

## «Inertie clinique»: une démarche salvatrice?

Editorial dérangeant dans *La Revue du Praticien* (septembre 2013): notre confrère Jean Deleuze y traite d'un sujet aussi essentiel que rarement abordé. On peut voir là une sorte de monstruosité à l'heure sacrée du développement professionnel médical continu. C'est un ferment étrange et révolutionnaire qui met à mal toutes les recommandations des usines à gaz régulatrices. C'est «l'inertie clinique».

«On parle d'inertie clinique quand un médecin qui a connaissance d'une recommandation solide sur un sujet (par exemple les indications d'une intensification thérapeutique dans l'hypertension artérielle ou le diabète) et qui pense qu'elle s'applique à son patient, pour autant ne la met pas en œuvre, écrit Jean Deleuze. Comment analyser et corriger un tel phénomène qui est, en réalité, aussi fréquent que la non-observance des patients et que l'on pourrait juger a priori comme plutôt désespérant?» Le rédacteur en chef de la principale revue française de formation médicale (initiale et continue) fait ici la recension d'un ouvrage atypique, édité chez Springer Verlag – un ouvrage que l'on découvre avec grand intérêt et que l'on aimerait faire découvrir.<sup>1</sup>

L'inertie clinique, c'est la non-observance en miroir. De fait, le parallèle médecin-malade est plus que tentant. Au second la «non-observance». Au premier «l'inertie clinique». Dans les deux cas, c'est un mouvement passionnant; mouvement assez irrationnel certes, mais qui, à ce titre même, peut

être libérateur. Ils n'ont pas le même âge. La non-observance est aussi vieille que la rencontre singulière de celui qui souffre et de celui qui sait. L'inertie clinique est nettement plus jeune. Douze ans précisément.

La non-observance, on le sait, est une expression jargonneuse qui signifie «le défaut d'adhésion au traitement». Insaisissable par définition, ce phénomène est sans aucun doute d'une ampleur considérable. «Améliorer l'adhésion du patient à un traitement chronique devrait s'avérer plus bénéfique que n'importe quelle découverte biomédicale» fait valoir l'OMS dans sa sagesse approximative.

Tout concourt à ce défaut d'adhésion; à commencer par le prescripteur, ses polymédications et la perte (relative) de son prestige. «La tentation est grande de ne pas adhérer aux prescriptions médicales, qu'elles soient hygiéno-diététiques ou médicamenteuses, a fortiori si le traitement paraît fastidieux, peu utile, voire potentiellement dangereux, observait, il y a quelque temps déjà dans ces colonnes, le Pr André J. Scheen (*Rev Med Suisse* 2010;6:1571-2). Améliorer l'observance thérapeutique des patients implique généralement une meilleure

relation médecin-malade, centrée sur le développement d'un véritable partenariat. Une éducation thérapeutique, bien conduite, peut certainement contribuer à réduire le manque d'observance.»

Il en va bien autrement de l'inertie médicale (clinique ou thérapeutique). «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 le risque encouru par le patient censé être connu du médecin, expliquait le Pr Scheen. Les causes en sont multiples, touchant le médecin, le malade (ou la maladie) et le système de soins (*Rev Med Liege* 2010;615:232-8). Les conséquences peuvent être graves, tant pour l'individu que pour la société, de telle sorte que des stratégies doivent être mises en œuvre pour remédier à cette carence. Il ne fait guère de doute qu'une



### lu pour vous

Coordination: Dr Jean Perdrix, PMU (Jean.Perdrix@hospvd.ch)

#### Pour cesser de fumer: cigarette électronique ou patch de nicotine?

De plus en plus de fumeurs utilisent la cigarette électronique (E-cigarette) pour l'arrêt du tabac mais son efficacité est inconnue. Un essai clinique a randomisé 657 adultes fumeurs, motivés à cesser de fumer, à recevoir durant trois mois l'un des traitements suivants: E-cigarette avec cartouches de 16 mg de nicotine, patch de nicotine 21 mg/j et E-cigarette sans

nicotine. Tous pouvaient appeler une ligne téléphonique pour recevoir des conseils d'aide à l'arrêt du tabac. Le taux d'abstinence continue à six mois, validé par la mesure de CO expiré, était de 7,3% chez les sujets utilisant l'E-cigarette avec nicotine, 5,8% pour ceux portant le patch de nicotine et 4,8% pour l'E-cigarette placebo, sans différence significative entre les trois groupes. Aucune association n'a été démontrée entre le produit utilisé et les effets indésirables, dont la fréquence était similaire chez les sujets utilisant l'E-cigarette avec

nicotine et le patch de nicotine. Les auteurs concluent que l'E-cigarette avec ou sans nicotine a une efficacité modeste pour l'arrêt du tabac à six mois avec des taux d'abstinence et d'effets indésirables similaires au patch de nicotine.

**Commentaire:** Cette étude montre que l'E-cigarette avec nicotine est aussi efficace que la substitution nicotinique pour l'aide à l'arrêt du tabac avec un faible soutien comportemental et qu'elle est peu risquée à court terme. Cependant cette étude, où le taux d'arrêt du tabac a été surestimé, avait une puissance statistique insuffisante pour détecter un

éventuel avantage de l'E-cigarette. D'autres études de taille suffisante, associant un soutien plus intensif et évaluant la toxicité à plus long terme, sont nécessaires pour mieux définir les bénéfices et risques de l'E-cigarette pour l'individu et la population.

**Dr Jean-Paul Humair**

Service de médecine de premier recours, Genève

Bullen C, et al. Electronic cigarettes for smoking cessation: A randomised controlled trial. *Lancet* Published Online September 7, 2013 [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61842-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61842-5).

amélioration sensible dans ce domaine devra passer par une réorganisation de la pratique médicale, privilégiant le travail en équipe multidisciplinaire, et, éventuellement, de son mode de financement.»

Remédier à cette carence? Et s'agit-il véritablement de carence? Tout ceci est pleinement d'actualité. Avec une précision: cette inertie ne concerne ni les cas où le médecin pêche par ignorance, ni les situations qui ne relèvent d'aucune recommandation fiable. Ce serait trop simple.

Le médecin sait que ses pairs (prestigieux) ont parfaitement (et collectivement) travaillé le sujet. Il sait qu'ils ont codifié la situation et émis des recommandations. Il est sur des rails et n'a plus qu'à avancer, rédiger l'ordonnance pré-imprimée. Or voilà que l'ensemble se grippe. C'est l'inertie clinique.

Pour Jean Deleuze (et pour Gérard Reach, l'auteur de l'ouvrage), il faut voir là une conséquence directe du bouleversement paradigmatique qui a affecté la médecine:

l'irruption dans les années 1990 de la médecine fondée sur les preuves ou *evidence-based medicine* (le terme EBM ayant été utilisé pour la première fois en 1992).

On connaît la machine rutilante; elle fonctionne à la raison raisonnable. Les recommandations se fondent sur les données de l'EBM. Et tout décalage entre l'EBM et la pratique réelle est perçu comme un échec de la rationalité médicale. Ne pas pratiquer la médecine fondée

sur les preuves, c'est pratiquer une médecine hors sol, une médecine à l'ancienne, une médecine à la Molière. C'est le possible retour à Knock.

Passons sur le conjoncturel (consultations à la chaîne, travail abrutissant, manque récurrent de temps). Allons à l'essentiel: le doute. Et ce doute peut prendre mille et un visages – depuis la mise en cause du fondement même du système jusqu'à la prise en compte des patients de la «vraie vie», si différents des patients des cohortes standardisées.

On peut aussi aller plus loin. «Gérard Reach propose aussi de s'interroger sur ce qu'est la raison médicale "en action" laquelle, différemment du raisonnement par étapes de l'EBM, procède de nombreux raccourcis mentaux (on parle d'heuristiques), écrit encore Jean Deleuze. Ces derniers, modelés par l'expérience et le savoir du médecin mais aussi par des déterminants émotionnels plus ou moins consciemment à l'œuvre (par exemple le souvenir cuisant d'un effet

## dépendances en bref

Service d'alcoologie, CHUV, Lausanne

# Mise à jour sur l'association entre consommation d'alcool, fonction cognitive et démence

Des scientifiques italiens ont effectué une vaste revue de la littérature des études publiées entre 1987 et 2011 qui examinaient la relation entre consommation d'alcool, fonction cognitive et démence. Le but était d'identifier des données sur la base desquelles on pouvait développer des guidelines pour le public. Les auteurs ont passé en revue 14 études transversales sur les atteintes cognitives, 21 études longitudinales sur le déclin cognitif, ainsi que 26 études longitudinales et 7 autres études sur la démence ou la pré-démence.

- Les données actuelles parlent en faveur d'une association entre une consommation d'alcool à bas risque<sup>a</sup> et une diminution du risque de démence (en général  $\geq 20\%$ ).

- Les effets protecteurs d'une consommation à bas risque contre le déclin cognitif semblent être plus probables en l'absence de l'allèle e4 de l'apolipoprotéine E (APOE) qui est associé à la maladie d'Alzheimer et quand la boisson est le vin.

- On pense que la consommation d'alcool à bas risque pourrait être neuroprotectrice par le biais des mécanismes suivants: une réduction des facteurs de risque cardiovasculaire; moins d'ischémies cérébrales et une relation en U avec les lésions de la matière blanche; la stimulation de la libération d'acétylcholine au niveau de l'hippocampe (dans

les modèles animaux) ainsi qu'un effet anti-oxydant des polyphénols, surtout dans le vin.

**Commentaires:** il est toujours difficile de développer des guidelines concernant la consommation d'alcool sur la base de données observationnelles (et non de grandes études cliniques) pour juger d'un effet. Certaines études prospectives montrent des résultats cohérents; cependant, beaucoup d'études incluses dans cette revue ne mentionnent pas le type de boisson alcoolisée ou la façon de consommer, qui sont des éléments importants pour déterminer l'impact sur la santé. Malgré les limitations reconnues, les données observationnelles montrent que la consommation d'alcool à bas risque, surtout de vin, est associée à une diminution du déclin cognitif et de la démence.

Dr Laurence Müller-Guerre

(traduction française)

R. Curtis Ellison, MD

(version originale anglaise)

<sup>a</sup> La notion de «consommation à bas risque» était définie de façon très variable, et cette variabilité était statistiquement significative entre les différentes études, autant chez les hommes que chez les femmes.

Panza F, Frisardi V, Seripa D, et al. Alcohol consumption in mild cognitive impairment and dementia: Harmful or neuroprotective? *Int J Geriatr Psychiatry* 2012;27:1218-38.

indésirable survenu lors d'un changement de traitement), sont certes source de nombreux biais mais permettent aussi d'agir, le plus souvent, avec efficacité.»

On voit clairement que tout part de l'*evidence-based medicine*. Et que tout revient à cette «utilisation systématique, judicieuse et explicite des données actuelles de la science dans les décisions visant les soins aux malades». Diffusion de recommandations de bonne pratique clinique, enrichies «d'algorithmes décisionnels visant à optimiser la stratégie thérapeutique de façon à atteindre des objectifs, par ailleurs de plus en plus stricts, pour le plus grand nombre possible de patients».

Mais encore? Faute ou pas? «Le décalage face aux recommandations n'apparaît plus nécessairement ou dans tous les cas comme une erreur ou une faute, mais comme l'expression d'un écart entre une raison médicale confrontée à l'irréductibilité de chaque

patient et de chaque situation et le raisonnement de l'EBM qui est un effort pour objectiver l'intervention médicale dans le but d'introduire un progrès général de la prise en charge, conclut Jean Deleuze. Un écart qui peut être réduit par toutes sortes d'interventions, mais dont la persistance, paradoxalement, est le garant de la dimension humaine de la médecine.»

Regarder l'inertie clinique sous un nouvel œil, c'est inmanquablement se demander si la «médecine EBM» n'est pas, ici ou là, inhumaine. Poser la question c'est, déjà, avoir une petite idée de la réponse.

Jean-Yves Nau

jeanyves.nau@gmail.com

1 Reach G. L'inertie clinique, une critique de la raison médicale (avec une préface de Joël Ménard). Paris: éditions Springer, 2012.