

Fiche n°26 : INERTIE THERAPEUTIQUE

Eléments de définition

Pour l'académie française, l'inertie est « la propriété qu'ont les corps de rester dans leur état de repos ou de mouvement, jusqu'à ce qu'une cause étrangère les en tire. Elle signifie, figurément, résistance passive, qui consiste principalement à ne pas obéir, à ne pas exécuter ce qui est commandé » ; mais aussi « se dit, figurément, du manque absolu d'activité ou d'énergie. *Rester dans une complète inertie* ». On retrouve aussi ce sens pour le TLFi : « Résistance passive et volontaire qui consiste principalement à s'abstenir d'agir ou à refuser toute contrainte physique ou morale. *En toutes choses, il opposait aux volontés de son père une force d'inertie, et croyait avoir fait beaucoup s'il avait retardé le moment où il serait contraint d'obéir* ». L'académie de médecine définit l'inertie comme la « propriété que possède un système (mécanique, électrique, chimique, pharmacologique, physiologique, sociologique, économique, etc.) à s'opposer à toute variation ». En revanche, l'inertie n'est pas associée au mot « thérapeutique » ou « clinique ».

Le mot thérapeutique est défini de manière consensuelle et possède deux sens. Ainsi pour l'Académie de médecine il s'agit soit de la « discipline médicale qui se consacre aux moyens pouvant être utilisés pour supprimer une maladie ou corriger les lésions produites par un traumatisme et prévenir leurs séquelles » soit d'un « traitement prescrit à un malade ».

La SFMG dans la fiche 38 du Manuel théorique de médecine générale, a déjà précisé ce concept en reprenant plusieurs définitions. La première selon l'article de Phillips et al. intitulé « *Clinical Inertia* »¹ où ce concept est défini comme « l'échec de la part des médecins à entreprendre ou intensifier un traitement lorsque celui-ci est indiqué ». Junod, lui, le traduit de façon un peu caricaturale comme « un comportement médical réel [...] où on sait ce qui est utile mais on ne le fait pas, on ne sait pas si c'est utile mais on fait, et on sait que c'est inutile, mais on ne s'abstient pas ».² Dans sa thèse, Bien la définit pour son étude comme « l'absence

¹ Phillips LS, Branch WT, Cook CB et al. Clinical inertia. Ann Intern Med 2001 ; 135 : 825-34.

² Junod AF. Décision médicale ou la quête de l'explicite. Genève : Médecine & Hygiène, 2003 : 333 pages.

d'intensification du traitement médicamenteux, alors que le paramètre n'est pas contrôlé ». ³

Discussion

L'inertie clinique est un concept complexe avec une définition non consensuelle pouvant mener à des interprétations diverses. En effet, sont utilisés différents termes tels qu'inertie clinique (depuis 2001), inertie thérapeutique (depuis 2004), et inobservance, avec plus ou moins de nuances. En France, le terme inertie thérapeutique reste le plus employé. Les causes mêmes de l'inertie clinique sont variables selon les auteurs, parfois limitées à des facteurs liés au médecin, parfois élargies à l'attitude du patient ou au système de soins. Les contours sont difficiles à dessiner, les décisions du médecin étant influencées à la fois par ses normes intimes mais aussi par ce qu'il perçoit du patient et par différents facteurs liés au système de soins. Il peut également paraître contradictoire de considérer comme facteur d'inertie clinique le manque ou l'absence de recommandations alors que la définition initiale concerne la non-application des recommandations existantes même dans le cas où les résultats cliniques ou biologiques sont insuffisants.

Le concept d'inertie thérapeutique concerne surtout les maladies chroniques asymptomatiques telles que l'hypertension artérielle, le diabète, la dyslipidémie. L'inertie clinique ne se conçoit pas sans un cadre constitué par les recommandations de bonne pratique dans lesquelles doivent figurer : la population cible, l'objectif thérapeutique, les modifications thérapeutiques adaptées et un délai acceptable pour effectuer ces modifications.

Dans le Manuel « Médecine, Santé et sciences humaines » du collège des enseignants des sciences humaines et sociales en médecine et santé, il est précisé que « l'inertie clinique n'est pas liée à une méconnaissance des recommandations. Les médecins disent qu'ils connaissent les recommandations, mais qu'ils ne les utilisent pas car ils les trouvent trop rigides et trop éloignées des réalités. Ils disent également qu'ils n'ont ni le temps, ni la formation pour mettre en œuvre les recommandations portant sur le régime et l'activité physique. [...] L'introduction d'un traitement par insuline représente un cas exemplaire où les deux phénomènes

³ Bien B. Les déterminants de l'inertie thérapeutique dans le traitement ambulatoire des facteurs de risque cardiovasculaire. Thèse de médecine. Paris. 2015.

agissent de concert : les comportements du médecin et du patient se conjuguent pour retarder la mise en œuvre d'un traitement qui est à l'évidence nécessaire. [...] C'est ainsi que les patients et les médecins concluent souvent des contrats non exprimés pour éviter l'insuline aussi longtemps que possible. [...] La non-observance et l'inertie clinique pourraient avoir un autre point commun. Dans les deux phénomènes, il s'agit de donner la priorité au présent en omettant de considérer l'importance de préserver l'avenir. Nous l'avons vu précédemment en ce qui concerne la non-observance du patient ; pour ce qui est de l'inertie clinique, le médecin semble donner plus de poids à la difficulté immédiate d'instituer le traitement qu'à l'intérêt lointain de son patient. »⁴

Cette notion est à mettre en perspective avec l'« injonction paradoxale » de limiter la iatrogénie et la surmédicalisation par les médecins généralistes français (entre autres). Peut-on dire qu'un médecin « inerte » en matière thérapeutique est un médecin non-observant des règles du moment dans ce domaine ?

Le facteur humain joue un rôle clé dans la décision médicale qui pourrait expliquer cette inertie du médecin. Pour Phillips⁵ l'inertie est une « faute » du praticien, qui ne peut donc être qu'un mauvais élève. Reach⁶ pose une autre question : l'inertie clinique serait-elle être parfois une « inaction réfléchie », vertueuse, une « inaction appropriée » ? Il fait aussi un parallèle entre la non-observance pour le malade et l'inertie clinique pour le médecin qui relèvent l'un et l'autre d'un même processus, celui du raisonnement : il oppose la raison-raisonnante de la glorieuse EBM et le raisonnement du praticien à la fois cognitive de type heuristique et émotionnel. Ceci n'est pas en contradiction avec les principes de l'EBM comme le disait Phillips dans son article princeps : « Les cliniciens expérimentés sauront reconnaître qu'il y a toujours des exceptions et que l'insistance rigide concernant une application uniforme des recommandations pourrait entraîner un traitement excessif et des interventions inappropriées ». Reach poursuit : « Les fondateurs de l'Evidence Based Medicine ont insisté : le médecin doit toujours donner la priorité à son jugement clinique. Il peut donc arriver que le médecin ait raison de ne pas appliquer la recommandation, et, dans ce cas, il vaut mieux parler d'inaction appropriée que

⁴ Mouillie JM, Bonah C, Haxaire C, Penchaud A-L, Visier L. Médecine, santé et sciences humaines. Chapitre 39 : Non-observance et inertie clinique. Collection médecine et sciences humaines - Les Belles Lettres. 2011 : p287-289

⁵ Phillips LS, Branch WT, Cook CB et al. Clinical inertia. Ann Intern Med 2001 ; 135 : 825-34.

⁶ Reach G. L'inertie clinique, un conflit entre deux logiques. PSN, vol. 10, n° 2/2012

d'inertie clinique, cette inaction étant même parfois d'ailleurs une action mûrement réfléchie de la part du médecin ».

Proposition

Nous retiendrons le terme inertie thérapeutique, qui nous semble plus précis qu'inertie clinique. C'est la non-intervention du médecin, alors qu'il sait qu'il devrait le faire.

Le médecin peut avoir, ou non, conscience de cette inertie.

- on sait ce qui est utile, mais on ne le fait pas,
- on ne sait pas si c'est utile, mais on le fait,
- on sait que c'est inutile, mais on ne s'abstient pas.

Cette inertie peut être justifiée par le médecin en fonction du contexte, en mettant en avance son jugement clinique.