

INERTIE THÉRAPEUTIQUE DANS LA PRATIQUE MÉDICALE : causes, conséquences, solutions

A.J. SCHEEN (1)

RÉSUMÉ : L'inertie thérapeutique est une des composantes de l'inertie médicale. Elle concerne essentiellement la prise en charge des maladies chroniques. Elle peut être définie comme l'attitude des soignants aboutissant à un retard dommageable dans l'instauration ou l'intensification d'un traitement alors que le diagnostic est posé et le risque connu. Les causes en sont multiples, liées au médecin lui-même, mais aussi au patient et au système de soins. Les conséquences peuvent être graves à la fois pour le patient, en termes de qualité et/ou d'espérance de vie, mais aussi pour la société, en raison du coût souvent exorbitant engendré par les complications que cette inertie thérapeutique peut engendrer. Dès lors, diverses solutions doivent être proposées pour remédier à cet important problème de santé publique, en ciblant les actions sur le médecin, le patient et/ou le système de soins.

MOTS-CLÉS : *Inertie clinique - Inertie thérapeutique - Maladie chronique - Recommandations - Traitement*

INERTIA IN CLINICAL PRACTICE : CAUSES, CONSEQUENCES, SOLUTIONS

SUMMARY : Therapeutic inertia is one of the components of clinical inertia. It mainly concerns the management of chronic diseases. It may be defined as the attitude of health care providers who do not initiate or intensify therapy appropriately despite recognition of the problem. Multiple causes may be identified, related to the physician but also to the patient and to the health care system. The consequences may be dramatic, both for the patient, in terms of quality of life and/or life expectancy, and for the society, because of the huge cost resulting from complications due to therapeutic inertia. Thus, various solutions should be proposed to help solving this important public health problem, focusing the actions on the physician, the patient and/or the health care system.

KEYWORDS : *Chronic disease - Clinical inertia - Guidelines - Therapeutic inertia - Therapy*

INTRODUCTION

L'analyse de la pratique médicale au quotidien démontre, à suffisance, l'important hiatus qu'il peut y avoir entre les recommandations de bonnes pratiques cliniques, telles qu'elles peuvent être définies dans ce que les auteurs anglo-saxons appellent les «guidelines», d'une part, et l'application sur le terrain, que ce soit en médecine générale ou en médecine spécialisée, d'autre part (1). Cette différence peut être assez facilement objectivée par la comparaison des objectifs thérapeutiques (seuils à atteindre pour le contrôle d'une série de facteurs de risque, par exemple) et de la proportion de patients atteignant effectivement les objectifs fixés, par exemple en ce qui concerne la problématique de la prévention des maladies cardio-vasculaires. Même si une amélioration a pu être mise en évidence au cours des deux dernières décennies, de trop nombreux patients restent encore au-dessus des valeurs cibles, y compris des patients coronariens avérés comme l'ont montré les enquêtes successives EURO-ASPIRE I, II et III (2). De multiples facteurs contribuent à cette situation d'échec relatif. Parmi ceux-ci, l'inertie théra-

peutique, de la part des soignants, et le manque d'observance, de la part des soignés, sont deux éléments qui jouent certainement un rôle important. Les deux problématiques sont très intriquées; ainsi, l'inertie thérapeutique peut être assimilée, au moins en partie, à une non-observance des recommandations («guidelines»). Comme le souligne G. Reach, inertie et non-observance thérapeutiques peuvent être étiquetées de «myopie clinique» car elles privilégient le court terme et hypothèquent dangereusement le long terme (3). Le présent article sera consacré à l'inertie thérapeutique, en se focalisant sur le médecin prescripteur, sans négliger cependant l'impact du patient et du système de soins, partenaires incontournables (4). Un autre article, également publié dans ce numéro, traitera plus spécifiquement du défaut d'observance thérapeutique, en se focalisant cette fois sur le patient mais, à nouveau, en insistant sur les rôles joués par le médecin et le système de soins (5).

Dès le cursus des études médicales, il convient que l'enseignement prodigué aux étudiants privilégie l'apprentissage au raisonnement thérapeutique, de la décision à la prescription (6). Il s'agit sans doute là d'une première étape pour garantir une approche thérapeutique de qualité au sein de laquelle l'inertie devrait être évitée, ou à tout le moins dûment justifiée, dans toute la mesure du possible. Cette action doit être poursuivie par un travail sans relâche sur le terrain, notamment via les formations continuées,

(1) Professeur ordinaire, Université de Liège, Chef de Service, Service de Diabétologie, Nutrition et Maladies métaboliques et Unité de Pharmacologie clinique, CHU de Liège.

aboutissant à une stratégie de prescription médicamenteuse optimisée (7). Quoi qu'il en soit, l'inertie thérapeutique est un problème universel qui touche également, mais sans doute dans une moindre mesure, les centres réputés pour leur excellence en matière d'enseignement et de pratique clinique (3).

DÉFINITION

L'inertie médicale peut comprendre l'inertie diagnostique et l'inertie thérapeutique. *L'inertie diagnostique* pourrait être définie comme l'attitude qui aboutit à un délai exagéré entre le moment où le médecin est consulté par son patient et le moment où le diagnostic est finalement posé. Ce retard est souvent imputable à un manque de connaissances théoriques ou d'expérience pratique de la part du médecin. La pose d'un diagnostic rapide nécessite, en effet, une approche à la fois analytique et syndromique. Celle-ci doit se reposer sur le savoir («les connaissances») et le savoir faire («l'expérience pratique»). Les séances d'apprentissage au raisonnement clinique (ARC) dispensées durant les premières années de master en médecine à la Faculté de Médecine de Liège sont sensées éduquer l'étudiant à cet exercice particulier, parfois difficile mais tellement enrichissant sur le plan intellectuel et, *in fine*, capital pour une prise en charge optimale du patient. Même si ce délai concernant la pose d'un diagnostic joue, sans aucun doute, un rôle important dans le pronostic, nous n'aborderons pas davantage cet aspect de l'inertie médicale dans le présent article. *L'inertie thérapeutique*, quant à elle, peut être définie comme un retard non justifié concernant l'initiation ou l'intensification d'un traitement alors que le diagnostic est correctement posé et donc que le médecin est bien au fait du risque potentiel encouru par le patient. Il faut noter qu'elle ne concerne pas seulement le traitement pharmacologique, mais aussi les conseils hygiéno-diététiques, trop souvent négligés, surtout en médecine préventive (2).

Allen et al. (8), dans un éditorial récent, ont retracé l'historique du concept d'inertie clinique, décrit explicitement pour la première fois en 2001 dans un article de Philips et al. (4) et d'inertie thérapeutique, cité en tant que tel pour la première fois dans un article de Andrade et al. en 2004 (1).

CAUSES

Faria et al. (9) ont publié récemment une revue centrée sur l'inertie thérapeutique, en pre-

nant comme exemple l'hypertension artérielle, mais en relevant que les causes pointées dans ce domaine spécifique peuvent être extrapolées à beaucoup d'autres maladies chroniques. De façon schématique, l'inertie clinique peut être attribuée à concurrence de 50 % à des facteurs liés au médecin, 30 % à des facteurs liés au patient et 20 % à des facteurs liés au système de soins, même s'il faut bien reconnaître qu'il existe des intrications importantes entre les trois intervenants, ainsi que nous le verrons par la suite (3, 9) (Fig. 1).

CAUSES LIÉES AU MÉDECIN

Les causes d'inertie clinique sont probablement multiples. Selon Philips et al. (3), l'inertie clinique serait due à trois raisons principales : 1) une surestimation des soins prodigués concomitamment à une sous-estimation du risque encouru; 2) une mise en avant de raisons, finalement peu pertinentes, pour ne pas intensifier le traitement; et 3) un manque d'éducation, de training et d'organisation pratique centrés sur l'atteinte des objectifs thérapeutiques.

D'une façon générale, il est reconnu que nombre de patients à haut risque cardio-vasculaire continuent à être sous-traités (2) : ceci serait le résultat d'une combinaison d'une sous-estimation du risque cardio-vasculaire réel par le médecin («écart lié à un problème de connaissance») et de l'existence de barrières à l'implémentation d'une thérapie basée sur la médecine factuelle («écart lié aux conditions pratiques») (10). Parfois, le médecin justifie son inertie par des

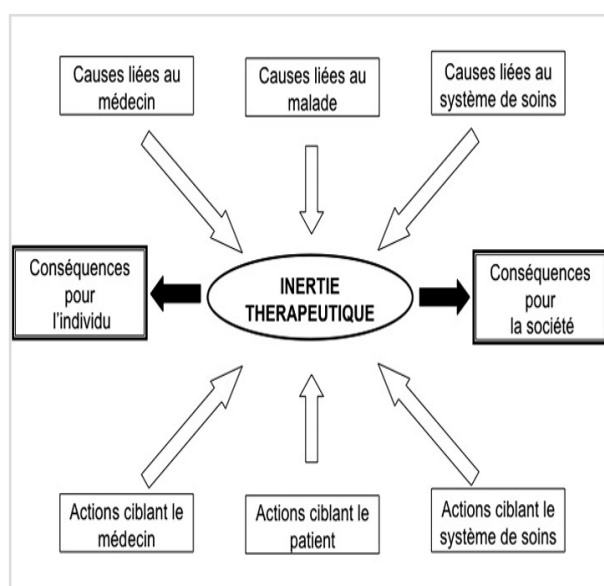


Figure 1. Causes, conséquences et solutions relatives à l'inertie thérapeutique.

arguments fallacieux, consciemment ou inconsciemment. Ainsi, il apparaît que la prévention et la prise en charge des maladies cardio-vasculaires sont beaucoup moins prises au sérieux par les médecins chez les patients appartenant à la gent féminine que chez ceux de la gent masculine alors que, dans les faits, de plus en plus de femmes sont exposées à la maladie coronarienne (11). Cette inertie relative pourrait expliquer, au moins en partie, pourquoi la mortalité de cause cardio-vasculaire a nettement diminué au cours des deux dernières décennies chez les hommes, grâce notamment à un meilleur contrôle des facteurs de risque, alors que le déclin a été beaucoup moins marqué parmi les femmes (12). Par ailleurs, le risque hypothétique de manifestations indésirables avec l'augmentation de la posologie ou encore d'interactions médicamenteuses avec l'introduction d'un nouveau médicament ne doit pas être un prétexte justifiant une inertie thérapeutique de mauvais aloi (13).

Enfin, il faut aussi analyser la position, complexe et parfois ambiguë, du médecin de terrain vis-à-vis des recommandations officielles (14, 15). Tout d'abord, le médecin pourrait ne pas être au fait des recommandations en vigueur, d'autant plus que, dans certains domaines, elles peuvent changer assez rapidement. Ensuite, les recommandations peuvent être contestées, d'autant plus que certaines sont soutenues par des données probantes limitées ou imparfaitement validées. Enfin, les recommandations, connues du médecin, pourraient lui paraître soit trop complexes pour être appliquées en pratique, soit fragilisées par des objectifs irréalistes, finalement démotivants. Il est donc important que les recommandations soient diffusées, aussi largement que possible, ce qui est de plus en plus le cas. Mais aussi, il faut qu'elles soient fondées sur des essais cliniques dont le recrutement de patients et le mode de prise en charge ne soient pas trop éloignés de la pratique quotidienne («real life») et qu'elles aboutissent à des objectifs compatibles avec les situations réellement rencontrées sur le terrain (16).

CAUSES LIÉES AU PATIENT

L'inertie du médecin peut, en partie, refléter le manque d'enthousiasme d'un patient à adhérer à un traitement pour prendre en charge une maladie asymptomatique, *a fortiori* s'il s'agit de contrôler un simple facteur de risque. C'est d'autant plus le cas si le patient a déjà été confronté à des manifestations indésirables lors de la prise de médicaments antérieurement ou si le coût du traitement lui paraît disproportionné par rapport au bénéfice perçu (ou escompté si le patient est

en mesure de l'apprécier) (7). C'est également le cas si le nombre de médicaments à prendre quotidiennement est déjà élevé. En effet, la polymédication constitue un frein évident à l'instauration d'un nouveau traitement par le médecin traitant. Ce sera d'autant plus le cas que le patient est mal ou insuffisamment informé. Cet aspect de la problématique, fort proche de la thématique du défaut d'observance, sera davantage développé dans l'article centré sur l'observance thérapeutique publié dans le même numéro de la revue (5).

Par ailleurs, le patient atteint d'une pathologie chronique, et on peut le comprendre, appréhende que sa maladie s'aggrave au cours du temps. Or, toute intensification du traitement, que ce soit par une augmentation de la posologie ou par l'addition d'un nouveau médicament, est interprétée par le malade comme une évolution défavorable, situation qu'il désire, consciemment ou inconsciemment, occulter. Il n'est, dès lors, pas étonnant que le patient freine l'ardeur de son médecin à intensifier le traitement, invoquant le plus souvent toute une série de raisons, généralement peu pertinentes mais devant lesquelles le médecin finit par post-poser le changement thérapeutique qu'il avait éventuellement envisagé en première intention.

Intuitivement, plus le médecin pressent que son patient sera réticent à l'initiation ou à l'intensification d'un traitement, moins il sera enclin à entreprendre cette démarche. De même, plus le médecin suspecte un manque d'adhésion au traitement de la part de son patient, plus il sera enclin à une certaine inertie thérapeutique (16). Cette relation particulière contribue certainement à entretenir l'inertie thérapeutique.

CAUSES LIÉES AU SYSTÈME DE SOINS

La pratique médicale «en solo» qui, en Belgique comme dans beaucoup d'autres pays, a longtemps dominé l'organisation des soins de santé, tout au moins en médecine générale, constitue certainement un élément susceptible de favoriser l'inertie thérapeutique. En effet, le médecin est tenté de poursuivre ce qu'il a initié antérieurement, sans nécessairement remettre en question l'attitude proposée. Cette inertie peut s'expliquer alors par un défaut de connaissance, par une trop grande confiance dans le traitement en cours ou encore, simplement, par un manque de temps pour instaurer (et expliquer) un changement d'attitude thérapeutique.

Par ailleurs, l'organisation du système de soins en Belgique ne laisse pas la place à une totale liberté thérapeutique. Notre pays se singu-

larise par des règles restrictives de remboursement de toute une série de médicaments inscrits dans ce qu'il est convenu d'appeler le chapitre 4. On peut comprendre les raisons de cette modalité, notamment en vue de cibler la prescription de médicaments coûteux à des patients chez lesquels le rendement de l'intervention thérapeutique est le plus élevé. Cependant, en raison de la bureaucratie engendrée qui rebute bon nombre de médecins, force est de constater que ce système particulier peut constituer un obstacle au recours à certains médicaments qui, pourtant, s'avèreraient bien utiles chez des patients judicieusement sélectionnés.

CONSÉQUENCES

CONSÉQUENCES POUR LE PATIENT

Dans beaucoup de maladies, plus le traitement est instauré rapidement, plus le succès de celui-ci est élevé, à condition que le diagnostic ait été posé correctement et que le traitement ait été choisi de façon adéquate. De même, il doit normalement y avoir un impact positif de l'intensification thérapeutique lorsque le traitement en cours n'est pas suffisant pour atteindre les objectifs fixés. Dès lors, s'il existe une certaine inertie thérapeutique, quelles qu'en soient les raisons, on peut en inférer que le devenir du patient devrait en pâtir avec, à terme, une moins bonne qualité de vie et/ou une moins grande espérance de vie. Ceci est bien évidemment difficile à démontrer sur un plan strictement individuel et on ne peut arriver à cette conclusion, bien souvent, qu'en se référant à des données statistiques à l'échelle d'un groupe de patients ou d'une population. C'est d'ailleurs là un problème majeur qui explique, peu ou prou, une grande part de l'inertie thérapeutique rencontrée en pratique lorsqu'un médecin est face à un patient individuel dont il n'est pas absolument certain qu'il tirera un bénéfice de l'intensification du traitement qui lui serait proposée (imposée !).

CONSÉQUENCES POUR LA SOCIÉTÉ

Outre les conséquences pour le patient, l'inertie thérapeutique, si elle est appliquée à une large échelle, peut aboutir à des conséquences majeures pour la société, en termes de coût pour la sécurité sociale. Cela a particulièrement bien été démontré dans le domaine de la prévention et le traitement des maladies cardio-vasculaires (12). C'est également le cas dans le domaine du diabète de type 2 où il a été démontré qu'une prise en charge insuffisante des différents fac-

teurs de risque de ce type de patients conduisait à des complications dont le coût pour la sécurité sociale est particulièrement élevé (18). Un des objectifs prioritaires de la médecine factuelle, ou en tout cas de sa large diffusion auprès du corps médical, est d'améliorer la prise en charge des patients de façon à limiter les coûts des soins de santé (15).

SOLUTIONS

ACTIONS CIBLANT LE MÉDECIN

La première action doit cibler l'étudiant en médecine (6). La plupart des médecins n'ont pas bénéficié d'un enseignement centré sur l'importance et les moyens d'atteindre les objectifs thérapeutiques dans la prise en charge des maladies chroniques (3). Le succès de la réussite dans l'atteinte des valeurs cibles pour une série de facteurs de risque passe par une attitude proactive basée sur un suivi rigoureux du patient amenant soit un ajustement de la posologie, soit le recours à une combinaison de médicaments, basé sur le concept «*treat to target*». Un enseignement sensibilisant le futur praticien vis-à-vis de cette problématique devrait permettre, à terme, de réduire l'inertie thérapeutique.

Après l'obtention du diplôme, le médecin a la possibilité (l'obligation s'il veut être accrédité) de participer à des réunions pluri-annuelles de type GLEM («Groupes Locaux d'Evaluation Médicale»). Ces réunions sont sensées favoriser les échanges entre praticiens d'une même discipline et améliorer les pratiques médicales. Les activités de formation continuée offrent au médecin la possibilité d'un recyclage et d'une mise à niveau des connaissances, en particulier en ce qui concerne les avancées en médecine factuelle. Une des premières étapes pour éviter l'inertie thérapeutique est, en effet, de connaître les recommandations internationales, fixant les objectifs thérapeutiques et décrivant un algorithme permettant de les atteindre (14, 15). Il est cependant crucial que les essais cliniques apportent des réponses pragmatiques de façon à réduire l'hiatus entre la recherche clinique et la pratique médicale sur le terrain (16). Par ailleurs, il convient que les algorithmes thérapeutiques décisionnels ne soient pas trop complexes, ou trop différents selon les régions ou encore trop éphémères, au risque de décourager le praticien le plus motivé.

La simple diffusion des «guidelines» n'est pas suffisante et a relativement peu d'impact si cette stratégie n'est pas accompagnée de l'assimilation de trois concepts importants : la prise

de conscience du ratio «bénéfices – risques – coûts» d'une approche «*treat to target*»; la complexité pratique de traiter les patients présentant plusieurs pathologies/facteurs de risque selon ce type d'approche; le besoin de structures adéquates permettant de faciliter une prise en charge efficace d'entités nosologiques dépourvues de symptômes (ou pour lesquelles la résolution d'éventuels symptômes n'est pas un objectif suffisant). Néanmoins, la diffusion répétée des recommandations finit par mobiliser le médecin à mieux prendre en charge les facteurs de risque. Ainsi, un travail récent réalisé aux Etats-Unis a montré que le contrôle de l'hypertension artérielle s'améliorait progressivement grâce à une meilleure reconnaissance de la pathologie et à une intensification de sa prise en charge (19). Les enquêtes EURO-ASPIRE I, II et III successives ont également démontré une meilleure prise en charge pharmacologique du patient coronarien, aboutissant à un meilleur contrôle de l'hypercholestérolémie, de l'hypertension artérielle ou de l'état pro-thrombotique, par exemple (2). On peut cependant regretter, au vu des résultats de cette même enquête, que la prescription et l'adhésion aux mesures hygiéno-diététiques soient encore largement insuffisantes.

Un moyen d'améliorer la performance d'un médecin est de le confronter à sa propre pratique. Pour ce faire, le médecin reçoit régulièrement une photographie de sa pratique. Il peut alors comparer ses propres résultats (en terme d'objectifs thérapeutiques atteints, par exemple) à ceux de ses collègues dont il reçoit les données de façon anonyme selon la méthodologie dite du «*benchmarking*». Il a été montré que ce type de stratégie permet d'élever progressivement la qualité des soins (20). Semblable approche devrait donc, à tout le moins, être considérée et, si possible, intégrée dans une politique visant à réduire l'inertie thérapeutique, en particulier chez des patients atteints de maladie chronique, *a fortiori* si celle-ci est asymptomatique. Un autre moyen, très pratique, d'améliorer le suivi des patients atteints de maladie chronique est de demander au médecin d'utiliser des feuilles individuelles de suivi au cours du temps de paramètres critiques, cliniques ou biologiques. Cette approche pragmatique simple devrait permettre au praticien de visualiser plus facilement toute déviance et l'inciter à mettre en œuvre plus rapidement les moyens susceptibles de rectifier le tir pour se rapprocher ou atteindre les objectifs thérapeutiques fixés pour son patient.

Une révolution a été apportée, dans certains pays anglo-saxons, par le concept de «*pay for performance*» (21). L'objectif est de donner au

médecin une incitation financière proportionnelle aux objectifs atteints, que l'évaluation soit fondée sur la proportion de patients ayant bénéficié des examens recommandés pour le suivi ou ayant atteint les objectifs thérapeutiques pré-définis. Ce procédé a été mis sur pied en pratique de médecine générale en Grande-Bretagne, ce qui a permis de remédier rapidement à l'inertie médicale ambiante. Il existe cependant des inconvénients et ce système ne paraît pas pouvoir être appliqué en Belgique à brève échéance.

ACTIONS CIBLANT LE PATIENT

L'éducation thérapeutique du patient occupe une place de plus en plus importante dans la prise en charge des maladies chroniques (22). Le patient doit être très tôt informé de la notion de facteurs de risque et de la notion de maladie chronique. Il convient qu'il reçoive l'information nécessaire pour qu'il puisse, dans toute la mesure du possible, accepter certaines contraintes à court terme pour garantir une meilleure qualité de vie (voire espérance de vie) à long terme. Il convient également qu'il soit informé quant au fait que beaucoup de maladies dites chroniques évoluent sensiblement au cours du temps, ce qui, *ipso facto*, requiert un ajustement thérapeutique en conséquence et ce, sans délai prohibitif. Une bonne information permettra de réduire les réticences du patient et, dès lors, facilitera le travail du médecin lorsqu'un ajustement thérapeutique s'avérera nécessaire. La prescription de médicaments pas trop onéreux pour le patient permettra aussi de lever certains freins éventuels et contribuera à une meilleure observance (5).

ACTIONS CIBLANT LE SYSTÈME DE SOINS

L'organisation de réseau de soins impliquant plusieurs acteurs des soins de santé offre certainement un moyen intéressant pour limiter l'inertie thérapeutique. Les développements de réseaux multidisciplinaires dans les soins de santé ou encore de trajets de soins pour la prise en charge de certaines maladies chroniques (diabète de type 2, insuffisance rénale chronique, ...) représentent certainement des mesures susceptibles de rompre l'isolement du médecin traitant, l'amenant ainsi à se remettre en question et l'incitant à revoir l'adéquation du traitement prescrit (23). C'est particulièrement le cas lorsqu'une collaboration étroite doit être instaurée entre généraliste et spécialiste ou encore lorsque divers partenaires paramédicaux doivent idéalement être impliqués dans les soins aux malades. En raison des difficultés rencontrées

dans la prise en charge des maladies chroniques, certains systèmes de soins dans différents pays ont proposé de recourir à des «case managers» (24) ou à des «patient care teams» (25) pour aider le médecin dans cette approche. Les stratégies les plus efficaces pour améliorer la qualité des soins de santé, notamment en réduisant l'inertie et la non-observance thérapeutiques, doivent encore être précisées (26).

Par ailleurs, il convient que le système des soins de santé ne soit pas paralysé par une bureaucratie autant envahissante qu'inutile. A ce sujet, les médecins apprécieront certainement que les mesures inhérentes au remboursement des nombreux médicaments inscrits au chapitre 4 se soient quelque peu simplifiées au cours des dernières années. C'est notamment le cas pour les médicaments utilisés pour combattre les facteurs de risque cardio-vasculaire avec, pour nombre d'entre eux, le passage d'un contrôle *a priori* à un contrôle *a posteriori*. Cette évolution devrait limiter la lourdeur administrative qui rebutait souvent les médecins à instaurer un traitement pourtant utile (et qui rebutait aussi le patient à faire les démarches administratives pour obtenir le remboursement initial ou la prolongation de son traitement, contribuant ainsi au défaut d'observance). La simplification de la procédure administrative contribuera certainement à contrecarrer l'inertie thérapeutique ambiante. Encore faut-il maintenant que les médecins utilisent ces nouvelles conditions de prescription de la façon la plus judicieuse qui soit sur le terrain. Ainsi, par exemple, en ce qui concerne le traitement des dyslipidémies, le médecin devra titrer correctement la posologie des médicaments, sélectionner des molécules plus puissantes ou encore recourir à des combinaisons thérapeutiques en cas d'objectifs non atteints (27), *a fortiori* si le patient est à haut risque cardio-vasculaire.

CONCLUSIONS

L'inertie thérapeutique contribue certainement à diminuer l'efficacité de la prise en charge de nombreux patients atteints de maladies chroniques et, dès lors, hypothèque le pronostic individuel tout en grevant le budget de santé. Une meilleure prise en charge des maladies chroniques devra impliquer une réorientation de l'enseignement des étudiants et de la pratique médicale de façon à donner une plus grande priorité aux approches susceptibles de faciliter la dispensation de soins appropriés à des patients asymptomatiques.

Les raisons contribuant à l'inertie thérapeutique sont multiples et concernent médecin, patient et système de soins. Il convient donc de trouver des solutions pour remédier à cet important problème de santé publique. La situation devient d'autant plus critique que le médecin a finalement accès à une panoplie de plus en plus variée de médicaments. Le choix de l'initiation du traitement devient donc, dans bien des pathologies, de plus en plus complexe et l'intensification du traitement peut faire appel à de multiples combinaisons médicamenteuses, pas toujours parfaitement validées ou encore connues du corps médical. Il convient, par ailleurs, que le combat contre l'inertie thérapeutique n'aboutisse pas à des effets collatéraux délétères dans la prise en charge de certains patients qui pourraient alors être exposés à un traitement inapproprié, trop agressif et les exposant à d'autres risques parfois plus dangereux que le risque initial.

Les solutions pour remédier à l'inertie thérapeutique passent par des actions ciblées sur le médecin, le patient et l'organisation des systèmes de soins. Une action concertée à ces trois niveaux devrait permettre d'améliorer la problématique mais, force est de reconnaître qu'il s'agit d'un problème complexe qui apparaît de plus en plus émergent dans la dispensation de soins de santé.

BIBLIOGRAPHIE

1. Andrade SE, Gurwitz JH, Field TS, et al.— Hypertension management: the care gap between clinical guidelines and clinical practice. *Am J Manag Care*, 2004, **10**, 481-486.
2. Kotseva K, Wood D, De Backer G, et al.— Cardiovascular prevention guidelines in daily practice : a comparison of EUROASPIRE I, II, and III surveys in eight European countries. *Lancet*, 2009, **373**, 929-940.
3. Philips LS, Branch WT, Cook CB, et al.— Clinical inertia. *Ann Intern Med*, 2001, **135**, 825-834.
4. Reach G.— Patient non-adherence and healthcare-provider inertia are clinical myopia. *Diabetes Metab*, 2008, **34**, 382-385.
5. Scheen AJ, Giet D.— Non-observance thérapeutique : causes, conséquences, solutions. *Rev Med Liège*, 2010, **65**, 239-245.
6. Scheen AJ.— Comment je traite... De la pharmacologie spéciale à la thérapeutique médicale : plaidoyer pour un enseignement privilégiant l'apprentissage au raisonnement thérapeutique, de la décision à la prescription. *Rev Med Liège*, 2000, **55**, 811-816.
7. Scheen AJ, Parada A, Giet D.— Conseils pour une meilleure prescription médicamenteuse. *Rev Med Liège*, 2006, **61**, 488-493.
8. Allen JD, Curtiss FR, Fairman KA.— Nonadherence, clinical inertia, or therapeutic inertia ? *J Manag Care Pharm*, 2009, **15**, 690-695.

9. Faria C, Wenzel M, Lee KW, et al.— A narrative review of clinical inertia : focus on hypertension. *J Am Soc Hypertens*, 2009, **3**, 267-276.
10. Tsang JL, Mendelsohn A, Tan MK, et al.— Discordance between physicians' estimation of patient cardiovascular risk and use of evidence-based medical therapy. *Am J Cardiol*, 2008, **102**, 1142-1145.
11. Mosca L.— Guidelines for prevention of cardiovascular disease in women : a summary of recommendations. *Prev Cardiol*, 2007, **10**, 19-25.
12. Ford ES, Ajani UA, Croft JB, et al.— Explaining the decrease in US deaths from coronary disease, 1980–2000. *N Engl J Med*, 2007, **356**, 2388–2398.
13. Scheen AJ.— Interactions médicamenteuses : de la théorie à la pratique. *Rev Med Liège*, 2006, **61**, 471-482.
14. Lomas J, Anderson GM, Domnick-Pierre K, et al.— Do practice guidelines guide practice ? The effect of a consensus statement on the practice of physicians. *N Engl J Med*, 1989, **321**, 1306-1311.
15. Numéro spécial.— De la médecine factuelle aux recommandations thérapeutiques. *Rev Med Liège*, 2000, **55**, 201-320.
16. Brass EP.— The gap between clinical trials and clinical practice: the use of pragmatic clinical trials to inform regulatory decision making. *Clin Pharmacol Ther*, 2010, **87**, 351-355.
17. Grant R, Adams AS, Trinacty CM, et al.— Relationship between patient medication adherence and subsequent clinical inertia in type 2 diabetes glycemic management. *Diabetes Care*, 2007, **30**, 807-812.
18. Wallemacq C, Van Gaal LF, Scheen AJ.— Le coût du diabète de type 2 : résumé de l'enquête européenne CODE-2 et analyse de la situation en Belgique. *Rev Med Liège*, 2005, **60**, 278-284.
19. Egan BM, Zhao Y, Axon RN.— US trends in prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension, 1988-2008. *JAMA*, 2010, **303**, 2043-2050.
20. Thomson O'Brien MA, Oxman AD, Davis DA, et al.— Audit and feedback effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*, 2000, CD000259.
21. Glickman SW, Peterson ED.— Innovative health reform models : pay-for-performance initiatives. *Am J Manag Care*, 2009, **15**, S300-S305.
22. Scheen AJ, Bourguignon JP, Guillaume M, et membres du programme EDUDORA².— L'éducation thérapeutique : une solution pour vaincre l'inertie clinique et le défaut d'observance. *Rev Med Liège*, 2010, **65**, 250-255.
23. Goderis G, Borgermans L, Heyman J et al.— Type 2 diabetes in primary care in Belgium: need for structured shared care. *Exp Clin Endocrinol Diabetes*, 2009, **117**, 367-372.
24. Wagner EH.— More than a case manager (Editorial). *Ann Intern Med*, 1998, **129**, 654-656.
25. Wagner EH.— The role of patient care teams in chronic disease management. *BMJ*, 2000, **320**, 569-572.
26. Scott I.— What are the most effective strategies for improving quality and safety of health care ? *Intern Med J*, 2009, **39**, 389-400.
27. Scheen AJ, Radermecker R, De Flines J, Ducobu J.— Actualités thérapeutiques en lipidologie. *Rev Med Liège*, 2007, **62**, 324-328.

Les demandes de tirés à part sont à adresser au Pr A.J. Scheen, Département de Médecine, CHU de Liège, 4000 Liège, Belgique.