujours marié, trouve effectivement un nouvel équilibre, maintenant à travers les épreuves une attention et une sollicitude mutuelles étonnantes. Mais cet été, Anna est revenue pétrifiée, flottante, parce que, comme redouté, une menace plane à

nouveau sur son permis de séjour. Une fois encore, l'assistante sociale de La Fraternité, engagée depuis des années, est revenue vers nous pour que nous témoignions de sa situation médico-psychologique et, notamment, des faits ayant motivé la séparation. Je ne pouvais m'empêcher de craindre pour Anna, qui reperdait du poids et ne sortait plus de chez elle. Je repensais aux récits de mes parents, réfugiés comme enfants pendant la deuxième guerre mondiale et qui nous avaient dit leur reconnaissance pour les habitants qui, en France, avaient accueilli

avec solidarité leurs familles pourtant nombreuses. C'était resté marqué en moi: cette possibilité de devoir quitter d'un jour à l'autre son pays, de fuir dans des contrées inconnues, à la merci des personnes croisées sur les routes. Et cela me fait mal d'entendre que ceux qui cherchent ainsi refuge ne sont pas accueillis, ou sont menacés d'expulsion.

Lors de notre dernier entretien, Anna est arrivée avec une lumière particulière sur le visage, que je ne lui avais jamais vue. Elle avait reçu l'annonce qu'elle allait bénéficier d'un permis de séjour durable: enfin un permis

de se poser, de se reposer, pour elle qui, jusque-là, avait vécu un pied au sol, un pied dans la fuite. Elle dit sa reconnaissance – notamment pour l'assistante sociale qui a écrit son rapport un dimanche soir juste avant le délai de recours... Je suis moi-même pleine de reconnaissance pour mon pays qui reconnaît cette fois le droit de cette grand-mère si multiplement malmenée à séjourner parmi nous. Elle me dit combien elle peine encore à réaliser ce que c'est: avoir le droit d'être là.

ZOOM

Ne pas attendre la fracture de fragilité pour dépister et prendre en charge l'ostéoporose

On estime qu'environ une femme ménopausée sur 2 va développer une fracture en lien avec l'ostéoporose. Les fractures peuvent être la cause de morbidité (diminution de la qualité de vie, douleurs chroniques, perte d'indépendance, etc.) et d'une augmentation de mortalité.

On sait déjà que les femmes qui présentent une fracture de fragilité sont à risque de récurrence. Qu'en est-il des fractures traumatiques? Actuellement, elles ne sont pas incluses dans les guidelines de prise en charge de l'ostéoporose.

Le but de cette étude était de déterminer comment le futur risque de fracture varie entre fracture de fragilité et fracture traumatique.

Méthode: Étude prospective observationnelle. Les données utilisées ont été extraites de l'étude Women's Health Initiative (WHI) qui a enrôlé 161 808 femmes ménopausées âgées de 50 à 79 ans (40 centres cliniques aux États-Unis) entre septembre 1994 et décembre 1998. Analyse des données entre septembre 2020 et mars 2021. Les études WHI Clinical et WHI Bone Density ont été conduites dans 3 centres. 75 335 participantes ont été randomisées. Suivi moyen de 8,1 ans. Les fractures rapportées par les participantes ont été confirmées par un document médical, avec une confirmation centralisée par les médecins de la WHI. Classification des fractures par région du corps (extrémités inférieures, extrémités supérieures, colonne vertébrale). Classification en 3 groupes: fractures traumatiques (définies comme consécutives à un accident

de la voie publique, chute dans les escaliers, de sa hauteur ou durant une activité sportive), fractures atraumatiques (fractures secondaires à d'autres chutes), fractures de mécanisme inconnu. Autres covariables examinées: âge, ethnie, éducation, classe de revenu, tabagisme, supplémentation en calcium et vitamine D, consommation d'alcool, fréquence des chutes dans les années précédentes, antécédents médicaux (y compris diabète et antécédents de fractures).

Résultats et discussion: Sur les 66 874 participantes évaluées, 7142 ont expérimenté une fracture durant le suivi. Parmi elles, 721 ont eu une seconde fracture. Âge médian des femmes sans fracture: 63,1 ans, âge médian des femmes avec fractures: 65,3 ans. Chez les femmes avec fracture traumatique, l'association entre la fracture initiale et des fractures futures



© istockphoto/demaerre

était significativement élevée. Idem chez les femmes ayant souffert de fracture atraumatique. Les intervalles de confiance pour l'association entre fracture initiale et fractures futures se chevauchent entre les 2 groupes. Ces résultats sont intéressants car actuellement, les fractures traumatiques ne mènent pas à une évaluation de l'ostéoporose, ce qui peut mener à une sous-évaluation et à un sous-traitement de femmes ménopausées à risque.

Conclusion: Dans cette étude, chez les femmes ménopausées de plus de 50 ans, la survenue d'une fracture était un facteur de risque pour développer de futures

fractures, indépendamment du mécanisme (traumatique ou atraumatique). Ceci suggère que les guidelines de prise en charge de l'ostéoporose devraient inclure également les fractures traumatiques à haute cinétique.

Dre Christel Gerber Avec la collaboration du groupe

MIAjour, Service de médecine interne, Centre hospitalier universitaire vaudois, 1011 Lausanne

Crandall C.J et al. Risk Of Subsequent Fractures In Postmenopausal Women After Nontraumatic Vs Traumatic Fractures. JAMA Intern Med. Published online June 7, 2021. doi:10.1001/jamainternmed.2021.2617