



A propos de l'inertie et de la non-observance thérapeutiques

Editorial

A. J. Scheen

La médecine est de plus en plus confrontée à la prise en charge de maladies chroniques, et ce d'autant plus qu'elle permet de maîtriser de mieux en mieux les maladies aiguës. De nombreuses maladies chroniques sont d'origine complexe, combinant l'influence de facteurs génétiques et environnementaux. C'est notamment le cas des maladies «métaboliques» dont on annonce une «épidémie» liée aux changements rapides et majeurs du style de vie des populations industrialisées. Pour plusieurs de ces maladies chroniques, une série de facteurs de risque ont été identifiés. Ceci a conduit à un changement de paradigme dans la pratique médicale.

«... il existe un hiatus très important entre les objectifs fixés et les résultats obtenus ...»

En effet, une partie croissante des activités du praticien s'est orientée vers la correction des facteurs de risque dits modifiables pour prévenir l'apparition de maladies ou de leurs complications. L'exemple type est la prévention des maladies cardiovasculaires. Cette stratégie a permis une réduction progressive des complications de l'athérombose au cours des 30 dernières années, ce qui représente une avancée majeure en termes de santé publique.

Parallèlement à cette évolution, on a vu émerger la médecine factuelle (ou *Evidence-based medicine*). Elle peut être définie comme l'«utilisation systématique, judicieuse et explicite des données actuelles de la science dans les décisions visant les soins aux malades». Elle a conduit à la diffusion de recommandations de bonne pratique clinique (guidelines). Ces dernières proposent des 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. En ce qui concerne l'hypercholestérolémie, par exemple, plus on réduit le niveau du facteur de risque, plus on améliore le pronostic. Cette relation a conduit au concept *the lower, the better*, ce qui, inévitablement, impose d'intensifier le traitement pharmacologique en conséquence, même si le concept n'est sans doute pas univoque pour tous les facteurs de risque (voir article concernant l'étude ACCORD dans ce numéro).

Les recommandations issues de la médecine factuelle incitent à atteindre le plus rapidement et le plus durablement possible les objectifs fixés. Pour ce faire, il est indispensable que, d'une part, le médecin initie puis ajuste son traitement en conséquence et que, d'autre part, le patient respecte bien les prescriptions médicales. Les enquêtes réalisées sur le terrain montrent qu'il existe un hiatus très important entre les objectifs fixés dans les recommandations officielles et les résultats obtenus en pratique clinique. Ce constat peut s'expliquer, pour une part non négligeable, par ce qu'il est convenu d'appeler l'inertie du soignant et la non-observance du soigné. Ces deux thématiques ont été envisagées en détail dans le numéro spécial de mai-juin 2010 de la *Revue médicale de Liège*, revue dont nous avons l'honneur d'être le rédacteur en chef (pour accès au sommaire et à certains articles disponibles en ligne, consulter le site de la revue: <http://www.rmlg.ulg.ac.be/>).

Les recommandations issues de la médecine factuelle incitent à atteindre le plus rapidement et le plus durablement possible les objectifs fixés. Pour ce faire, il est indispensable que, d'une part, le médecin initie puis ajuste son traitement en conséquence et que, d'autre part, le patient respecte bien les prescriptions médicales. Les enquêtes réalisées sur le terrain montrent qu'il existe un hiatus très important entre les objectifs fixés dans les recommandations officielles et les résultats obtenus en pratique clinique. Ce constat peut s'expliquer, pour une part non négligeable, par ce qu'il est convenu d'appeler l'inertie du soignant et la non-observance du soigné. Ces deux thématiques ont été envisagées en détail dans le numéro spécial de mai-juin 2010 de la *Revue médicale de Liège*, revue dont nous avons l'honneur d'être le rédacteur en chef (pour accès au sommaire et à certains articles disponibles en ligne, consulter le site de la revue: <http://www.rmlg.ulg.ac.be/>).

Articles publiés
sous la direction du professeur



André J. Scheen

Chef de service
Service de diabétologie, nutrition
et maladies métaboliques
et Unité de pharmacologie clinique
CHU Sart Tilman, Liège



L'inertie médicale est fréquente en pratique clinique, que ce soit en médecine générale ou spécialisée, ambulatoire ou hospitalière. L'inertie thérapeutique 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. Les causes en sont multiples, touchant le médecin, le malade (ou la maladie) et le système de soins ([http:// www.rmlg.ulg.ac.be/](http://www.rmlg.ulg.ac.be/) – 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 amélioration sensible dans ce domaine devra passer par

■
■
■
■
■
■
■
■
■

«... Inertie thérapeutique et non-observance thérapeutique sont finalement très intriquées ...»

une réorganisation de la pratique médicale, privilégiant le travail en équipe multidisciplinaire, et, éventuellement, de son mode de financement.

La non-observance (ou le défaut d'adhésion au traitement) est également fréquemment rencontrée. Dans un de ses rapports, l'Organi-

sation mondiale de la santé a conclu comme suit : «améliorer l'adhésion du patient à un traitement chronique devrait s'avérer plus bénéfique que n'importe quelle découverte biomédicale». Le patient est de plus en plus confronté à des traitements complexes, faisant appel à une «polymédication» pour la prise en charge de maladies chroniques peu symptomatiques ou, parfois, pour la simple correction de facteurs de risque qui n'auront d'éventuelles répercussions qu'à plus ou moins long terme. Dès lors, 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. On appelle observance le fait pour un patient de se conformer aux règles élaborées de façon consensuelle par les professionnels de santé et de suivre leur prescription. Le défaut d'observance thérapeutique est généralement occulté ou, à tout le moins, largement sous-estimé par la plupart des médecins. A nouveau, les causes peuvent être très diverses, concernant le médecin, le malade, la maladie et le système de soins ([http:// www.rmlg.ulg.ac.be/](http://www.rmlg.ulg.ac.be/) – Rev Med Liège 2010;65:239-45). 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.

Inertie thérapeutique, de la part du soignant, et non-observance thérapeutique, de la part du soigné, sont finalement très intriquées et contribuent, toutes les deux, à diminuer les performances médicales. Elles ont été étiquetées de «myopie clinique», puisque l'une et l'autre privilégient une vue à court terme, occultant ou négligeant les dégâts collatéraux que pareilles attitudes sont susceptibles d'occasionner à long terme, pour le patient comme pour la société. Il est important de combattre l'une et l'autre, de concert, pour garantir une meilleure prise en charge des maladies chroniques et améliorer les performances médicales dans ce domaine. ■