

Serge Halimi

Diabétologie-endocrinologie-nutrition,
pôle Digi.DUNE, CHU de Grenoble et
université Joseph-Fourier, Grenoble

L'inertie clinique : un concept émergent

La réussite d'une prise en charge thérapeutique dépend de nombreux facteurs. La notion même de réussite est, bien entendu, sujette à débats, du moins si dans le cadre des maladies cardiovasculaires et métaboliques, on dépasse les seuls indicateurs tels que le niveau de pression artérielle, de LDL-cholestérol ou d'HbA1c. La qualité de vie, l'autonomie, la réduction de l'anxiété étant autant d'autres indicateurs importants pour le patient.

Ce premier article sur l'inertie clinique dans *Consensus Cardio* sera sûrement suivi de plusieurs autres, notamment sur le diabète de type 2, tant ce sujet est majeur tout comme son pendant dans la prise en charge des maladies chroniques, le thème de l'observance.

De l'EBM, aux recommandations et à leur mise en pratique

Cette incitation à l'atteinte des objectifs « durs » et précis est un concept assez récent. Il découle nécessairement de l'établissement préalable de recommandations, de leur rédaction, de leur diffusion et disponibilité, de leur connaissance et appropriation par les praticiens. Mais en amont, elles-mêmes doivent être bâties à partir de travaux, de larges protocoles cliniques, observationnels, interventionnels, ciblant un mode de suivi, une molécule ou une stratégie avec une exigence de rigueur classant ces études selon plusieurs niveaux de puissance et de fiabilité. Ces études aboutissent ainsi à des « preuves » suffisamment robustes pour que l'on parle d'Evidence Based Medicine (EBM) ou médecine basée sur les preuves. Sont ainsi établies des « Recommandations » ou « Guidelines » qui devraient être connues de tout praticien, appliquées, voire suivies autant que possible pour une majorité de patients porteurs d'affections pour lesquelles il existe de telles recommandations. Par exemple, quels examens doivent être pratiqués pour suivre de façon sérieuse un patient, quelle définition des valeurs normales ou pathologiques, quels objectifs atteindre, quels moyens thérapeutiques utiliser ? Ainsi deux déterminants clés de la réussite thérapeutique sont la mise en œuvre de ces recommandations et l'observance des patients. Le médecin « soigne » le patient comme il convient et le patient « se soigne » bien.

Qu'est-ce que l'inertie clinique ?

Dans un article publié en 2001 Phillips LS a donné pour la première fois une définition de ce non-suivi des recommandations par le médecin, qu'il a nommé « inertie clinique » : l'absence de mise en œuvre d'une démarche appropriée

de diagnostic ou de soins (entreprendre ou renforcer un traitement) alors que des recommandations existent, que le médecin les connaît et dispose des moyens de le faire⁽¹⁾. En somme « les buts du traitement sont bien définis, des traitements efficaces sont largement disponibles, les recommandations ont été diffusées de toute part. Malgré ces progrès, les soignants ne commencent pas ou n'intensifient pas le traitement lors de consultations où il faudrait à l'évidence le faire. Nous appelons inertie clinique un tel comportement : reconnaissance du problème, pas de passage à l'acte ». Cela vaut aussi pour la mise en œuvre des modalités du suivi recommandé comme celles édictées par la HAS en France, pour l'hypertendu, le coronarien, le diabétique de type 2. Dans le domaine de la thérapeutique, on parle plus précisément « d'inertie thérapeutique » qui s'inscrit dans un cadre plus large, celui de l'« inertie clinique ». Ce concept fait aujourd'hui l'objet de très nombreux travaux et articles, en particulier dans des domaines comme l'hypertension artérielle ou le diabète.

Des exemples dans des domaines bien connus du cardiologue

Dans son article considéré comme à l'origine du concept⁽¹⁾, Phillips montrait ainsi que selon la pathologie étudiée, hypertension artérielle (HTA), hypercholestérolémie, diabète de type 2 (**Tableau**), le pourcentage des patients diagnostiqués variait de 50 à 70% environ. Quant à ceux diagnostiqués et traités, il variait de seulement 20% en moyenne pour l'excès de cholestérol à 53% pour l'HTA et

Inertie clinique			
	HTA	Dyslipidémie	Diabète
Pourcentage de patients diagnostiqués (estimation)	69%	47%	65%
Pourcentage de patients diagnostiqués et traités	53%	17-23%	73%
Pourcentage de patients traités contrôlés	45% NCEP	14-38%	33% (HbA1c < 7%)

Tableau

73% pour le diabète. En revanche, pour l'atteinte des objectifs chez les patients traités, il était de 45% pour l'HTA (NCEP), de 14 à 38% pour l'excès de cholestérol et seulement de 33% pour le diabète, du moins si l'on considère que l'objectif d'HbA1c à atteindre doit être < 7%. De telles variations entre la reconnaissance du problème et la mise en place « efficace » des traitements illustrent ce concept d'inertie clinique dans cet article fondateur suivi de nombreuses contributions et synthèses ⁽²⁾.

Les causes de l'inertie clinique

Il n'est pas rare de voir des spécialistes attribuer cette attitude prioritairement aux médecins généralistes, les considérant insuffisamment motivés et actifs face à des résultats n'atteignant pas les objectifs recommandés, alors qu'ils sont informés de la teneur des recommandations publiées et disponibles. Certes, une telle forme d'inertie existe, le manque de motivation ou de formation est peut-être la véritable raison de ce retard ou non-renforcement thérapeutique. Nombre d'études en attestent. Pour la prise en charge du DT2, en France, une étude menée par des omnipraticiens conclut que les médecins généralistes affirment n'avoir ni le temps ni la formation pour mettre en œuvre les recommandations relevant des mesures hygiéno-diététiques en particulier ⁽³⁾. Dans notre domaine commun, cardiométabolique, cette inertie est retrouvée dans bien des pays tant pour le contrôle glycémique, tensionnel, que lipidique ou la mise en place de thérapeutiques de prévention primaire ou secondaire. Mais d'autres raisons sont avancées. Des causes sont souvent invoquées en relation avec un patient donné considéré, injustement, trop âgé ou porteur de trop de comorbidités, ou *a priori* supposé non observant, ou jugé sans réelle perspective d'amélioration. Des mesures doivent être prises pour réduire la fréquence de tels comportements médicaux ⁽⁴⁻⁶⁾. Mais les médecins généralistes ne sont pas seuls concernés. Dans le domaine du diabète ou de l'hypertension artérielle, des études montrent que certains spécialistes s'avèrent aussi insuffisamment actifs ⁽⁷⁻⁸⁾. La revue *Consensus Cardio* reviendra certainement sur ce thème au sujet de la prise en charge cardiologique des patients.

Les limites du concept : vraie et fausse inertie

Cette attitude peut aussi résulter d'un choix plus délibéré du praticien pour diverses raisons. Un patient peut être très proche des objectifs ou être en train de s'en approcher. Pour l'exemple du contrôle tensionnel, la tendance au renforcement est moindre lorsque les objectifs sont « presque » atteints que lorsqu'ils en sont très éloignés ^(7,8). Il se peut aussi que le praticien considère la recommandation non applicable à « son patient » pour plusieurs raisons dont nombre sont légitimes. Elles sont liées à son doute sur la légitimité d'appliquer la recommandation à un patient donné ⁽⁹⁾, à des caractéristiques phénotypiques ou à un environnement peu sécurisé. Ainsi, face à des HbA1c



supérieures aux valeurs recommandées, un praticien peut considérer celles-ci acceptables soit parce que le patient est trop âgé ⁽¹⁰⁾, trop fragile, relève de trop de médicaments, offre un risque hypoglycémique élevé, ou enfin parce qu'il n'en tirera plus aucun bénéfice compte tenu de son âge (temps pour développer des complications). Il se peut aussi que le renforcement thérapeutique risque de détériorer son autonomie, sa qualité de vie (dépendance), mais aussi du fait de l'existence d'autres comorbidités plus déterminantes pour le pronostic vital. Enfin, l'environnement social du patient peut s'avérer insuffisant pour mettre en place un traitement : isolement, peu d'offres d'aide sociale (infirmier, institutionnel)...

La faute aux recommandations ?

En somme, nombre de recommandations sont trop complexes ou à l'inverse trop générales pour être applicables au plus grand nombre ou laissent de côté nombre de situations particulières, quoique non rares, qui ne sont pas abordées, du moins pas suffisamment détaillées. Mais cela peut se comprendre dans la mesure où leur prise en compte rendrait les recommandations très longues, encore plus complexes et diluerait les messages forts du texte. De plus, la multiplication des nuances dans les recommandations peut être source d'un excès de souplesse dans leur mise en pratique, voire de laxisme. Tout malade devenant vite une exception à la règle générale.

Des outils d'évaluation de l'inertie clinique trop grossiers

C'est pourquoi les études globales, quantitatives évaluant l'inertie clinique, analysant des données comportementales globales des praticiens ne prennent pas en compte

les nuances, les motifs de « non-suivi » des recommandations, pourtant parfois légitimes⁽¹⁰⁾. Certains non-renforcements thérapeutiques pouvant tout à fait se justifier, donc se comprendre. Il suffit de rencontrer nos collègues médecins généralistes en réunion de FMC pour être immédiatement questionnés à propos de cas particuliers pour lesquels nous aurions, nous aussi, quoique experts motivés, eu les mêmes difficultés, et n'aurions pas non plus appliqué une recommandation, donc adopté la même attitude.

Des solutions concrètes à l'inertie clinique ?

Les solutions sont multiples et de nature très diverse.

→ **Les recommandations** : il convient d'abord de s'assurer que les recommandations sont suffisamment pratiques. A la fois pragmatiques, simples, mais suffisamment nuancées pour les adapter à divers contextes rencontrés en pratique courante. Pour ce faire, la participation à leur rédaction des omnipraticiens (voire de paramédicaux) aux côtés d'experts de spécialité est indispensable. Ensuite, il faut en assurer une diffusion et une pédagogie adaptées.

→ **La FMC** : on reste, en France, dans l'attente d'une FMC organisée et financée par des fonds publics, si l'on tient à s'affranchir de l'influence supposée « perverse » des firmes pharmaceutiques. Pour ma part, diffuser un message sain dans le cadre d'une réunion sponsorisée par une firme pharmaceutique ne m'a jamais posé le moindre problème.

→ **L'organisation des soins** est certainement en mesure de pallier, pour partie, cette difficulté d'appropriation des bonnes pratiques grâce à un travail en groupe sur des situations cliniques spécifiques. Ce travail « en réseau » (formation, coordination) est sûrement un facteur de réussite. Il convient toutefois d'en alléger les procédures, cet engagement dans des réseaux devenant sinon vite contraignant pour des omnipraticiens devant nécessairement prendre en charge de multiples pathologies chroniques, toutes différentes, relevant de parcours propres.

→ **Les innovations thérapeutiques** : n'en sous-estimons pas les contributions qui ont, par exemple, déjà partiellement réduit certaines inerties ou y contribueront dans le futur. Par exemple, la mise à l'insuline du diabétique de type 2 avec des formulations d'insuline plus performantes, des stylos injecteurs pratiques, des aiguilles faisant presque disparaître toute sensation de piqûre. Ou récemment des molécules sans risque hypoglycémique, sous réserve que leur sécurité d'emploi soit confirmée.

→ **Enfin, l'impact des paramédicaux** est de plus en plus évalué. Leur contribution est jugée parfois plus performante que celle des médecins et souvent très synergique⁽¹¹⁾. Ainsi en est-il dans le renforcement thérapeutique et l'observance de l'hypertension artérielle, du diabète de type 2, du suivi des traitements anticoagulants, des pathologies respiratoires, de l'ostéoporose.

En conclusion

Nous voyons dans ce vaste sujet qu'est l'inertie clinique que ce concept revêt plusieurs formes avec deux tendances fortes. D'une part, une authentique inertie, non justifiée et, d'autre part, des comportements non conformes aux recommandations parce que celles-ci posent des questions quant à leur applicabilité pour un patient donné. Ce sujet est trop souvent passionnel et empreint de jugement de la part des spécialistes envers les omnipraticiens et de sentiment d'être incompris de ces derniers tant leur clientèle différerait de celle de spécialistes surtout hospitaliers. En fait, ces deux postures ne sont aucunement constructives, des travaux en cours évacuant toute dimension conflictuelle aideront à progresser dans l'intérêt des patients et à apaiser certains conflits larvés. ■

Pour en savoir plus

1. Phillips LS, Branch WT, Cook CB, Doyle JP, et al. Clinical inertia. *Ann Intern Med* 2001; 135: 825-34.
2. Scheen AJ, Giet D. Editorial: Cibler l'inertie et le défaut d'observance thérapeutique : nouveau défi pour améliorer les performances de la pratique médicale. *Rev Med Liège* 2010; 65 : 229-31.
3. Cogneau J, Letourmy A. Pourquoi les médecins généralistes n'observent-ils pas les recommandations de bonnes pratiques cliniques ? L'exemple du diabète de type 2. *Sciences Sociales et Santé* 2006; 24 : 75-102.
4. Bero L, Brill R, Grishaw J, Harvey E, et al. Closing the gap between research and practice: an overview of systematic reviews of interventions to promote the implementation of research findings. The Cochrane Effective Practice and Organization of Care Review Group. *BMJ* 1998; 317:465-8.
5. Shah BR, Hux JE, Laupacis A, Zinman B, van Walraven C. Clinical inertia in response to inadequate glycemic control. Do specialists differ from primary care physicians ? *Diabetes Care* 2005; 28: 600-6.
6. Reach G. Patient non-adherence and healthcare-provider inertia are clinical myopia. *Diabetes Metab* 2008; 34 : 382-5.
7. Okonofua EC, Simpson KN, Jesri A, Rehman SU, Durkalski VL, Egan BM. Therapeutic inertia is an impediment to achieving the Healthy People 2010 blood pressure control goals. *Hypertension* 2006; 47: 345-51
8. Faria C, Wenzel M, Lee KW, Coderre K, Nichols J, A. Belletti DA. A narrative review of clinical inertia: focus on hypertension. *J Am Soc Hypertension* 2009; 3 : 267-76.
9. Kerr EA, Zikmund-Fisher BJ, Klammer ML, Subramanian U, Hogan MM, Hofer TP. The role of clinical uncertainty in treatment decisions for diabetic patients with uncontrolled blood pressure. *Ann Intern Med* 2008; 148: 717-27.
10. Bouée S, Detournay B, Balkau B, Blichlé JF, Attali C, Vergès B, Avignon A, Halimi S. Diabète de type 2 : pratiques d'intensification thérapeutique chez les médecins généralistes en France en 2008-2009. *BEH* 2010; 42-43: 436-40.
11. Gary TL, Batts M, Yeh HC, et al. The effects of a nurse case manager and a community health worker team on diabetic control, emergency department visits, and hospitalizations among urban african americans with type 2 diabetes mellitus. *Arch Intern Med* 2009; 169 : 1788-94.

Pour toute correspondance avec l'auteur



shalimi@chu-grenoble.fr