

L'exemple des fractures de fragilité et de l'ostéoporose

La phronésis, ou la difficulté de prendre une décision avisée

Thomas Kühlein^a, Heinz Bhend^b, Bruno Kissling^c

^a Allgemeinmedizinisches Institut, Universitätsklinikum Erlangen, Allemagne; ^b Médecin de famille à Aarburg, Suisse; ^c Médecin de famille à la retraite, ancien co-rédacteur en chef de Primary and Hospital Care, auteur, Berne, Suisse

Notre devoir de médecins consiste à prendre avec chaque patient la décision juste et adaptée à l'ensemble de son contexte personnel. C'est pourquoi nous voulons dans cet article aborder concrètement le sujet de l'acte avisé, en prenant l'exemple d'une fracture de la hanche.

«Ce qui est simple est faux, ce qui est compliqué est inutilisable»

Paul Valéry

La phronésis («prudence» en français) «est la faculté, dans un cas concret, à agir avec mesure, en tenant compte de tous les facteurs, objectifs et données utiles dont on peut avoir connaissance» [1]. L'ensemble de notre culture est orientée vers l'acte. Ceci dit, le non-acte peut souvent s'avérer la meilleure forme d'action, c'est pourquoi il faut pouvoir également l'envisager.

Nous voulons dans cet article aborder la question de l'acte avisé, et l'illustrer par l'exemple de Berta K. Les réflexions développées ici sur la nécessité d'agir valent toutefois pour tous les patients, y compris ceux qui souffrent d'affections relevant d'autres domaines médicaux. Il s'agit à chaque fois de convoquer, dans une démarche orientée vers un objectif et une solution, les savoirs médicaux, les besoins du patient, et les circonstances liées à la personne et au contexte. Un effet statistiquement significatif ne peut à lui seul constituer une raison suffisante pour, par exemple, prescrire un médicament. Dans les cas concrets, la pertinence de l'acte se décide au niveau du patient [2].

Fracture chez une personne âgée...

Comment, après une fracture chez le patient âgé, et en présence d'une ostéoporose attestée par densitométrie, parvenir à une décision thérapeutique et préventive avisée? Il s'agit tout d'abord de distinguer entre la maladie comme modèle médical explicatif (*disease*) et la maladie comme souffrance du patient (*illness*) [3]. La perspective de la maladie-*disease* – qui caractérise

notre médecine, toujours plus fragmentée en différentes spécialités – privilégierait vraisemblablement une thérapie anti-ostéoporotique médicamenteuse. Pourtant, une fois prise en compte toute la complexité des circonstances, une telle décision pourrait s'avérer parfaitement inadaptée.

... bien se décider entre diagnostic isolé et fragilité chronique

Commençons par notre cas.

Vignette clinique

Berta K., 82 ans, est agricultrice. Elle vient d'un autre temps. Son mari est mort d'un AVC il y a quelques années. Elle vit depuis dans une petite ferme, avec trois vaches, quelques poules et un petit lopin de terre. Ses voisins l'aident en cas de besoin. Elle vient justement de tomber et s'est cassé le col du fémur. À l'hôpital, elle reçoit une endoprothèse de la hanche gauche. En raison d'une hypertension, d'une légère insuffisance cardiaque, de son arthrose et d'un diabète mellitus de type 2, elle prend en tout dix médicaments.

Suite à cette fracture, l'indépendance et la qualité de vie de Berta K. ont fortement régressé. Nous voulons déterminer le meilleur moyen de prévenir, dans la mesure du possible, de nouvelles fractures. La qualité de vie et l'indépendance de la patiente doivent être maintenues le plus longtemps possible.

Dans notre processus décisionnel quant aux interventions médicamenteuses et non-médicamenteuses, nous mettons en regard d'un côté le concept, pertinent du point de vue de la médecine organique, de l'ostéoporose et de sa thérapie, et de l'autre la fragilité manifeste et la situation personnelle globale de la patiente.

Nous postulons cinq types de décision possibles

1. Oublier de décider
2. Faire comme d’habitude
3. Faire ce que disent les autres
4. La phronésis
5. L’approche pragmatique

Nous voulons discuter ces cinq voies possibles en les appliquant au cas de notre patiente:

1. Oublier de décider

À bien y regarder, cette option ne constitue pas une décision. Elle est pourtant l’une des voies les plus empruntées face à de nombreux problèmes de santé [4]. L’inévitable «*messiness of practice*» (négligence dans la pratique) y contribue [5]. Cela vaut probablement aussi pour les fractures chez les personnes âgées. Même s’il peut arriver que l’inaction s’avère la solution indiquée, nous ne sommes pas satisfaits de cet «oubli de décision».

2. Faire comme d’habitude

Cette solution de facilité, elle aussi, est fréquente et se rapproche beaucoup d’une non-décision. Dans le cas d’une fracture de fragilité, elle aboutira donc facilement au même résultat que «l’oubli de décision»: il ne se passera tout simplement rien. Mais il existe bien d’autres cas dans lesquels règnent des routines opératives rodées qui ne sont jamais remises en question [6]. On fait comme d’habitude. Le résultat peut être positif, mais il en va souvent autrement. C’est pourquoi cette voie ne nous satisfait pas non plus.

3. Faire ce que disent les autres

Cette voie est probablement la plus sûre. On cherche ce que disent les autres dans les directives. Dans le cas de notre patiente Berta K., la directive en question s’intitule: «Prévention, diagnostic et thérapie de l’ostéoporose chez les femmes ménopausées et les hommes», et émane de l’organisation faitière d’ostéologie (DVO) [7].

Elle définit l’ostéoporose comme une «affection osseuse systémique caractérisée par une faible masse osseuse et une détérioration de la microarchitecture du tissu osseux entraînant une augmentation de la fragilité osseuse et un risque accru de fractures» (page 3). En 1994, l’OMS a défini l’ostéoporose comme une densité minérale osseuse mesurée par DXA (T-score) inférieure de 2,5 écarts-types ou plus à la valeur moyenne chez les jeunes femmes. En présence d’une ostéoporose, et même sans antécédent de fracture, la directive de la DVO recommande d’entreprendre une thérapie médicamenteuse spécifique à partir d’un risque de fracture à dix ans de plus de 30%. Un tableau présente les différentes recommandations thérapeutiques à suivre dans un tel cas (tab. 1).

Pour déterminer si une thérapie est indiquée, nous envoyons donc notre patiente effectuer une ostéodensitométrie. Résultat: un T-score au col du fémur de -2,8 DS.

D’après ce tableau, notre patiente aurait dû suivre un traitement médical, et ce avant même sa fracture. Après des fractures de fragilité, la directive recommande de toute façon un traitement. Aucune préférence n’est indiquée quant au médicament de premier choix. Le diagnostic de base ayant permis d’exclure une ostéoporose secondaire, nous prescrivons à notre patiente de l’alendronate combinée à du calcium et des vitamines D. Nous avons pris une décision juste et conforme aux directives. Nous autres médecins pouvons être satisfaits. Pas la patiente. Depuis longtemps déjà, elle voulait prendre moins de médicaments. Maintenant, elle en prend plus.

4. La phronésis

Le propos de cette partie est d’illustrer combien il est difficile de prendre une décision avisée en tenant compte de tout ce que l’on peut savoir, y compris la situation complexe de notre patiente Berta K. Cette complexité est telle qu’elle menace même de conduire à une incapacité décisionnelle.

Tableau 1: Indication de thérapie ostéoporotique médicamenteuse selon le profil de risque, d’après la DVO [7]. Reproduit avec l’aimable autorisation de la DVO.

Âge en années		Plus faible T-score L1–L4 (valeur médiane), col du fémur ou fémur				
Femme	Homme	De -2,0 à -2,5	De -2,5 à -3,0	De -3,0 à -3,5	De -3,5 à -4,0	< -4,0
50–60	60–70	Non	Non	Non	Non	Oui
60–65	70–75	Non	Non	Non	Oui	Oui
65–70	75–80	Non	Non	Oui	Oui	Oui
70–75	80–85	Non	Oui	Oui	Oui	Oui
>75	>85	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui

En rouge, les caractéristiques de notre patiente. En vert, l’indication formulée pour notre patiente.

L'ostéoporose, les fractures et l'efficacité des médicaments

L'ostéoporose est définie par une mesure permettant de diagnostiquer une maladie chez des personnes qui, subjectivement, sont en parfaite santé [8]. La définition de l'OMS citée plus haut a été établie en 1994 avec le soutien de quelques entreprises pharmaceutiques [9]. Selon cette définition, la moitié des femmes de 80 ans ou plus auraient une ostéoporose, et la majeure partie de l'autre moitié une ostéopénie [10]. Il nous semble incompréhensible de vouloir en déduire une affection squelettique systémique. Ce phénomène s'appelle bien plutôt l'«âge» (fig. 1).

Mais l'âge aussi peut provoquer des souffrances que nous aimerions empêcher. Les mécanismes de fracture, le degré de souffrance et l'efficacité des thérapies anti-ostéoporotiques varient considérablement selon le type de fracture. C'est pourquoi nous allons aborder séparément les types les plus fréquents de fractures de fragilité.

Fractures vertébrales: les fractures vertébrales sont souvent impossibles à déterminer à coup sûr. La plupart des femmes entre 65 et 70 ans présentent déjà des déformations vertébrales [11]. Seules des déformations vertébrales multiples et de la plus grande sévérité provoquent des douleurs dorsales accrues. Mais seulement un tiers de ces femmes présentent des fractures multiples [12]. Il serait largement exagéré de partir du principe que l'ostéoporose et les fractures vertébrales provoquent généralement de graves déformations du dos et des douleurs chroniques, même si cela peut bien sûr s'avérer dans certains cas. Quelle est l'efficacité de la thérapie? On fait la distinction entre les fractures vertébrales découvertes radiologiquement et celles pro-

voquant des symptômes cliniques. Dans une étude sur des femmes souffrant d'ostéoporose avec antécédent de fracture vertébrale, 15% des femmes sous placebo pendant trois ans ont présenté de nouvelles fractures vertébrales découvertes radiologiquement, contre seulement 8% des femmes sous alendronate (réduction du risque absolu, RRA: 7%; nombre de sujets à traiter, NST: 14). Pour les fractures vertébrales provoquant des symptômes cliniques, ces chiffres tombent à 5% pour les femmes sous placebo contre 2,3% chez celles sous alendronate (RRA: 2,7%; NST: 37) [13].

Fractures de l'avant-bras: les fractures de l'avant-bras font majoritairement suite à une chute que le patient a essayé d'amortir avec les bras. Elles sont très douloureuses, mais n'engendrent pas systématiquement de douleurs chroniques. Fait intéressant, la majorité d'entre elles se produisent dans une fourchette temporelle assez réduite, commençant au moment où les chutes deviennent plus fréquentes avec l'âge, pour diminuer de nouveau avec l'augmentation des fractures du col du fémur, le patient n'étant alors plus capable de tendre les bras assez vite pour se protéger [14]. L'efficacité de la thérapie est à peu près la même que pour les fractures du fémur (voir ci-dessous).

Fractures proximales du fémur: les fractures proximales du fémur surviennent presque toujours à l'occasion d'une chute. L'âge moyen se situe à 80 ans [14], c'est-à-dire à un âge où penser en termes de taux de fractures à dix ans n'a de sens que pour très peu de gens. La valeur pronostique de l'âge comme facteur de risque, somme de très nombreux facteurs, est pour ce type de fractures onze fois plus élevée que celle de la densité osseuse [14].

L'efficacité préventive des traitements anti-ostéoporotiques spécifiques est très limitée pour les fractures proximales. Elle se traduit, pour les femmes présentant une faible densité osseuse et un antécédent de fracture vertébrale, par une réduction de 2,2% à 1,1% sur trois ans (RRA: 1,1%, NST: 100) [13]. Sous dénosumab, le taux de fractures proximales passe même de 1,2% à 0,7% sur trois ans (RRA: 0,5%, NST: 200) [15]. Passé l'âge de 80 ans, l'efficacité des traitements anti-ostéoporotiques spécifiques diminue [14].

La fragilité et les risques iatrogènes comme source de chutes et de fractures

Quels sont les facteurs de risque pour les chutes? Les chutes se trouvent en étroite corrélation avec le concept de *frailty* (*fragilité* en français). On retrouve dans le mot *fragilité* la sonorité du mot *fracture*. *Frailty* désigne une spirale descendante complexe, avec des taux élevés de chutes, de fractures et de mortalité, sommes de processus dégénératifs [16]. 30 à 40% des

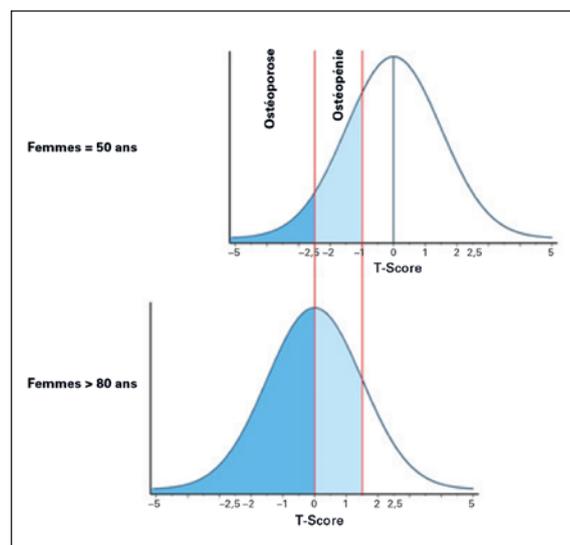


Figure 1: Répartitions des densités osseuses selon l'âge. Adapté de [10].

personnes âgées de 65 ans et plus chutent au moins une fois par an [17]. La façon de tomber évolue également avec l'âge. L'âge calendaire semble ici moins décisif que la fragilité qui l'accompagne, c'est-à-dire la dégradation ou l'effondrement de nombreux systèmes [17]. Le risque de mourir augmente simultanément [18]. La cause et l'effet ne sont d'ailleurs pas faciles à séparer. Les chutes et les fractures pourraient aussi annoncer l'approche de la mort. Seul un tiers des décès après fracture semblent toutefois en être la conséquence directe [19].

Une série de médicaments contribuent aux chutes et aux fractures, parmi lesquels les antihypertenseurs, les diurétiques, les bêtabloquants et les antirhumatismaux non-stéroïdiens, ainsi que tous les psychotropes tels que les sédatifs, les antidépresseurs et les neuroleptiques [20]. De nombreuses mesures ont montré qu'elles pouvaient prévenir les chutes et les fractures, comme par exemple les opérations de la cataracte ou même les soins podologiques [21, 22]. L'exercice corporel peut réduire le risque de chute, et vraisemblablement de fracture [23]. Dans l'ensemble, l'effet des interventions visant à prévenir les chutes paraît toutefois limité, du moins en maison de soins et à l'hôpital [24].

Regard critique sur la qualité de la directive DVO sur l'ostéoporose

L'Institut allemand pour la qualité et la rentabilité du système de santé (*Deutsches Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, IQWiG*) juge élevée la qualité méthodologique de la directive DVO, estimée au moyen de l'instrument AGREE-II, et lui donne la note de 6 sur 7 [25]. La plateforme Internet Leitlinienwatch.de estime en revanche que la même directive «nécessite une révision», et ne lui attribue que 4 points sur 18 [26]. Selon le rapport de directive, 40 des 41 auteurs de la directive ont reconnu des conflits d'intérêts formels. Leitlinienwatch.de considère en outre qu'«une association privée à la structure financière opaque n'est pas de nature à assurer la transparence» [26]. La plateforme ajoute que selon le rapport de directive, les contrats de conseil pour des entreprises pharmaceutiques n'ont pas été jugés dignes d'être mentionnés, et n'auraient, selon les auteurs de la directive, justifié aucune abstention lors des différentes concertations. Le coordinateur lui-même aurait reçu une aide financière sous forme d'honoraires et d'activité de conseil. L'établissement des preuves sur lesquelles se fonde la directive a subi lui aussi la nette influence de l'industrie. Et pourtant, le biais pesant le plus lourdement sur cette directive n'est sans doute pas dû aux conflits d'intérêts d'ordre financier, mais à l'inévitable focalisation de l'ostéologue sur les os.

L'utilité des médicaments anti-ostéoporotiques vis-à-vis de la mortalité

Il manque encore un point critique pour prendre une bonne décision: la mortalité de la personne, en l'espèce Berta K. Pour les gens de son âge, la probabilité de ne pas vivre son prochain anniversaire est de 6,1%. Elle augmente de façon exponentielle chaque année [27]. Chez les personnes de 90 ans ou plus, l'incidence des fractures proximales du fémur est de 3,55% [28], et chez les femmes de 90 ans, la probabilité de ne pas vivre son prochain anniversaire est de 14,6% [27].

La phronésis – une décision avisée au regard de l'ensemble des éléments

Quand on réfléchit à tout ce qu'il est possible de savoir (et ce qui précède n'est qu'un début), le simple fait de prendre une décision semble sans cesse plus difficile. Mais peut-on qualifier d'avisé un non-acte motivé par la reconnaissance d'une complexité qui nous dépasse? Et pourquoi pas? L'idée que l'ostéoporose suffirait à expliquer une grande partie des fractures chez les personnes âgées, chez qui les fractures sont la plupart du temps de fragilité, est problématique et peine à convaincre – du moins pour ce qui concerne les fractures proximales du fémur, tant redoutées. À elle seule, la densité osseuse n'est pas un bon indicateur pour pronostiquer une fracture du col du fémur. Les médicaments anti-ostéoporotiques sont de peu d'utilité. La recherche et les directives sont fortement soumises à l'influence de l'industrie. À partir d'un certain âge, la probabilité de mourir dépasse le risque d'une nouvelle fracture.

Au vu de ce tableau général, d'un commun accord avec Berta K. et sachant que celle-ci souffre déjà de polymédication, nous nous déciderions contre une nouvelle thérapie – ou du moins, nous la lui déconseillerions.

Loin de nous paralyser, le fait d'avoir, conformément à l'approche phronétique, tenu compte de tous les aspects scientifiques et personnels, nous a conduits à décider en toute conscience de *ne pas* agir. Cela a nécessité beaucoup d'efforts en recherches et en discussions, efforts qui se sont trouvés plus que récompensés par la satisfaction du médecin et de la patiente. On peut toutefois s'irriter du fait que ces efforts ont surtout été nécessaires parce que certains, au prix d'efforts encore supérieurs, ont cherché à nous convaincre du contraire. Sans leurs efforts, les nôtres auraient été moindres et le résultat identique: nous ne prescrivons pas de bisphosphonates à Berta K.

5. L'approche pragmatique

Une approche pragmatique et moins coûteuse en efforts pourrait ressembler à ceci: plus tôt apparaissent des

fractures vertébrales cliniques sans traumatisme identifiable, plus fortes sont les douleurs dorsales chroniques qui les accompagnent, plus faible est la densité osseuse et plus jeune est la patiente, plus nous serions tentés par un traitement anti-ostéoporotique. C'est là que les effets thérapeutiques de ces médicaments sont les plus forts. À l'inverse, plus fragile est notre patiente, plus grandes la multimorbidité et la polypharmacie, plus le risque de chute et de fracture est élevé. Pour une telle patiente, il est indiqué d'essayer le plus grand nombre possible de mesures non-médicamenteuses. C'est la voie dans laquelle nous nous engagerions le plus loin possible avec Berta K.. Cela implique:

- d'évaluer la mobilité (par ex. au moyen du test *Timed Up and Go*) et de se renseigner sur la fréquence des chutes;
- de retirer si possible les médicaments qui favorisent les chutes;
- d'éliminer du logement tous les obstacles risquant de provoquer une chute, et d'installer un éclairage plus lumineux;
- de se rendre chez l'ophtalmologue ou l'opticien pour adapter les lunettes (un simple nettoyage est parfois à lui seul un progrès);
- de recommander l'usage d'un déambulateur;
- de prescrire des séances de physiothérapie pour la stabilisation de la démarche;
- d'introduire assez tôt des mesures de réhabilitation gériatrique.

Cela n'éliminera pas le risque de chute et de fracture. Mais la prescription d'anti-ostéoporotiques non plus. De toute façon, seul l'avenir nous dira ce qu'il adviendra de Berta K. Il nous faudra bien accepter, dans le contexte d'une fragilité croissante, qu'un certain nombre de ces fractures constituent une phase inévitable de la fin de vie. Pour ces personnes, la tâche du médecin ne consiste pas à mesurer précisément la densité osseuse ni à prescrire encore davantage de médicaments. Notre tâche doit se traduire par l'introduction circonspecte de mesures non-médicamenteuses ainsi que par une attention empathique et un traitement approprié des douleurs. Bref, par le suivi et les soins d'un bon médecin de famille.

La phronésis – les directives, l'expertise clinique, et le souci de Berta K.

Que pouvons-nous dire de la sagesse de notre décision dans le cas concret de notre patiente Berta K.? L'oubli de décision et le «faire comme d'habitude» n'apportent

pas satisfaction. Les directives basées sur les preuves peuvent être utiles quand elles sont bien faites. Mais même la meilleure directive, basée sur les meilleures preuves, ne pourra pas fournir une recommandation adaptée à chaque patient. Pour prendre une décision individuelle et avisée sur le cas de Berta K., nous devons intégrer ce que nous savons du contexte de la patiente: sa situation personnelle, son état de santé en général, et surtout, ses besoins. Au jour d'aujourd'hui, les directives ne fournissent généralement pas les informations décisives dont nous avons besoin pour prendre nos décisions thérapeutiques individuelles [2]. Dans le cas des fractures proximales du fémur, l'idée globale d'une trop grande faiblesse des os comme origine des fractures chez les personnes âgées (généralement des fractures de fragilité) est loin d'être convaincante. Pour ce qui est de la prescription médicamenteuse, une humble réserve pourrait parfaitement se justifier à mesure que les patients vieillissent. À la place d'une mentalité d'artisan-réparateur avec, selon la devise «*a pill for every ill*», son cortège euphorique de mesures préventives injustifiées, nous devrions, avec la fragilité croissante des patients, mettre en avant certains aspects de la médecine qui ne figurent pas dans les manuels et les directives – à savoir la sollicitude, le soin, l'apaisement et l'accompagnement, c'est-à-dire l'acceptation commune de l'irrévocable. Ces composantes du soin médical constituent traditionnellement les missions de la médecine de premier recours, et ces missions dépassent largement le périmètre du seul acte biomédical et technique. Le non-acte pharmacologique, les mesures non-médicamenteuses et l'attention humaine constituent pour de nombreux patients la décision la plus avisée que peut prendre le médecin. Dans ce cas concret, c'est la voie que nous emprunterions.

«One of the essential qualities of the clinician is interest in humanity, for the secret of the care of the patient is in caring for the patient.»

(«L'une des qualités essentielles du médecin est son intérêt pour l'humanité, car le secret du soin du patient, c'est d'avoir de la sollicitude pour son patient.»)

Francis W. Peabody, 1927 [29]

Références

La liste complète des références est disponible dans la version en ligne de l'article sur www.primary-hospital-care.ch.

Correspondance:
 Prof. Dr. med.
 Thomas Kühlein
 Universitätsklinikum
 Erlangen
 Allgemeinmedizinisches
 Institut
 Krankenhausstraße 12
 DE-91054 Erlangen
 thomas.kuehlein[at]
 uk-erlangen.de