



G. Reach

Service d'endocrinologie, diabétologie et maladies métaboliques, hôpital Avicenne, AP-HP et EA 3412, CRNH-Idf, Université Paris 13, Bobigny, France.

Mots-clés

- Véritable inertie clinique
- Erreur médicale
- Rationalité
- Demandes compétitives
- Incertitude
- Myopie clinique

Key-words

- *Strict clinical inertia*
- *Medical error*
- *Rationality*
- *Competing demands*
- *Uncertainty*
- *Clinical myopia*

Correspondance :

Gérard Reach

Service d'endocrinologie, diabétologie et maladies métaboliques, hôpital Avicenne, AP-HP et EA 3412, CRNH-Idf, Université Paris 13, Bobigny, France.
gerard.reach@avc.aphp.fr

La véritable inertie clinique : une attitude toujours critiquable

Strict clinical inertia: always questionable

Résumé

L'inertie clinique est définie comme l'absence de mise en œuvre ou d'intensification d'un traitement lorsque la situation du patient le justifie selon les recommandations en vigueur. Il arrive souvent que la poursuite d'un traitement sans modification soit justifiée, et relève alors de ce que l'on peut appeler une « inaction appropriée », pouvant être le fruit d'une décision mûrement réfléchie de la part du médecin. Mais ce n'est pas toujours le cas. Le but de cet article est de redéfinir ce qu'est la « véritable » inertie clinique, celle qui correspond à une erreur médicale.

Summary

Clinical inertia is defined as the absence of implementation or intensification of a treatment even though the situation of the patient justifies it according to the current guidelines. In fact, it is often the case that such a lack of modification is justified and considered "appropriate inaction" as the outcome of a well-thought-out decision by the doctor. But this is not always the case. The aim of the present report is to clarify the definition of the "strict" clinical inertia that amounts to medical error.

Introduction

L'inertie clinique des médecins, comme la non-observance des patients, étonne par son aspect paradoxal. On peut comprendre qu'il soit, au fond, naturel pour un patient de ne pas être observant ; le phénomène d'inertie clinique est plus gênant. Il est certain souvent justifié de ne pas intensifier un traitement comme le proposeraient les recommandations. Il faut cependant faire attention à ne pas utiliser trop facilement cet

argument qui risque de s'apparenter à un déni.

En 2001, Phillips et ses collègues ont publié un article décrivant sous le terme d'inertie clinique le comportement médical qui consiste à ne pas mettre en œuvre ou intensifier un traitement lorsque la situation du patient, d'après les recommandations en vigueur, le justifie [1].

On peut donner un exemple récent, diabétologique, illustrant la difficulté de traduire dans les comportements médicaux les nouvelles évidences conduisant à la

publication de recommandations : en 2002, l'étude *Diabetes Prevention Project* avait clairement montré l'effet préventif sur la survenue du diabète de la mise en œuvre de mesures hygiéno-diététiques ou d'un traitement par la metformine, ce qui avait conduit en 2005 à une recommandation dans ce sens par l'*American Diabetes Association*. Or, une étude publiée aux États-Unis en 2010 sur 1.547 adultes non-diabétique, dont 34,6 % avaient un « pré-diabète », a montré qu'aucun de ces patients n'avaient un traitement par metformine, et des recommandations concernant l'activité physique ou le régime n'avaient été données que dans un tiers des cas [2].

Inertie clinique ou inaction appropriée ?

Dans la conclusion de son article principes, Phillips avait donné une note importante de prudence : évidemment, « renouveler une ordonnance » alors que les recommandations proposeraient de la modifier est parfois parfaitement justifié et ne relève donc pas de l'inertie clinique ; il peut s'agir au contraire d'une décision mûrement réfléchie de la part du praticien [1].

Il est donc essentiel de nuancer le diagnostic d'inertie clinique. Ceci a été bien mis en évidence dans une étude portant sur le traitement de l'hypercholestérolémie : elle a montré dans une population de 1 154 patients diabétiques, dont 27 % avaient un taux élevé de LDL-cholestérol, supérieur à 1,30 g/l, que dans seulement 13 % des cas, le traitement pouvait être qualifié d'inapproprié. En effet, parmi les 15 autres pourcents des cas (159 patients), 117 avaient en fait bien reçu une statine, ou bien la dose du médicament avait été augmentée dans les six derniers mois, 8 avaient déjà la dose maximale du médicament, 12 avaient eu un nouveau dosage montrant un chiffre inférieur à 1,30 g/l, et 22 patients avaient une contre-indication au traitement [3]. Il vaut donc mieux dans ces cas parler d'*inaction*, plutôt que d'inertie.

Ainsi, dans une étude empirique, on a interrogé des médecins sur les raisons qui pourraient les pousser à ne pas intensifier un traitement. Sur la base de leurs

réponses, les auteurs ont montré qu'environ 60 % des raisons considérées comme importantes de ne pas intensifier le traitement (par exemple la non-observance des patients ou l'effet blouse blanche) pouvaient relever d'une *inaction appropriée* [4]. Une autre étude, de Persell et al., publiée en 2010, a montré que les justifications données par les médecins de ne pas appliquer une recommandation (les « exceptions ») *étaient justifiées dans 93 % des cas* lorsqu'elles étaient analysées par des pairs [5].

Il est donc nécessaire de donner une définition stricte de l'inertie clinique. Nous avons proposé la définition formelle suivante, qui permet à la fois de distinguer l'inertie clinique de situations où il n'existe pas de recommandations, ni explicite, ni implicite (parfois il n'y a pas de « recommandation officielle », mais les conduites à tenir sont suffisamment claires), de l'ignorance (le médecin ne connaît pas des recommandations qui existent), et de l'inaction appropriée (il pense que la recommandation ne s'applique pas à ce patient là), ou de l'inertie liée à un manque de ressources (à l'impossible nul n'est tenu). Le comportement du médecin relève de l'inertie clinique *si et seulement si* :

- (1) il existe une Recommandation (R), explicite ou implicite ;
- (2) le docteur (D) connaît la Recommandation (R) ;
- (3) le docteur (D) pense que cette Recommandation (R) s'applique au patient (P) ;
- (4) le docteur (D) a les ressources d'appliquer la Recommandation (R) ; les conditions 1-4 sont réunies, or (5) le docteur (D) ne suit pas la Recommandation (R) dans le cas du patient (P) [6].

La note de prudence de Phillips sur laquelle nous avons insisté, correspond à la condition (3). Si le médecin a une vraie raison de ne pas intensifier le traitement, c'est-à-dire s'il pense que la recommandation ne s'applique pas à ce patient, il ne s'agit pas d'inertie clinique, mais d'inaction appropriée.

Le paradoxe de l'inertie clinique

Lorsque Phillips a proposé d'introduire le concept d'inertie clinique, il a en fait

proposé que la situation [5] correspond à une réalité : même lorsque le médecin pense que la recommandation s'applique dans le cas du patient qu'il a en face de lui, il ne l'applique pas. Cependant, cette *véritable* inertie clinique, *si elle existe*, pose un problème conceptuel, philosophique en fait, majeur : comment est-elle *possible* ? Pourquoi un médecin ne mettrait-il pas en jeu une recommandation qu'il connaît, qu'il approuve, dont il pense qu'elle s'applique à ce patient là et qu'il a les moyens d'appliquer ?

Mais à l'inverse, *si l'inertie clinique n'existe pas*, les cas incriminés devant être requalifiés en *inaction appropriée*, on se trouve également devant un autre problème conceptuel, en fait bien plus grave. En effet, même s'il est certain que dans bon nombre de cas, le « renouvellement de l'ordonnance » est effectivement une « inaction appropriée », nier sur cette base l'existence de l'inertie clinique reviendrait à dire que les recommandations de bonne pratique n'ont *le plus souvent* pas de sens (*dans 93 % des cas*, si on suit l'article de Persell [5] !), ce qui en fait remettrait en cause le paradigme actuel de la Médecine Fondée sur les Faits (*Evidence-based medicine*) conduisant à l'élaboration de recommandations.

La discussion sur l'inertie clinique semble donc pouvoir conduire à une impasse conceptuelle, ce que les philosophes appellent une *aporie*. Le but de cet article est d'essayer de trouver la clé de cette contradiction.

L'inaction thérapeutique et ses conséquences

Prenons d'abord l'exemple de l'hypertension artérielle. L'étude d'Okonofua [7] portant sur 7 253 patients, suivis par 168 médecins, avec $6,4 \pm 0,03$ consultations dans l'année, a permis de calculer de manière précise un score « d'inertie thérapeutique », défini comme la différence entre la fréquence attendue et la fréquence observée de changement de traitement ; ces fréquences étaient calculées comme les rapports divisant par le nombre de consultations le nombre de consultations où il aurait fallu modifier le traitement et où ce traitement avait

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3275103>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3275103>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)