

Inertie clinique

Que faut-il en penser ?

Deux points de vue
Gérard Reach
Claude Attali

**Du concept au constat, aux explications et...
au doute Gérard Reach**

Le concept en questionnement
Claude Attali

Quelques pistes pour une discussion
Gérard Reach

Le concept

Inertie clinique

Définition

« Les buts du traitement sont bien définis, des traitements efficaces sont largement disponibles, les recommandations ont été diffusées de toute part. Malgré ces progrès, les soignants ne commencent pas ou n'intensifient pas le traitement lors de consultations où il faudrait à l'évidence le faire.

Nous appelons **inertie clinique** un tel comportement: reconnaissance du problème, pas de passage à l'acte. »

Quelques références : diabète

- Grant RW et al., **Clinical inertia** in the management of type 2 diabetes metabolic risk factors. *Diabet Med* 2004; 21: 150-155.
- Shah BR et al., **Clinical inertia** in response to inadequate glycemic control. Do specialists differ from primary care physicians ? *Diabetes Care* 2005; 28: 600-606.
- Ziemer DC et al., An intervention to overcome **clinical inertia** and improve diabetes mellitus control in a primary care setting: Improving Primary Care of African Americans with Diabetes. *Arch Intern Med* 2006;166:507-13.
- Knecht LA et al., Diabetes care in the hospital: is there **clinical inertia**? *J Hosp Med* 2006; 1: 151-160
- Grant R et al., Relationship between patient medication adherence and subsequent **clinical inertia** in type 2 diabetes glycemic management. *Diabetes Care* 2007;30:807-12.
- Reach G, Patient non-adherence and healthcare-provider **inertia** are **clinical myopia**. *Diabetes Metab.* 2008;34:382-5.
- Van Bruggen R et al., **Clinical inertia** in general practice: widespread and related to the outcome of diabetes care. *Fam Practice* 2009 ;26:428-36.

Quelques références dans le domaine de l'HTA

- Salisbury C et al., Overcoming **clinical inertia** in the management of hypertension. *CMAJ* 2006; 174: 1285-6
- Roumie CL et al., **Clinical inertia**: a common barrier to changing provider prescribing behavior. *J Comm J Qual Patient Saf* 2007;33: 277-85
- Safford MM et al., Reasons for not intensifying medications: differentiating "**clinical inertia**" from appropriate care. *J Gen Intern Med.* 2007;22:1648-55.
- Touzé E et al., Importance of in-hospital initiation of therapies and **therapeutic inertia** in secondary stroke prevention: Implementation of prevention after a cerebrovascular event (IMPACT) Study. *Stroke* 2008;39:1834-43
- Ferrari P et al., , Reasons for **therapeutic inertia** when managing hypertension in clinical practice in non-western countries. *J Human Hypertension* 2009; 23:151-159
- Gil-Guilien V et al., **Clinical inertia** in diagnosis and treatment of hypertension in primary care: quantification and associated factors. *Blood Pres* 2010; 19: 3-10
- Basile J et al., Overcoming **clinical inertia** to achieve blood pressure goals: the role of fixed-dose combination therapy. *Ther Adv Cardiovasc Dis* 2010; 4: 119-27
- Nesbitt SD et al., Overcoming **therapeutic inertia** in patients with hypertension. *Postgrad Med* 2010; 122:118-124
- Redon J et al., Factors associated with **therapeutic inertia** in hypertension: validation of a predictive model. *J Hypertens* 2010; 28: 1770-7
- Viera AJ et al., Level of blood pressure above goal and **clinical inertia** in a Medicaid population. *J Am Soc Hypertens* 2010; 4: 244-6

L'inertie clinique: un problème général

quelques références

Hypercholestérolémie

Goldberg KC et al., Overcoming **inertia**: improvement in achieving target low-density lipoprotein cholesterol. *Am J Manag Care* 2007;13:530-4

Ostéoporose

Rabenda V et al., Prévention et traitement de l'ostéoporose, éviter **l'inertie clinique** et promouvoir l'observance thérapeutique. *Rev Med Liège* 2010; 65:358-365

Asthme

Byrnes P et al., Asthma Cycle of Care attendance - overcoming **therapeutic inertia** using an asthma clinic. *Aust Fam Physicians* 2010; 39:318-20.

Gériatrie

Miles RV, Cognitive bias and planning error: **nullification of evidence-based medicine** in the nursing home. *J Am Med Dir Assoc* 2010;11:194-203.

Le constat

Inertie clinique en diabétologie

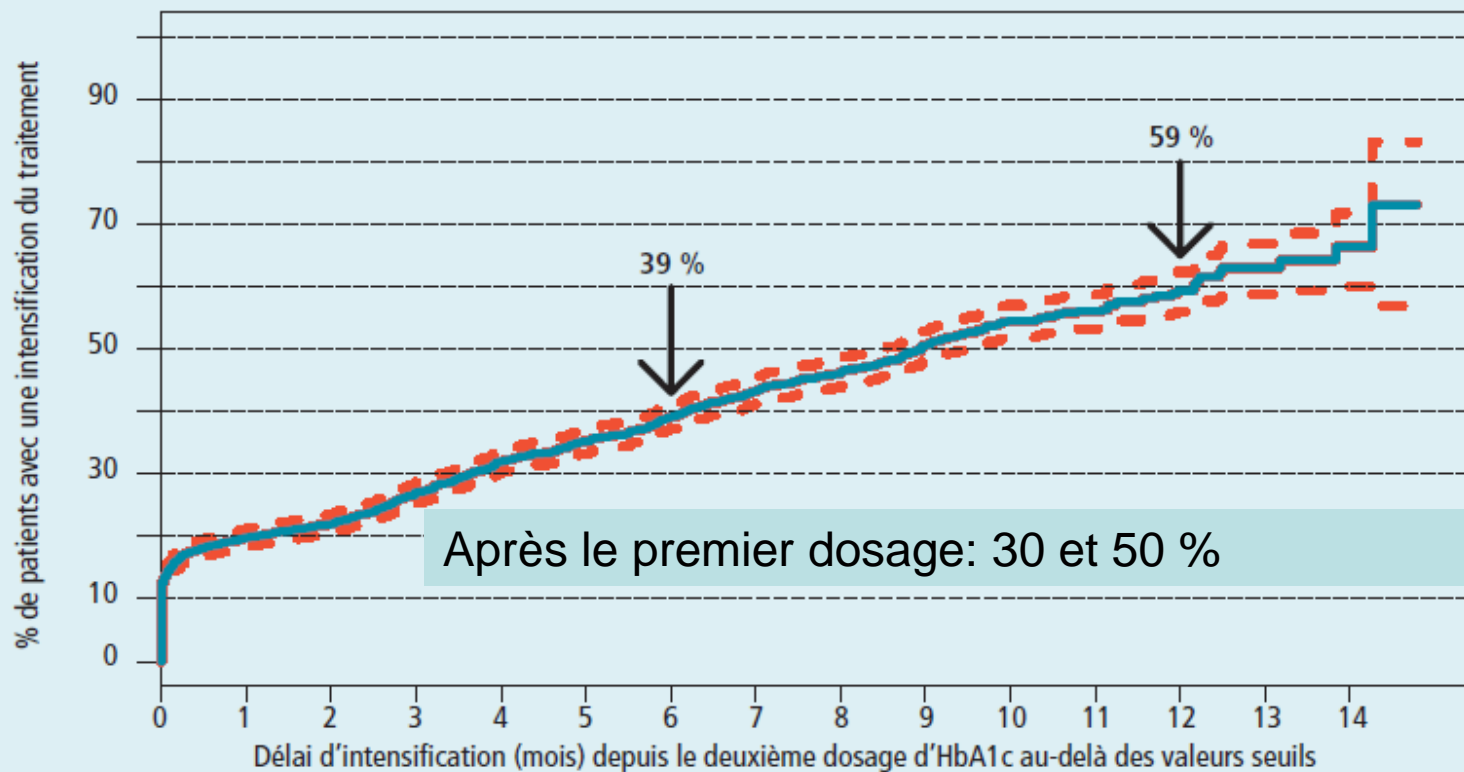
Une étude américaine

- **Patients diabétiques de type 2, HbA1c > 8 %**
 - Intensification appropriée
 - Chez 37.4 % de 1911 patients suivis par un généraliste
 - Chez 45.1 % de 591 patients suivis par un spécialiste
 - **Mais la différence n'était significative que pour la mise à l'insuline**

Shah BR et al., Clinical inertia in response to inadequate glycemic control. Do specialists differ from primary care physicians ?
Diabetes Care 2005; 28: 600-606.

En France aussi

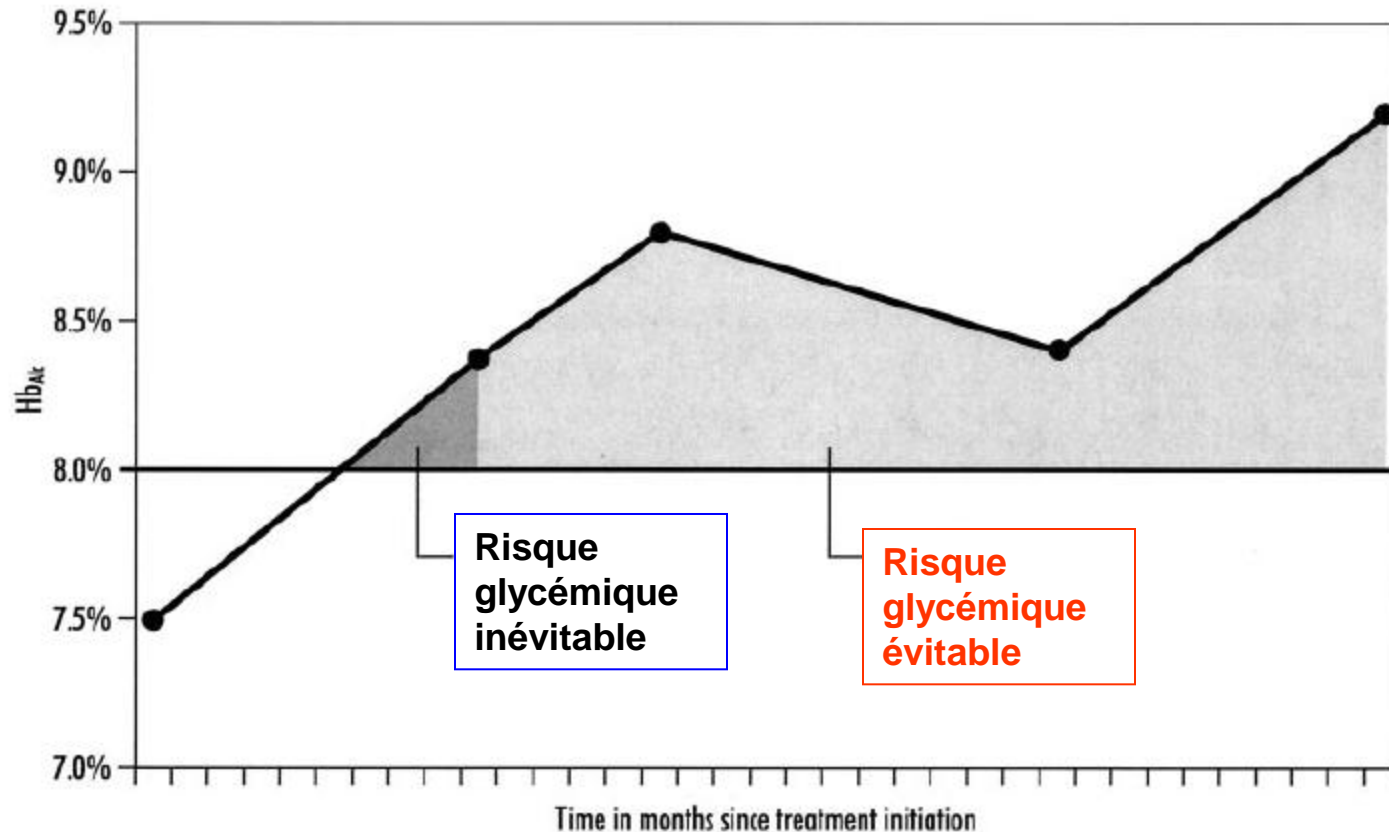
Figure 1 Pourcentage de patients avec une intensification de traitement selon le délai depuis le 2^{ème} dosage d'HbA1c au-delà des valeurs seuils des recommandations. Étude DIAttitude, France, 2008-2009 / *Figure 1 Proportion of patients with an intensified treatment according to the time since the second HbA1c result over the recommended threshold. DIAttitude Study, France, 2008-2009*



Bouée S et al., Diabète de type 2: pratiques d'intensification thérapeutique chez les médecins généralistes en France en 2008-2009. *BEH* 2010; 42-43: 436-440

Inertie clinique

Une perte de chance pour le patient



Brown JB, Nichols GA, Perry A. The burden of treatment failure in type 2 diabetes. *Diabetes Care*. 2004;27:1535-40.

Fréquence de l'inertie clinique dans l'hypertension artérielle

7.253 patients suivis par 168 médecins de 44 sites , ayant $6,4 \pm 0,03$ consultations dans l'année.

- Tension élevée observée dans 55 % des consultations
- Changement de traitement dans 10,9 % des consultations

Un patient ayant une TA élevée dans 4 consultations sur 5:
taux attendu de changement (TAC) $4/5 = 0,8$.

Si on change le traitement deux fois:

le **taux observé de changement (TOC)** est de $2/5$

Score d'inertie: TAC - TOC

Dans cet exemple: Le score d'inertie clinique est

$$\text{TAC-TOC} = 4/5 - 2/5 = 0,4$$

➤ Taux d'inertie clinique : $0,44 \pm 0,19$

Okonofua EC et al., Therapeutic inertia is an impediment to achieving the Healthy People 2010 blood pressure control goals. *Hypertension* 2006;47:345-351

Conséquences de l'inertie clinique dans l'hypertension artérielle

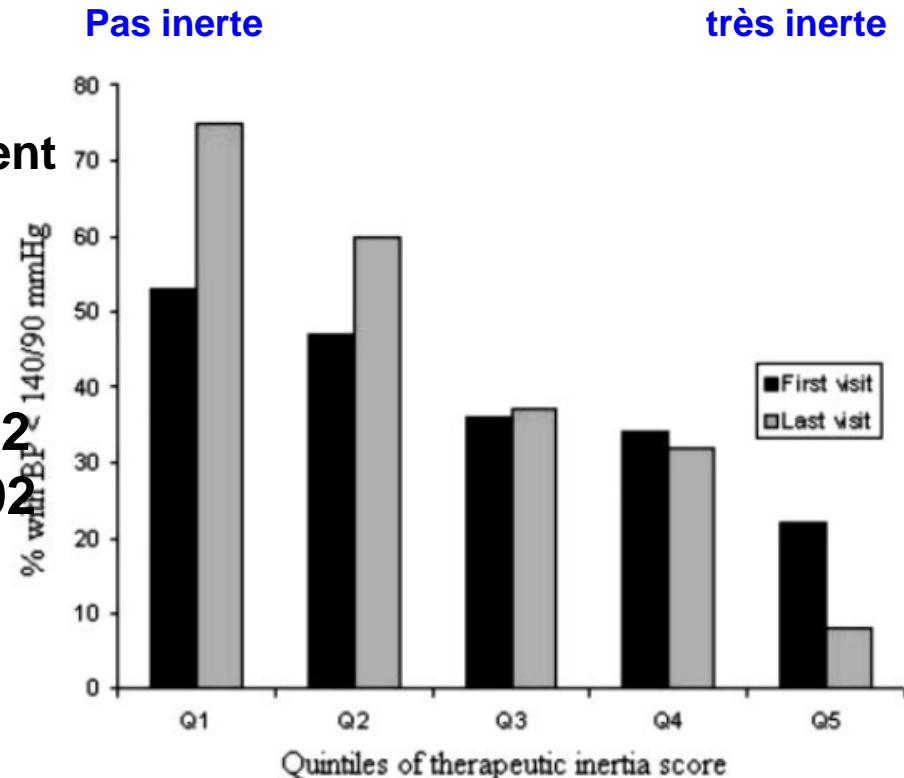
TI = Taux d'inertie clinique =
Taux Attendu - Taux Observé de Changement

TI = 0,44 ± 0,19

Quintile 1 (pas inerte): TI = 0,10 ± 0,002

Quintile 5 (très inerte): TI = 0,73 ± 0,002

Après ajustement pour la TA initiale
la chance relative d'avoir
une TA contrôlée
est **OR = 32,7 (IC 25,1- 42,6) p<0,0001**



Okonofua EC et al., Therapeutic inertia is an impediment to achieving the Healthy People 2010 blood pressure control goals. *Hypertension* 2006;47:345-351

Les explications

Inertie clinique

Causes invoquées

- **1) Manque de formation au concept de titration**
- **2) Surestimation de leur compliance aux recommandations (déni)**
- **3) Utilisation de « bonnes raisons »**

Les *bonnes* raisons

146 patients:

glycémie à jeun moyenne 175 mg/dl,

post-prandiale 240 mg/dl,

raisons de ne pas intensifier:

- “le contrôle est en train de s’améliorer” (41% des réponses)
- et “ils ne suivent pas leur régime” (12%).
- Mais il s’agissait de patients vus tous les trois mois, et obèses
- Donc les patients auraient eu le temps d’arriver dans la cible et les écarts de régime ne devaient pas être nouveaux.

El-Kebbi IM et al., Diabetes in urban African-Americans. XV. Identification of barriers to provider adherence to management protocols. *Diabetes Care* 1999; 22: 1617-20.

Les médecins connaissent les recommandations deux études

- **370 généralistes donnent comme cible moyenne de l'HbA1c 6,9 %**

Standards of medical care for patients with diabetes mellitus. American Diabetes Association. *Diabetes Care* 1999; 22: S32-S41

- **Ils sont capables d'identifier 88 % et 94 % des patients présentant un diabète respectivement bien ou insuffisamment contrôlé**

El-Kebbi IM et al., Diabetes in urban African-Americans. XV. Identification of barriers to provider adherence to management protocols. *Diabetes Care* 1999; 22: 1617-20.

Inertie clinique

Nouvelles explications

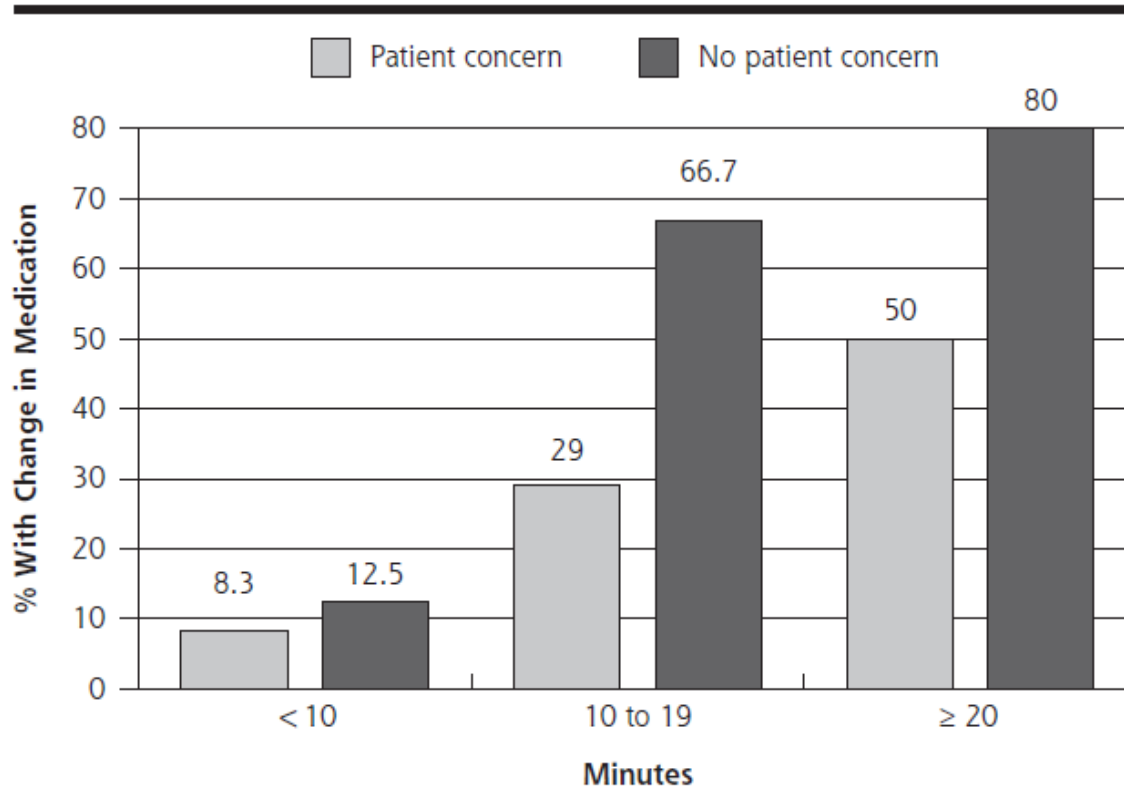
- **1) Incertitude sur la situation réelle du patient (la tension artérielle)**

Kerr EA, et al. The role of clinical uncertainty in treatment decisions for diabetic patients with uncontrolled blood pressure. *Ann Intern Med* 2008;148:717-27.

- **2) Les demandes “compétitives” (competing demands)**

Le rôle des problèmes surajoutés (competing demands)

Figure 1. Percentage of patients with a change in medication, by encounter length and presence of patient concerns.



Note: χ^2 across Patient concern: 7.26 ($P = .03$); χ^2 across No patient concern: 6.93 ($P = .03$).

Parchman ML et al., Competing demands or clinical inertia: the case of elevated glycated hemoglobin. *Ann Family Medicine* 2007;5: 196-201

Le manque de temps

- Les médecins généralistes disent qu'ils n'ont **ni le temps** ni la formation pour mettre en œuvre les recommandations relevant des Mesures Hygiéno-Diététiques

Cogneau J et al., Ecart entre le référentiel et la pratique dans le diabète de type 2 *Presse Médicale* 2007; 36 : 764-70.

L'avis des médecins généralistes sur les recommandations

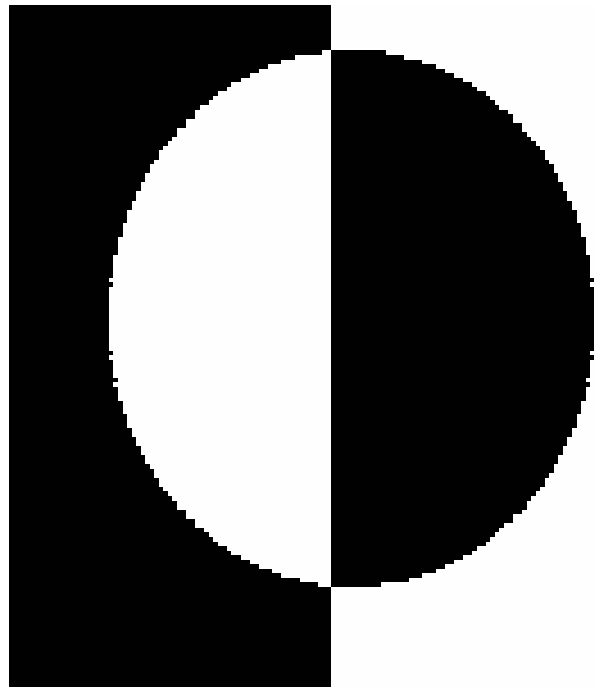
- Les recommandations sont connues mais ne sont pas utilisées
- Les généralistes les trouvent trop rigides, trop loin des réalités

Bachimont J et al., Pourquoi les médecins généralistes n'observent-ils pas les recommandations de bonnes pratiques cliniques ? L'exemple du diabète de type 2. *Sciences Sociales et Santé* 2006 ; 24 : 75-102.

Le temps du doute

Attention au manichéisme

- **Tout est-il blanc ou noir ?**



Dans la publication initiale déjà...

« 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. »

Cautions

Experienced clinicians will recognize that exceptions always occur (30) and that rigid insistence on the uniform application of guidelines for patient management could result in overtreatment or inappropriate actions.

Phillips LS et al., Clinical inertia, *Ann Intern Med* 2001 ; 135 : 825-834.

Les médecins ont-ils toujours tort de ne pas appliquer une recommandation?

Non pas toujours!

1. Article de Safford: dans 60 % des cas une explication valable peut être donnée

Safford MM et al. Reasons for not intensifying medications: differentiating “clinical inertia” from appropriate care. *J Gen Intern Med* 2007;22:1648-55.

2. Article de Persell: validation par des pairs de 93 % des cas!

Persell SD et al. Frequency of inappropriate medical exceptions to quality measures. *Ann Intern Med* 2010;152:225-231.

3. Article de Crowley sur les alertes des patients hypertendus

Crowley MJ et al. Treatment intensification in a hypertension telemanagement trial. Clinical inertia or good clinical judgment ? *Hypertension* 2011;58:552-8.

L'inertie clinique: la sauvegarde des patients ?

**Giugliano D, Esposito K.
Clinical inertia as a clinical safeguard.
JAMA 2011;305:1591-2.**

**Le temps du doute:
Faut-il sauver le soldat EBM?**

Inertie clinique

Que faut-il en penser !

✓ Du concept au constat, aux explications et...
au doute: une contradiction Gérard Reach

• **Le concept en questionnement**
Claude Attali

• Quelques pistes pour une discussion
Gérard Reach

Inertie clinique : **à la recherche des coupables ?**

- Les médecins qui ne font pas leur travail ?
- Les malades qui n'écoutent leurs médecins ?
- La maladie qui évolue lentement à bas bruit ?
- Les recommandations inapplicables ?
- La société qui valorise l'action individuelle ?
- Les assurances pour récupérer des sous ?
- Les industriels du médicament pour vendre ?

Inertie clinique

- Que comprendre des résultats des études qui montrent des décalages :
 - Les médecins sont incompetents ?
 - Les objectifs sont utopistes ?
 - Les référentiels inadaptés ?
 - La réalité plus complexe que l'image qu'en donne la science ?

Inertie clinique

- La différence de nature entre la démarche quotidienne des scientifiques et celle des praticiens peut elle / suffit elle à expliquer les décalages habituellement constatés entre théorie et pratique

Inertie clinique

- Jugement de valeur en référence aux recommandations: et si c'est la pertinence des recommandations qui méritait d'être questionnés ?
 - Faisabilité/pertinence des recommandations dans les populations non captives et non sélectionnées
 - Et si on évaluait les recommandations à l'aune de leur faisabilité ?

Inertie clinique et EBM

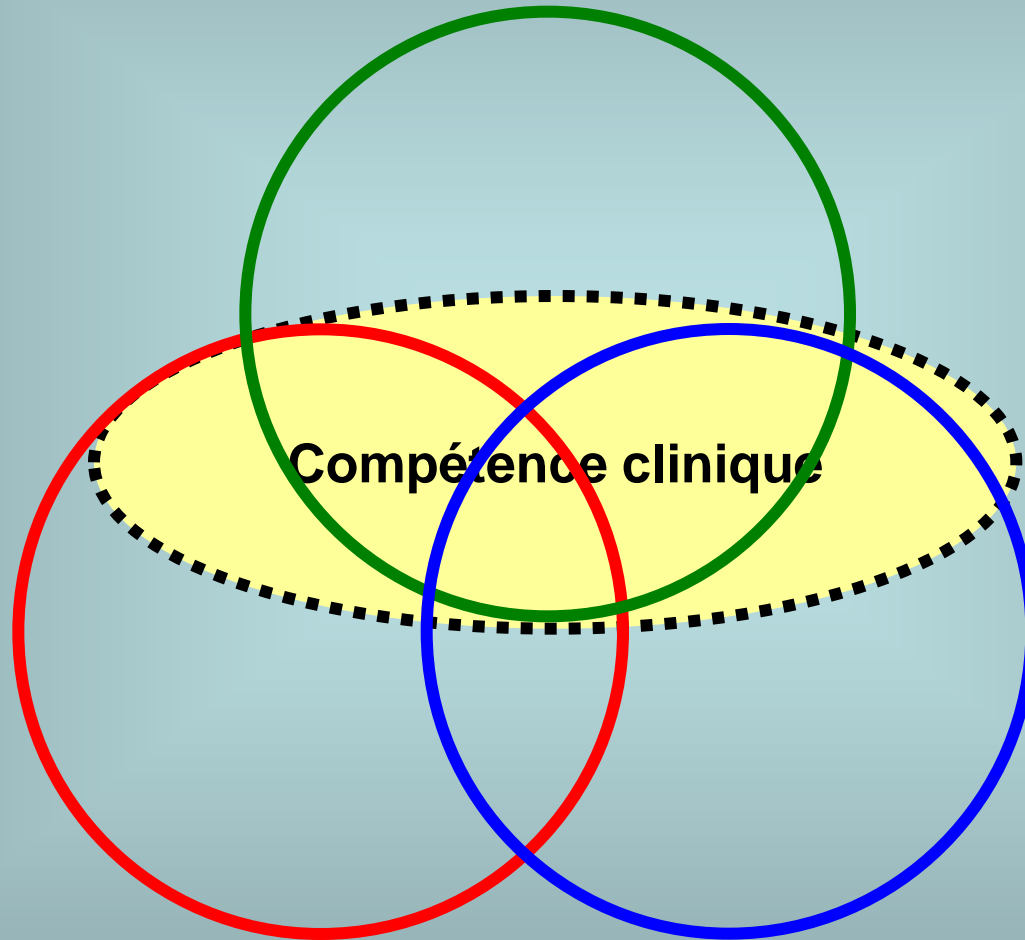
- « Utilisation consciencieuse, explicite et judicieuse des meilleures données actuelles de la recherche clinique dans la prise en charge **personnalisée** de chaque patient »

Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA & al. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. BMJ 1996;312:71-2.

- « Intégration des meilleures données de la recherche à la **compétence clinique du soignant et aux valeurs du patient** »

Sackett DL, Straus SE, Richardson WS & al. Evidence based medicine: how to practice and teach EBM. 2d ed. Edinburgh: Churchill Livingstone, 2000.

**État et circonstances
cliniques**



Compétence clinique

**Données
Actuelles
de la Science**

**Préférences et
comportement
du patient**

Inertie clinique

- Et si le référentiel n'était plus les recommandations mais l'EBM *selon ces définitions* ?
- Il faudrait alors envisager des recommandations EBM compatibles (tenant compte préférences du patient et de la compétence des médecins)
Faisabilité ?

Inertie clinique et éducation thérapeutique intégrée aux soins

- Aider le patient à prendre soin de lui ?
- Décision partagée ?
- Faire preuve de réalisme ?
- Interventions intégrées aux soins dans la durée?

Inertie / activisme clinique

- Activisme clinique a-t-il fait la preuve de son efficacité ?
 - UKPDS
 - ACCORD
 - The ACCORD Study Group. Effects of intensive glucose lowering in type 2 diabetes. N Engl J Med 2008;358:2545-59.

Inertie / activisme clinique

- Que sait on de l'activisme clinique alors que la maladie n'existe pas ou est contrôlée ?
 - HTA de la blouse
 - Diabète correctement contrôlé

Inertie clinique / Dilemme éthique

Est il acceptable de ce point de vue

- De ne pas respecter les préférences du patient (autonomie)
- De modifier la qualité de vie des patients (malfaisance) / données scientifiques souvent discutables
- Mais de risquer d'entraîner une perte de chance des patient (malfaisance)
- De marginaliser ceux qui sont en difficultés sociales

Inertie clinique

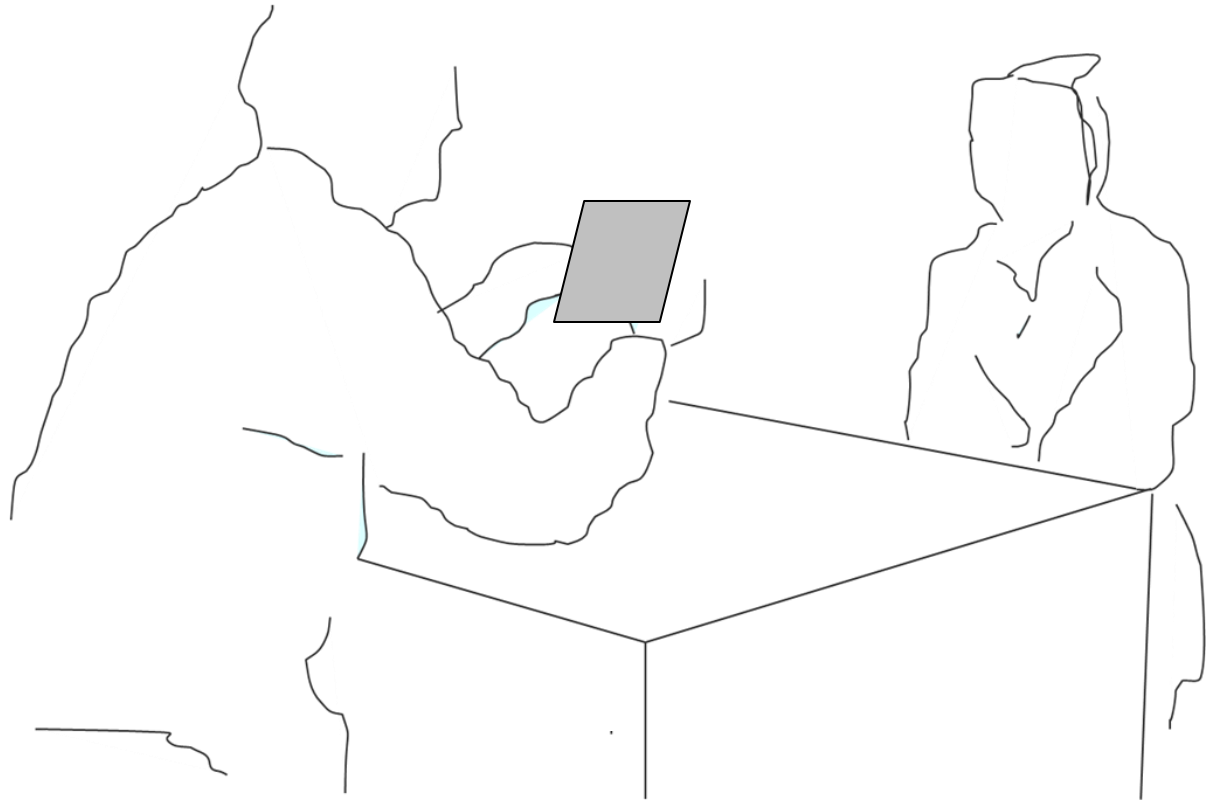
Le temps du doute !

✓ Du concept au constat, aux explications et...
au doute: une contradiction Gérard Reach

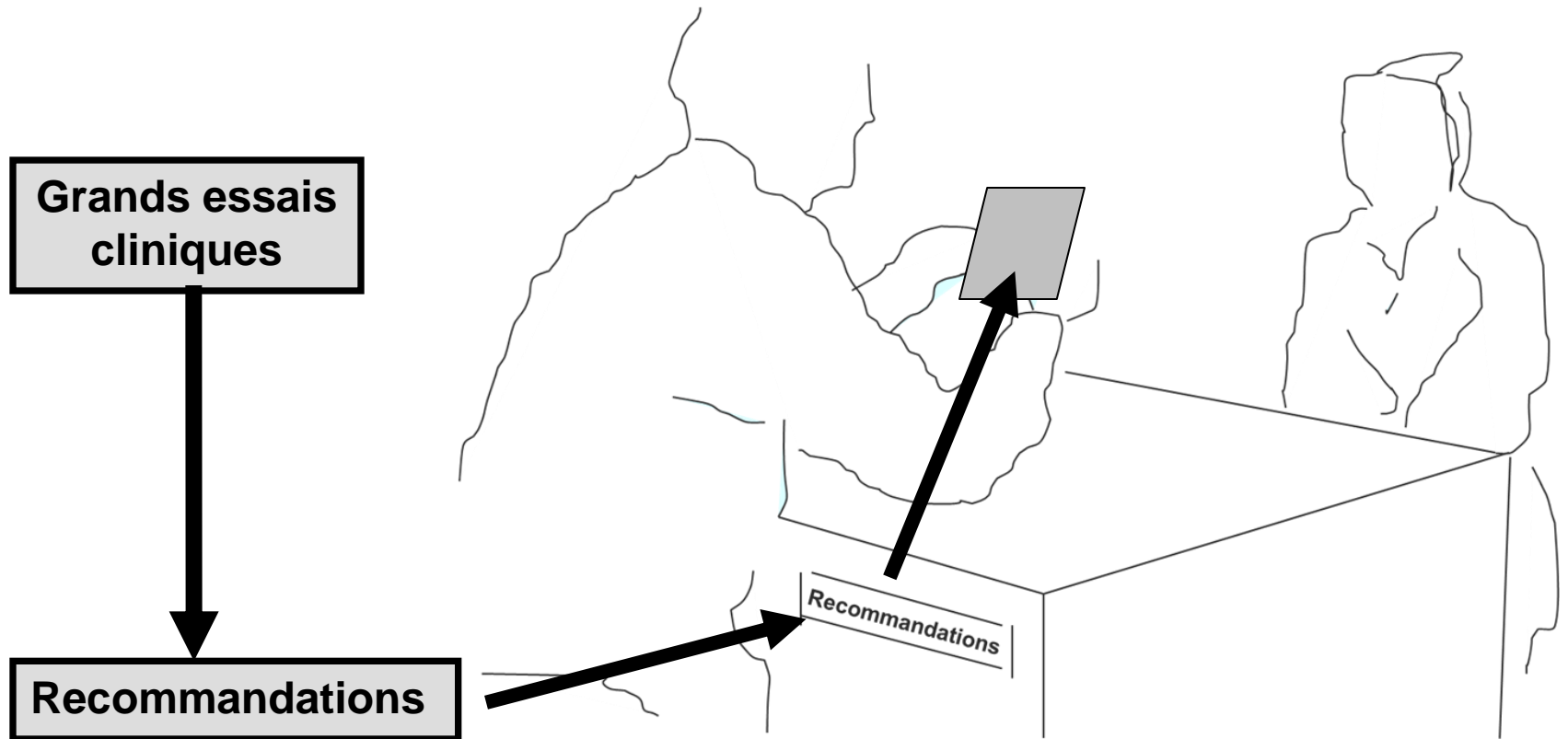
✓ Le concept en questionnement
Claude Attali

• **Quelques pistes pour une discussion**
Gérard Reach / Claude Attali

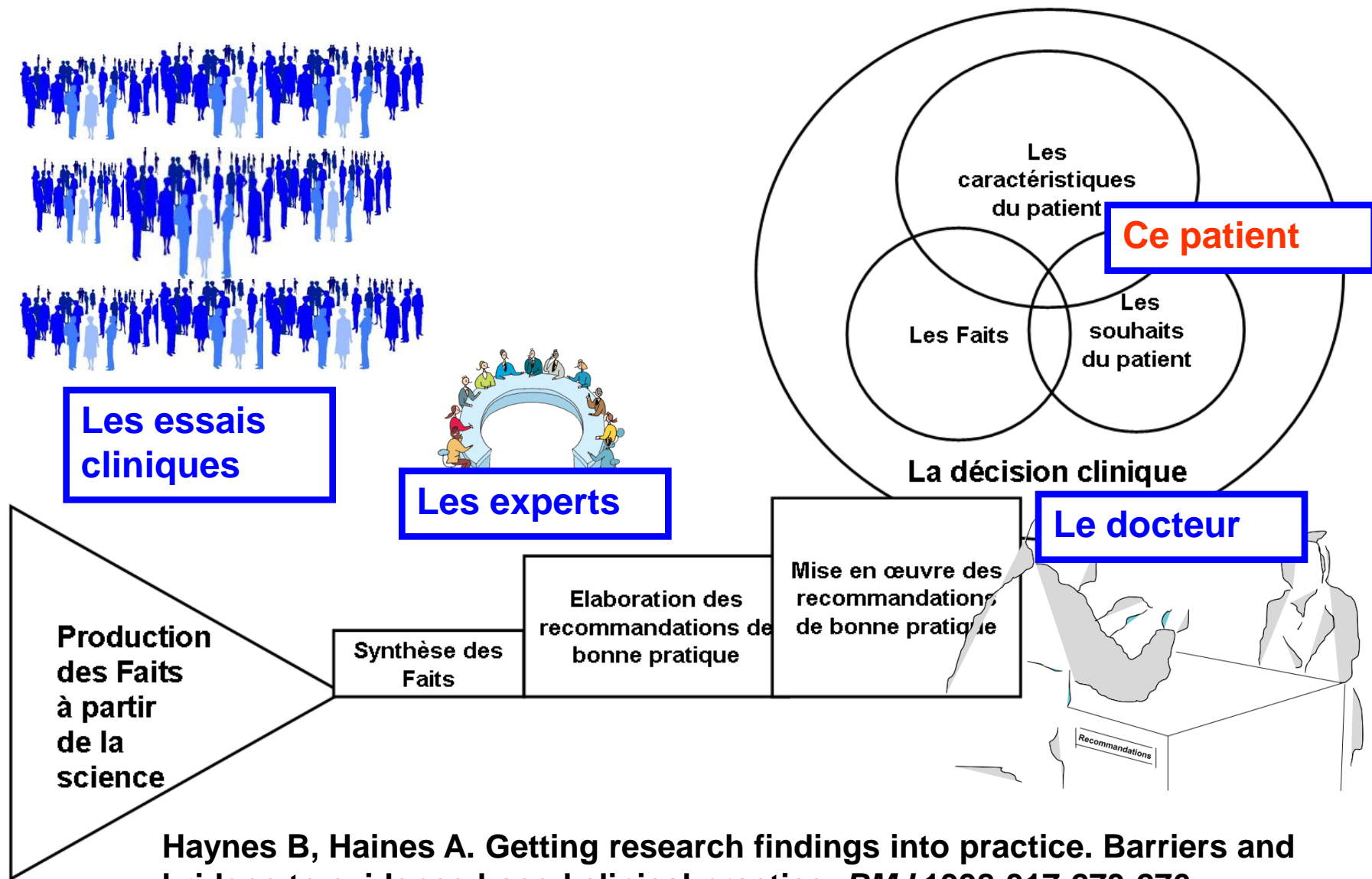
Autrefois



Evidence-based medicine



Une saine pratique de l'EBM



Haynes B, Haines A. Getting research findings into practice. Barriers and bridges to evidence based clinical practice. *BMJ* 1998;317:273-276.

Traduction de l'EBM en pratique: ce que les généralistes pensent des recommandations

- Les recommandations sont connues mais ne sont pas utilisées
- Les généralistes les trouvent trop rigides, *trop loin des réalités*

Bachimont J et al. Pourquoi les médecins généralistes n'observent-ils pas les recommandations de bonnes pratiques cliniques ? L'exemple du diabète de type 2. *Sciences Sociales et Santé* 2006 ; 24 : 75-102.

La différence entre les grandes études et « la vraie vie »

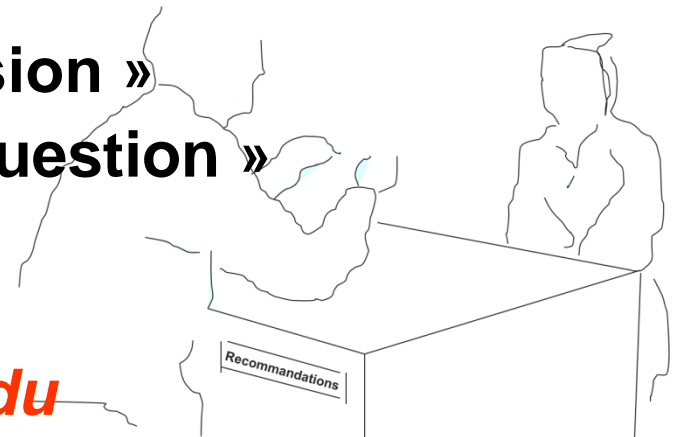
- Dans les « grandes études »



- On veut répondre à une question
- Il y a des critères d'inclusion et d'exclusion des patients
- On raisonne sur des cohortes de patients
- On compare deux groupes de « patients moyens »

- Dans la vraie vie

- Il n'y a pas de « critère d'inclusion »
- Le patient ne pose pas « une question »
- Les questions sont multiples :
une situation, un contexte
- On soigne un patient, *un individu*



Le “Tableau 1” des grandes études



Table 1. Baseline Characteristics of the Patients.*

Variable	Rosiglitazone (N=1456)	Metformin (N=1454)	Glyburide (N=1441)
Demographic characteristics			
Age — yr	56.3±10.0	57.9±9.9	56.4±10.2
Male sex — no. (%)	811 (55.7)	864 (59.4)	836 (58.0)
Race or ethnic background — no. (%) †			
White	1270 (87.2)	1295 (89.1)	1282 (89.0)
Black	61 (4.2)	54 (3.7)	61 (4.2)
Asian	39 (2.7)	35 (2.4)	32 (2.2)
Hispanic	76 (5.2)	55 (3.8)	61 (4.2)
Other	10 (0.7)	15 (1.0)	5 (0.3)
Region — no. (%)			
North America	758 (52.1)	758 (52.1)	758 (52.6)
Europe	698 (47.9)	696 (47.9)	683 (47.4)
Time since diagnosis of diabetes — no. (%)			
<1 yr	651 (44.6)	673 (46.3)	637 (44.2)
1–2 yr	758 (52.1)	724 (49.8)	751 (52.1)
>2 yr	47 (3.2)	57 (3.9)	53 (3.7)
Anthropometric characteristics			
Weight — kg	91.5±19.7	91.6±18.7	92.0±20.0
Body-mass index ‡	32.2±6.7	32.1±6.1	32.2±6.3
Waist circumference — cm	105.3±14.6	105.6±14.3	105.6±15.1
Hip circumference — cm	111.4±14.1	111.2±13.4	111.8±14.2
Waist-to-hip ratio	0.95±0.09	0.95±0.10	0.94±0.09
Blood pressure			
Systolic — mm Hg	133±16	133±15	133±15
Diastolic — mm Hg	80±9	80±9	79±9
Antihypertensive therapy — no. (%)	744 (51.1)	737 (50.7)	753 (52.3)

Montrer que les groupes de patients sont identiques
Notion de “patient moyen”

Un exemple de randomisation

Le *Tableau 1* des grandes études

Table 1. Baseline Characteristics of the Patients.*

Variable	Rosiglitazone (N=1456)	Metformin (N=1454)	Glyburide (N=1441)
Demographic characteristics			
Age — yr	56.3±10.0	57.9±9.9	56.4±10.2
Male sex — no. (%)	811 (55.7)	864 (59.4)	836 (58.0)
Race or ethnic background — no. (%)†			
White	1270 (87.2)	1295 (89.1)	1282 (89.0)
Black	61 (4.2)	54 (3.7)	61 (4.2)
Asian	39 (2.7)	35 (2.4)	32 (2.2)
Hispanic	76 (5.2)	55 (3.8)	61 (4.2)
Other	10 (0.7)	15 (1.0)	5 (0.3)
Region — no. (%)			
North America	758 (52.1)	758 (52.1)	758 (52.6)
Europe	698 (47.9)	696 (47.9)	683 (47.4)
Time since diagnosis of diabetes — no. (%)			
<1 yr	651 (44.6)	673 (46.3)	637 (44.2)
1–2 yr	758 (52.1)	724 (49.8)	751 (52.1)
>2 yr	47 (3.2)	57 (3.9)	53 (3.7)
Anthropometric characteristics			
Weight — kg	91.5±19.7	91.6±18.7	92.0±20.0
Body-mass index‡	32.2±6.7	32.1±6.1	32.2±6.3
Waist circumference — cm	105.3±14.6	105.6±14.3	105.6±15.1
Hip circumference — cm	111.4±14.1	111.2±13.4	111.8±14.2
Waist-to-hip ratio	0.95±0.09	0.95±0.10	0.94±0.09
Blood pressure			
Systolic — mm Hg	133±16	133±15	133±15
Diastolic — mm Hg	80±9	80±9	79±9
Antihypertensive therapy — no. (%)	744 (51.1)	737 (50.7)	753 (52.3)

Mais qu'en est-il de données plus subtiles ou plus floues, telles que

- le type des symptômes
- l'évolutivité de la maladie
- l'existence et la sévérité de co-morbidités
- la tolérance au traitement s'il a déjà été essayé
- le profil psychologique du patient
- les difficultés d'observance
- les souhaits du patient

toutes ces questions qu'on se pose avant de prescrire

Feinstein AR, Horwitz RL. Problems in the “evidence” of “Evidence-based Medicine” *Am J Med* 1997;103:529-535.

La différence entre les grandes études et « la vraie vie »

- Dans les « grandes études »
 - On veut répondre à une question
 - On utilise une méthode **sans biais** (autant que possible)
l'essai clinique randomisé
 - **La rationalité technique** de l'EBM
- Dans la vraie vie



Le raisonnement du médecin ne repose pas sur une rationalité technique, en tous cas pas uniquement, car il est face à l'incertitude.

L'importance de l'incertitude

Sir William Osler

1849-1919



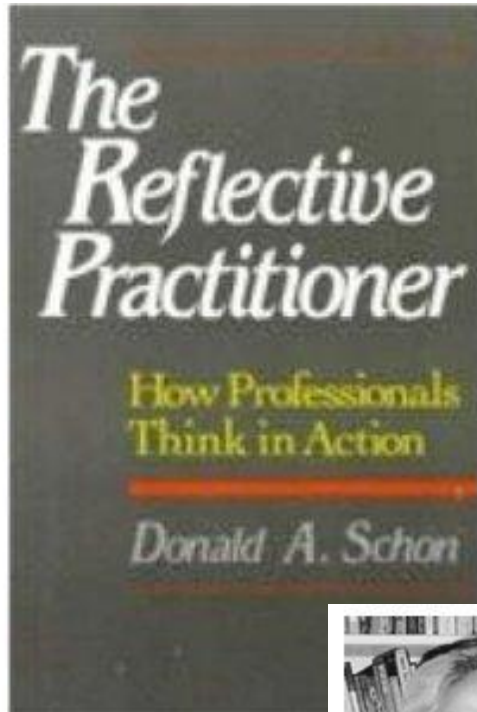
***La médecine est une science fondée sur l'incertitude
et un art de la probabilité***

Les deux approches de l'incertitude

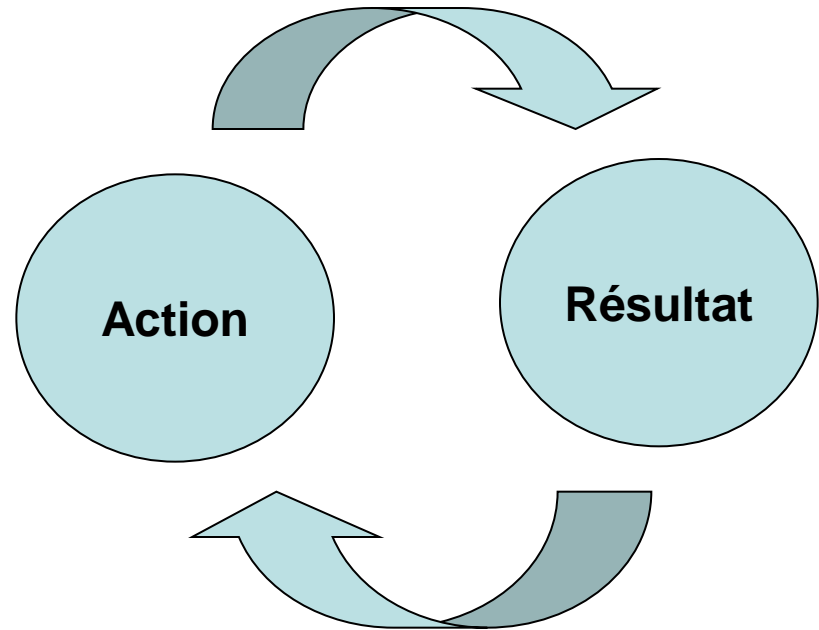
- **Dans les « grandes études »**
 - On veut répondre à une question, par une rationalité technique
- **Dans le raisonnement médical, dans « la vraie vie »**
 - La difficulté n'est pas de répondre à une question, mais de la formuler dans un contexte d'incertitude:
« dans le monde réel de la pratique, les problèmes ne se présentent pas au praticien comme donnés ; ils doivent être construits à partir des matériaux de situations problématiques, qui sont intrigantes, troublantes et incertaines. »

Schön DA. *The Reflective Practitioner. How Professionals Think in Action.* Basic Books, 1983.

Le praticien réflexif



**La réflexivité :
le praticien en action**



**Comment se forme
l'expérience/expertise**

Guidelines ou Mindlines ?

Comment nous raisonnons en pratique

Les Recommandations

Mais aussi:

Notre connaissance du patient

Notre raisonnement physiopathologique

Ce dont nous avons discuté avec nos confrères

Ce que nous ont dit des « leaders d'opinion »

Ce que nous a dit l'industrie pharmaceutique

Mais aussi

Nos émotions

Notre appréciation globale, « holistique »,
d'une situation

**Nos « *mindlines* » : notre expérience qui nous permet
de savoir prendre en compte *un contexte***

Gabbay J, le May A. Evidence based guidelines or collectively constructed « mindlines » ? Ethnographic study of knowledge management in primary care. BMJ 2004;329:1013-1017.

L'importance du contexte

Souplesse

« 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. »**

Cautions

Experienced clinicians will recognize that exceptions always occur (30) and that rigid insistence on the uniform application of guidelines for patient management could result in overtreatment or inappropriate actions.

Phillips LS et al., Clinical inertia, *Ann Intern Med* 2001 ; 135 : 825-834.

La contradiction

- ... une application uniforme des recommandations...
- Les recommandations peuvent-elles être *uniformes* !

Vers des recommandations individualisées

Le consensus européen-américain 2012

individualization of treatment is the cornerstone of success. Our recommendations are less prescriptive than and not as algorithmic as prior guidelines. This follows from the general lack of comparative-effectiveness research in this area. Our

Inzuchi SE et al.,
Management of Hyperglycemia in Type 2 Diabetes: A Patient-Centered Approach
Position Statement of the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD)
Diabetes Care 19 April 2012

Approach to management of hyperglycemia:

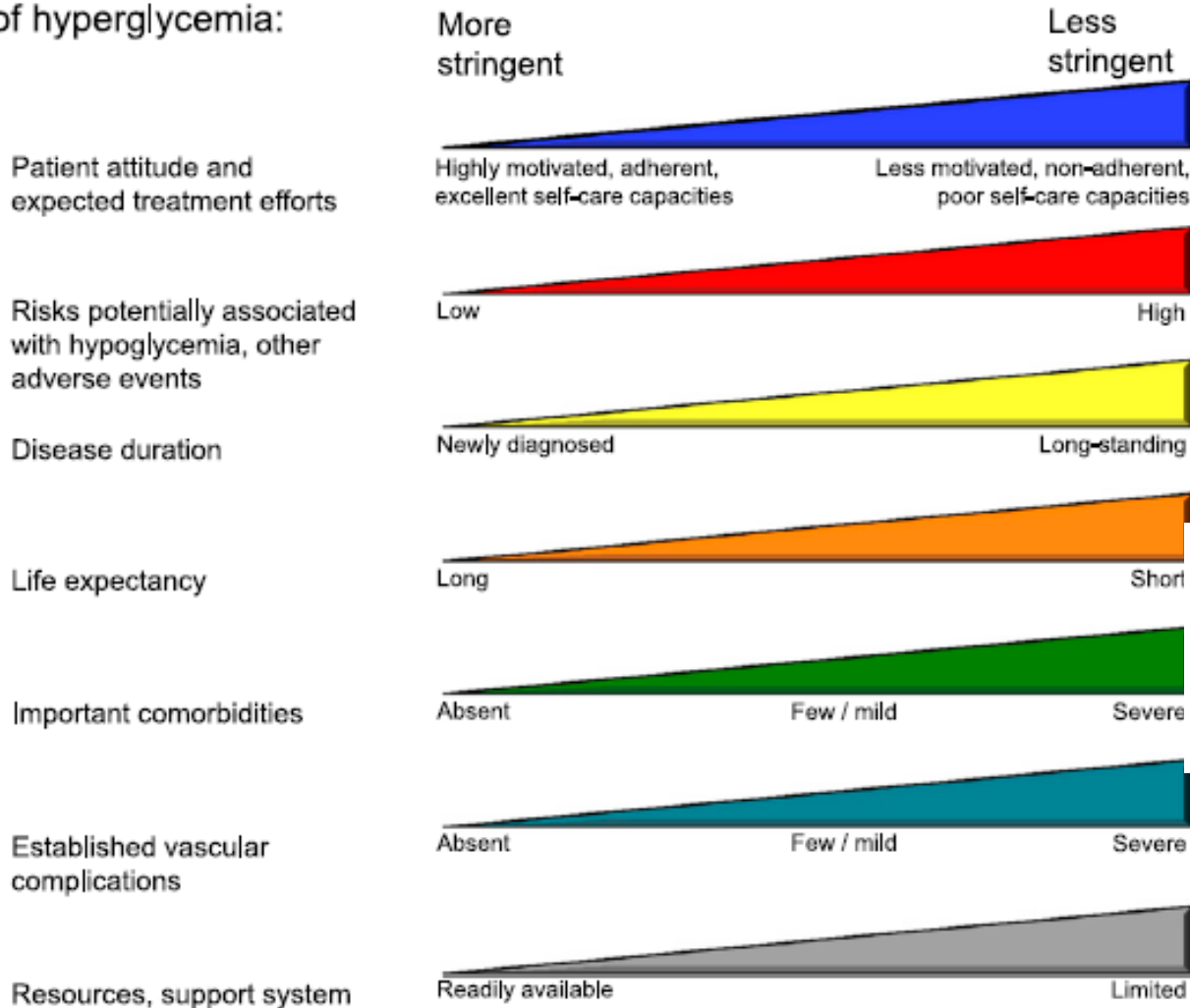


Figure 1—Depiction of the elements of decision making used to determine appropriate efforts to achieve glycemic targets. Greater concerns about a particular domain are represented by increasing height of the ramp. Thus, characteristics/predicaments toward the left justify more stringent efforts to lower HbA_{1c}, whereas those toward the right are compatible with less stringent efforts. Where possible, such decisions should be made in conjunction with the patient, reflecting his or her preferences, needs, and values. This “scale” is not designed to be applied rigidly but to be used as a broad construct to help guide clinical decisions. Adapted with permission from Ismail-Beigi et al. (20).

Inertie clinique

Le temps du doute !

✓ Du concept au constat, aux explications et...
au doute: une contradiction **Gérard Reach**

✓ Le concept en questionnement
Claude Attali

• **Quelques pistes pour une discussion**
Gérard Reach / Claude Attali

- **Faut-il des recommandations ?**

- **Comment devons-nous les intégrer
dans notre pratique ?**