

G. Reach^{1, 2}

¹ Service d'endocrinologie, diabétologie, maladies métaboliques, Hôpital Avicenne, AP-HP, Bobigny.

² EA 3412, CRNH-IdF, Université Paris 13, Bobigny.

Inertie clinique : comment est-elle possible ?

Clinical inertia: How is it possible?

Résumé

Cet article analyse le concept nouveau d'inertie clinique, défini comme l'absence de mise en œuvre ou d'intensification d'un traitement, en contradiction avec les recommandations en vigueur. Il en montre la fréquence et les conséquences, il clarifie ses rapports avec la non-observance des patients et propose des solutions pour tenter de l'éviter. Enfin, il suggère que son existence impose une réflexion sur le soin, sur la signification de la médecine fondée sur les preuves, mais également sur la place de la confiance dans la relation médecin-patient.

Mots-clés : Inertie clinique – observance – confiance – relation médecin-patient.

Summary

This article analyzes the new concept of clinical inertia, defined as the absence of implementation or intensification of a treatment, in contradiction with the current guidelines. It shows the frequency and the consequences of this phenomenon, it clarifies its connections with patient non-adherence, and proposes solutions to try to avoid it. Finally, it suggests that the existence of clinical inertia imposes a reflection on care, on the meanings of evidence-based medicine, and finally on the place of trust in the physician-patient relationship.

Key-words: Clinical inertia – adherence – trust – physician-patient relationship.

Frontispice

Le verbe soigner existe sous deux formes : une forme réfléchie – le malade se soigne – et une forme transitive – le médecin soigne le malade. Or, il arrive que le malade ne se soigne pas, faisant preuve de « non-observance » thérapeutique, dont on connaît la fréquence et les conséquences [1]. Plus récemment, on a identifié une autre barrière à l'efficacité des soins : il arrive que le médecin **ne soigne pas le malade**. Ce phénomène, en apparence surprenant, a été décrit sous le nom d'inertie clinique.

Correspondance :

Gérard Reach

Service d'endocrinologie, diabétologie, maladies métaboliques
Hôpital Avicenne
125, route de Stalingrad
93009 Bobigny cedex
gerard.reach@avc.aphp.fr

© 2011 - Elsevier Masson SAS - Tous droits réservés.

Introduction

Partant de l'observation que, respectivement, seulement 53 %, 17 à 23 %, et 73 % des patients hypertendus, hypercholestérolémiques ou diabétiques diagnostiqués sont traités, Phillips *et al.*,

dans un article publié dans les *Annals of Internal Medicine*, en 2001, ont décrit ainsi l'absence inappropriée de mise en œuvre ou d'intensification d'un traitement : « *Les buts du traitement sont bien définis, des traitements efficaces sont largement disponibles, les recom-*

mandations 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.** » [2]. Depuis cette publication *princeps*, de nombreux articles (actuellement, plusieurs par mois) sont consacrés à ce phénomène dans des domaines aussi divers que :

- le diabète ;
- l'hypertension artérielle (HTA) ;
- l'hypercholestérolémie ;
- l'asthme ;
- l'ostéoporose ;
- la gériatrie...

Un numéro spécial de *La Revue de Médecine de Liège* a également été consacré à ce phénomène en 2010 [3].

Le but de notre article est, d'une part, de montrer que les deux phénomènes de la non-observance thérapeutique des patients et de l'inertie clinique des médecins sont liés, et, d'autre part, de proposer que leur existence impose une réflexion sur le soin, en particulier sur la place de l'*evidence-based medicine* (EBM) et sur celle de la confiance dans la relation médecin-patient.

Inertie clinique : les faits

Par exemple, une étude nord-américaine, portant sur des patients diabétiques de type 2 dont le taux d'HbA_{1c} était supérieur à 8 %, a montré qu'une intensification appropriée du traitement n'était réalisée que chez 37,4 % des 1 911 patients suivis par un médecin généraliste, et chez 45,1 % des 591 patients suivis par un spécialiste. Cependant, la différence n'était significative que pour l'initiation d'une insulinothérapie [4]. Une autre étude nord-américaine, suggère que les médecins avaient attendu en moyenne 30 mois avant de rajouter un deuxième antidiabétique oral à des patients dont le taux d'HbA_{1c} était supérieur à 8 % [5]. En France, l'étude DIAttitude, réalisée en 2008-2009, suggère que, 6 et 12 mois après un deuxième dosage d'HbA_{1c} supérieur aux valeurs seuil des recommandations, une intensification thérapeutique n'avait eu lieu respectivement

que dans 39 et 59 % des consultations, les chiffres étant de 30 et 50 % si l'on considérait la première constatation d'une valeur trop élevée [6].

Clairement, l'inertie clinique représente une perte de chance pour le patient. En effet, par exemple, dans le cas du diabète [7], le délai à l'intensification du traitement représente un risque évitable de laisser le patient dans un état d'hyperglycémie chronique, avec son effet délétère possible sur l'apparition de complications (*figure 1*). Dans le domaine de l'HTA, une étude a porté sur 7 253 patients, suivis par 168 médecins, avec $6,4 \pm 0,03$ consultations dans l'année. Les auteurs ont calculé un score d'inertie clinique, défini comme la différence entre la fréquence attendue et la fréquence observée de changement de traitement ; ces fréquences étaient calculées comme les rapports divisant par le nombre de consultations le nombre de consultations où il aurait fallu modifier le traitement et où ce traitement avait réellement eu lieu. Le score d'inertie clinique a été de $0,44 \pm 0,19$. Après ajustement pour la pression artérielle initiale, la chance relative d'avoir une pression artérielle contrôlée était plus de 32 fois supérieure (risque relatif, RR : 32,7 [intervalle de confiance à 95 % 25,1-42,6] ; $p < 0,0001$) chez les patients traités par les médecins les moins inertes (score d'inertie : 0,10

$\pm 0,002$) par rapport à ceux traités par les médecins les plus inertes (score d'inertie : $0,73 \pm 0,002$) [8].

Il faut être cependant clair, le fait de ne pas intensifier un traitement n'est pas obligatoirement un signe d'inertie clinique : au contraire, comme le soulignait déjà Phillips *et al.* dans leur article initial, « *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.* » [2]. Ainsi, dans l'étude DIAttitude, le fait que les absences d'intensification de traitement du diabète aient surtout été observées chez les patients les plus âgés [6] traduit peut-être une décision réfléchie des cliniciens, qui serait cohérente avec les stratégies thérapeutiques actuelles.

Nous proposons donc la définition suivante de l'inertie clinique, pouvant être formalisée ainsi :

- on parle d'inertie clinique **si, et seulement si** :

1. il existe une recommandation (R) (en l'absence de recommandation, un médecin ne saurait être taxé d'inertie) ;
2. le docteur (D) connaît la recommandation (R) (sinon, il ne s'agirait pas d'inertie, mais de simple ignorance) ;
3. le docteur (D) pense que cette recommandation (R) s'applique au patient (P)

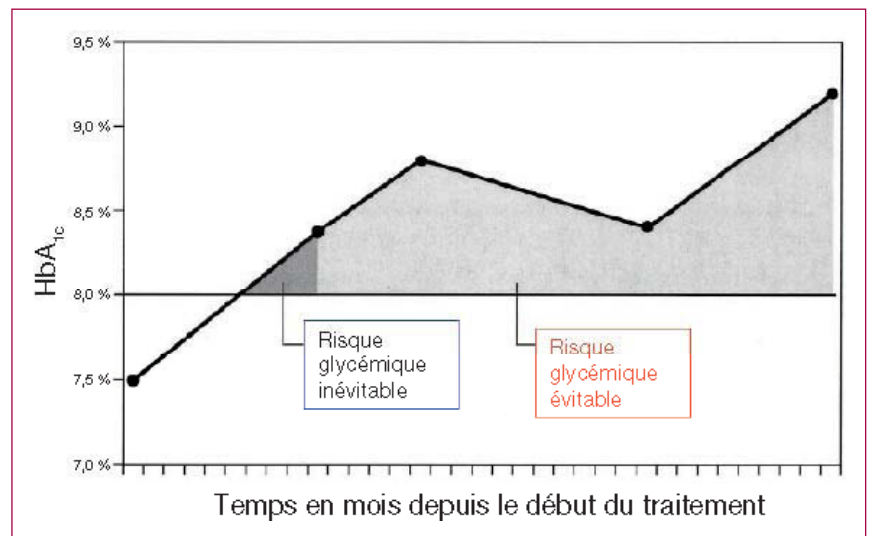


Figure 1 : Inertie clinique : une perte de chance pour le patient [d'après 7].

(sinon, il s'agirait au contraire d'une décision réfléchie, comme nous l'avons évoqué plus haut) ;

4. le docteur (D) a les ressources d'appliquer la recommandation (R) (à l'impossible nul n'est tenu) ;

5. Les conditions 1-4 sont réunies, or le docteur (D) ne suit pas la recommandation (R) dans le cas du patient (P).

Le mérite de la publication de Phillips *et al.* [2], qui semble avoir ouvert une véritable boîte de Pandore, a été de proposer que de telles situations, en apparence irrationnelles, existent : comment l'inertie clinique est-elle possible ?

Inertie clinique : les causes

En général, en effet, l'inertie clinique n'est pas liée à une méconnaissance des recommandations. Par exemple, une étude portant sur 370 médecins généralistes a montré qu'ils indiquaient 6,9 % comme cible moyenne de l'HbA_{1c} [9]. Dans une autre étude, les médecins travaillant en centres spécialisés dans le diabète étaient capables d'identifier 88 et 94 % des patients présentant un diabète respectivement bien ou insuffisamment contrôlé [10]. Cependant, l'incertitude peut être une cause d'absence de passage à l'acte [11], notamment dans le cas du traitement de l'HTA, en raison de l'existence de l'effet « blouse blanche » et de l'HTA masquée.

En fait, les médecins disent que les recommandations sont connues, mais ne sont pas utilisées car ils les trouvent trop rigides et trop loin des réalités [12], et qu'ils n'ont ni le temps ni la formation pour mettre en œuvre les recommandations relevant des mesures hygiéno-diététiques [13]. Concernant le problème du temps, la *figure 2* montre l'effet du temps consacré à une consultation sur l'inertie clinique, surtout lorsqu'entre en compétition avec l'intensification d'un traitement, la survenue d'un autre problème médical à résoudre [14], ou d'une co-morbidité [15]. En somme, l'inertie clinique peut être vue comme une illustration de la différence qui existe entre « la vraie vie » et les essais cliniques, et il en est d'ailleurs de même en ce qui concerne la non-observance du patient. En effet, des stratégies ont été déve-

loppées afin de limiter, dans les essais cliniques randomisés, l'inertie clinique des soignants et la non-observance des patients [16].

Dans l'article initial, Phillips *et al.* proposaient les causes suivantes d'inertie clinique [2] :

– manque de formation des médecins au concept de titration ;

– surestimation de leur compliance aux recommandations (dénier) ;

– utilisation de « bonnes raisons » pour ne pas intensifier le traitement.

Ainsi, dans une étude portant sur 146 patients dont la glycémie à jeun moyenne était de 1,75 g/l et la glycémie post-prandiale de 2,40 g/l, les deux raisons de ne pas intensifier, qui étaient données le plus souvent, étaient :

– « *le contrôle est en train de s'améliorer* » (41 % des réponses) ;

– « *ils ne suivent pas leur régime* » (12 % des réponses).

En fait, il s'agissait de patients vus tous les trois mois, et obèses, ce qui suggère que les patients auraient eu le temps d'arriver dans la cible et que les écarts de régime ne devaient pas être nouveaux [10]. Le même genre de « bonnes raisons » a été décrit dans le cas du traitement de patients hypertendus [17].

Inertie clinique et non-observance : des phénomènes synergiques

La définition formelle de l'inertie clinique que nous avons proposée ci-dessus donne l'impression qu'il s'agit d'un phénomène irrationnel : le médecin semble ne pas faire quelque chose qu'il pense qu'il devrait faire. On peut, en fait, donner une définition superposable de la non-observance des patients, dans laquelle le patient est non observant **si, et seulement si** :

1. il existe une prescription (p) ;
2. le patient (P) connaît la prescription (p) ;
3. il pense que la prescription (p) s'applique à son propre cas ;
4. il a les ressources d'appliquer la prescription (p) ;
5. le patient (P) ne suit pas la prescription (p).

En effet, qui n'a pas entendu des patients dire, lorsque, par exemple, ils n'arrivent pas à tenir un carnet de traitement, ou suivre un régime, etc. : « *Je sais, je devrais, mais que voulez-vous, c'est plus fort que moi* » ? En fait, ces deux définitions ont été construites sur le mode de la description du phénomène de « faiblesse

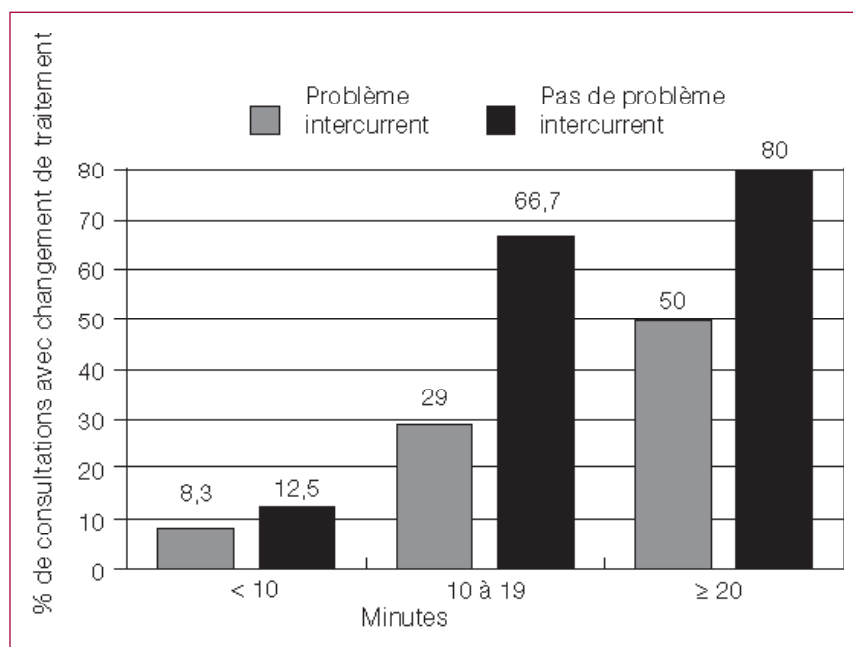


Figure 2 : Effet de la durée de la consultation et de la présence d'un problème intercurrent sur l'inertie clinique [d'après 14].

de la volonté » par le philosophe Donald Davidson, qui se demandait comment elle est possible [18]. On parle de faiblesse de la volonté **si, et seulement si** :

1. il existe une action x et une action y ;
2. je pense, que tout bien considéré, je devrais accomplir l'action x ;
3. or, j'accomplis l'action y.

Le fait que l'on puisse décrire les deux phénomènes d'une même façon suggère que le médecin, lorsqu'il se comporte de manière inerte, ou le patient, lorsqu'il est non observant, obéissent à des mécanismes mentaux semblables. En fait, les raisons du patient et du médecin vont pouvoir littéralement entrer en résonance, comme le suggère une étude portant sur 2 065 patients ayant un diabète de type 2 et traités par un agent hypoglycémiant. La mesure de leur observance, réalisée en divisant le nombre de boîtes achetées par le nombre de boîtes prescrites pendant les trois premiers mois, a montré que le taux d'observance initial était de $79,8 \pm 19,3$ %. Le pourcentage d'intensification du traitement par leur médecin dans l'année qui a suivi un taux élevé d'HbA_{1c} a été de 27 % chez les patients appartenant au quartile d'observance le plus faible, alors qu'il était de 37 % chez les patients du quartile le plus observant ($p < 0,001$) [19].

L'introduction d'une insulinothérapie représente un autre cas dans lequel les raisons du médecin et du patient se conjuguent pour retarder la mise en œuvre d'un traitement qui est à l'évidence nécessaire : il s'agit du phénomène connu sous le nom « d'insulinorésistance psychologique » [20]. La figure 3 montre que les raisons de l'un et de l'autre sont parfois les mêmes (par exemple : peur de l'hypoglycémie et de la prise de poids) [21]. C'est ainsi que « les patients et les médecins concluent souvent des contrats non exprimés pour continuer les antidiabétiques oraux aussi longtemps que possible. » [22]. Comme le montre la figure 3, l'une des raisons des patients est qu'ils pensent « qu'il s'agit du bout du rouleau », et l'on comprend que l'insulinorésistance psychologique relève souvent d'un phénomène de déni du côté du malade. Dans le cas de l'insulinorésistance psychologique, l'inertie du médecin entretient sans le savoir le déni du patient.

Les deux phénomènes, de non-observance du patient et d'inertie clinique du médecin, pourraient avoir un autre point commun : dans les deux cas, il s'agit de donner la priorité au présent, en omettant de considérer l'importance de préserver l'avenir. Nous avons proposé de qualifier de « myopie clinique » ces deux phénomènes [23].

Comment lutter contre l'inertie clinique ?

Incitations

L'existence même du phénomène suggère que l'existence des recommandations ne suffit pas pour éviter l'inertie clinique, bien que ce soit en fait leur but. Faut-il prévoir des incitations, telles que le *Pay for performance* (les praticiens reçoivent une prime en fonction de bons résultats) ou le *Public reporting* (ce que vous faites est mis sur la place publique) [24] ? La participation à des groupes de discussion de dossier, qu'il s'agisse des staffs hospitaliers ou de « groupes de pairs », comme ceux développés dans le cadre de la Société française de médecine générale (SFMG) [25], nous paraît représenter un moyen bien plus efficace pour lutter contre l'inertie clinique, puisque c'est de manière volontaire que le médecin accepte de décrire sa pratique à ses collègues ou à ses pairs : l'inertie clinique est peut-être aussi parfois la conséquence d'un exercice solitaire de la médecine.

Néanmoins, comme nous l'avons vu plus haut, le phénomène d'inertie clinique

semble traduire une critique par les praticiens des recommandations, qui, parce qu'elles sont issues des conclusions d'essais cliniques, essentiellement statistiques, ne leur paraissent pas toujours être adaptées à ce patient singulier pour lequel ils ont à prendre une décision. Nous avons d'ailleurs vu que Phillips, lui-même, donnait une définition nuancée de l'inertie des comportements médicaux. En d'autres termes, l'existence de l'inertie clinique en tant que phénomène a l'intérêt d'imposer une réflexion critique du concept même d'*evidence-based medicine*.

Se méfier des *a priori* et d'un mauvais usage de l'empathie

Comme le montre la figure 3, la première raison donnée, du point de vue du médecin pour ne pas prescrire l'insuline, est qu'il pense que le patient n'en veut pas. Il s'agit en fait souvent d'un *a priori*, qui pourrait être la conséquence d'un mauvais usage de l'empathie. Une chose est de tenir compte de ce que pense le patient en essayant d'imaginer ses croyances, ses désirs, ses craintes, etc. Cependant, le praticien doit clairement faire la distinction entre une démarche empathique et ce qui serait une « identification émotionnelle » [26, 27].

Lutter contre le déni : connaître l'existence du phénomène

Il est tout à fait remarquable que Phillips, dès sa première publication [2], a insisté sur le fait que les médecins pensent

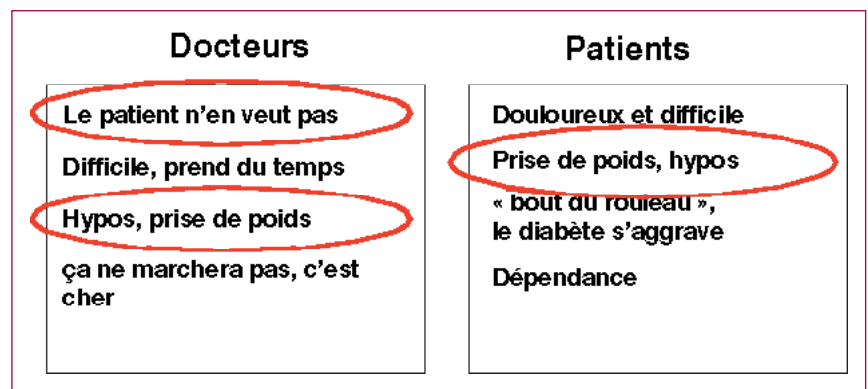


Figure 3 : Les raisons du médecin et du patient à ne pas prescrire une insulinothérapie alors qu'elle serait nécessaire [d'après 21].

souvent, à tort, que leur pratique est « compliant » aux recommandations. Commencer par savoir que l'inertie clinique existe, qu'elle représente un risque réel auquel tout médecin peut être confronté, pourrait représenter une première étape pour lutter contre ce véritable déni. Il serait important que cet aspect de la psychologie médicale soit enseigné dans le cursus des études médicales, par exemple dans le cadre de l'enseignement des sciences humaines, en P1, puis qu'il soit revu comme thème transversal, par exemple en D4 des études médicales.

L'engagement préalable

Un moyen de lutter contre la faiblesse de la volonté est de s'engager soi-même à agir. Jon Elster rappelle qu'Ulysse, sentant qu'il risque de succomber à la tentation, sachant que sa rationalité est imparfaite, s'engage lui-même en demandant à ses matelots de le lier à son mât [28]. Un moyen d'éviter que l'inertie clinique ne se renouvelle de consultation en consultation pourrait être de s'obliger à agir « la prochaine fois », par exemple en disant au patient ce que l'on fera si c'est nécessaire, en l'écrivant dans le dossier, ou en l'écrivant à un médecin correspondant (dans une lettre donnée au patient...).

Rôle des patients eux-mêmes

Il arrive que les patients, avertis par ce qu'ils ont pu entendre ou lire (Internet) par ailleurs, aident les médecins à éviter l'inertie clinique. Un essai randomisé est en cours afin d'essayer de prouver la valeur de ce concept [29].

Le choix des traitements

Si le problème est celui « du médicament de plus », on conçoit que la prescription de formes combinées représente une solution pour lutter non seulement contre la non-observance, mais également contre l'inertie clinique. L'arrivée de nouveaux traitements ayant moins d'effets secondaires devrait avoir un effet bénéfique [30].

Prendre les essais cliniques pour modèle ?

On peut citer ici la suggestion de Jandrain *et al.* [16] : « Puisque l'observance est meilleure et l'inertie clinique

moindre dans les essais cliniques, on pourrait s'en inspirer "dans la vraie vie" pour améliorer l'efficacité des soins. » Cependant, on peut remarquer, en ce qui concerne l'observance, que les patients sont sélectionnés en fonction de ce critère au moment de l'inclusion et de l'analyse des résultats, ce qui est évidemment impossible « dans la vraie vie ». En revanche, c'est tout l'intérêt des recommandations, lorsqu'elles sont précises, que d'aider le praticien face à son indécision. Mais nous avons vu qu'elles ne suffisent pas.

Inertie clinique : que nous révèle-t-elle en fait ?

Pourquoi le concept d'inertie clinique est-il apparu si tardivement (en 2001) ? D'un point de vue épistémologique, on peut proposer que cette prise de conscience est la conséquence du véritable changement de décor qu'a vécu la médecine à la fin du siècle dernier (figure 4). À la fin des années 1970-1980, nous avons vu l'apparition de nouveaux modes de pensée en médecine : d'abord l'irruption de la médecine fondée sur les preuves, de l'*evidence-based medicine* (EBM) [31, 32], la médecine devient de plus en plus efficace et se donne les moyens de le prouver. Ensuite, l'éducation thérapeutique. En 1972, l'année même où Archie Cochrane précisait

les fondements de l'EBM, Leona Miller publiait le premier article montrant l'efficacité de l'éducation du patient [33] : l'éducation thérapeutique (ET, qui est entrée récemment dans la loi Hôpital, patients, santé et territoires – loi HPST, du 21 juillet 2009) va permettre au patient de bénéficier de cette médecine triomphante. Mais au même moment, en 1979, Tom Beauchamp et James Childress énoncent les quatre principes de l'éthique médicale : ils proposent de rajouter aux deux principes hippocratiques de bienfaisance et de non-malfaisance, un principe de justice, et surtout le principe du respect de l'autonomie du patient [34]. Il est significatif que ce soit aussi cette année-là, en 1979, que le terme « compliance » est entré dans le vocabulaire médical [35] : la non-observance intrigue, car elle représente une barrière inattendue à l'efficacité des soins. Et, en 2001, Phillips *et al.* identifient une deuxième barrière : l'inertie clinique [2].

Ces barrières apparaissent, car les deux côtés du triangle représenté sur la figure 4 portent en germe deux contradictions entre, d'un côté, l'EBM et l'ET, et de l'autre, le respect de l'autonomie, au sommet du triangle, lui aussi entré dans la loi (loi relative au droit des malades, du 4 mars 2002) : aucun traitement ne peut être entrepris sans l'accord du patient. Au fond, le patient a le droit de ne pas être observant, malgré ce que tente de lui expliquer l'ET. De même, on peut voir dans l'inertie clinique, la conséquence

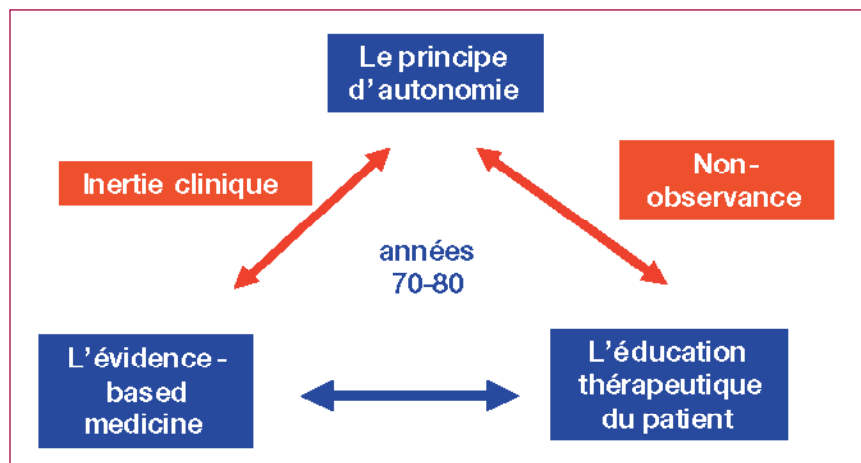


Figure 4 : Un changement de décor (1970-1980) portant en germe des contradictions dont la non-observance du patient et l'inertie clinique du médecin pourraient être la conséquence.

d'un conflit entre l'EBM et le respect de l'autonomie : l'EBM me dit de faire cela, mais je ne le fais pas, car je pense que le patient n'en voudra pas, or je dois respecter son autonomie.

Place de la confiance dans la relation thérapeutique

Comment les patients acceptent-ils « un comprimé en plus » ? Une étude récente, dans laquelle 64 % des patients hypertendus, mal contrôlés, étaient d'accord pour intensifier le traitement antihypertenseur, a donné comme facteurs indépendants expliquant de manière significative leur acceptation, les éléments suivants :

- le risque d'effet indésirable du médicament (risque relatif, RR : 0,49) ;
- les problèmes d'observance aux autres médicaments (RR : 0,72) ;
- le sentiment que la santé dépend des médicaments (RR : 1,50) ;
- enfin, **la confiance dans leur médecin** (RR : 1,30).

Au contraire, le contrôle de la pression artérielle et le nombre de médicaments n'intervenaient pas de manière significative [36].

Inversement, une étude a pu mettre en évidence un effet significatif de la confiance sur l'observance à la prise médicamenteuse dans le traitement de maladies intestinales inflammatoires [37].

Comme le fait remarquer Gloria Origi, dans son livre récent consacré à la confiance [38], le verbe confier (du Latin *confidere* : *cum*, « avec » et *fidere*, « fier ») signifie qu'on remet quelque chose de précieux à quelqu'un en se fiant à lui et en s'abandonnant de la sorte à sa bienveillance. On peut, en fait, remarquer que tout l'exercice de la médecine implique une relation de confiance :

Les points essentiels

- L'inertie clinique existe.
- Elle peut avoir des conséquences graves sur l'efficacité des soins.
- Nous pouvons avoir tendance à nier son existence.
- On peut s'entraîner à l'éviter.

- répondre à l'interrogatoire ;
- se prêter à l'examen clinique ;
- accepter le traitement.

Or, dit Gloria Origi, on fait confiance à quelqu'un si l'on suppose qu'il a intérêt à s'en montrer digne : la confiance crée l'existence d'intérêts réciproques. Elle ajoute que celui en qui quelqu'un a fait confiance aura tendance à s'en montrer digne car, suggère-t-elle, les êtres humains aiment à se retrouver sous le regard bienveillant des autres. On peut proposer, en transposant cette analyse de la confiance au sujet qui nous préoccupe, que la confiance apparaît ainsi, finalement, non seulement comme un moteur essentiel de l'observance du malade, mais aussi, pour le médecin, comme une protection vis-à-vis de l'inertie clinique – le médecin se posant la question : suis-je digne de sa confiance ?

Une étude est en accord avec cette analyse [39]. Elle a montré que, non seulement la confiance en le médecin était associée de manière positive avec l'intention du patient de suivre son avis (donc potentiellement son observance), mais également que les patients ayant peu confiance en leur médecin avaient l'impression que leur médecin ne leur apportait pas les prescriptions dont ils avaient besoin (donc peut-être son inertie clinique). Il y a évidemment ici un cercle vicieux : « *en pratique, la relation entre la confiance dans le médecin, la demande d'une prestation médicale, le sentiment qu'une prestation demandée ou nécessaire est niée par le médecin pourrait se renforcer mutuellement* ». La confiance mutuelle est donc bien la clef de voûte de la relation thérapeutique, et réfléchir à trouver un juste équilibre entre une relation fondée sur la confiance et le respect de l'autonomie du patient – qui peuvent sembler antinomiques [40] – représente peut-être l'approche qui permettra de résoudre les conflits schématisés sur la figure 4.

Enfin, vouloir se retrouver sous le regard bienveillant des autres, comme un moyen de lutter contre l'inertie clinique, n'est-ce pas – peut-être – l'une des significations de la fin du véritable « engagement préalable » que représente le Serment d'Hippocrate : « *que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je*

suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque. » ? Sans doute faut-il ajouter que le médecin aura aussi à cœur d'éviter l'inertie clinique s'il veut se retrouver sous la bienveillance de son propre regard [41].

Remerciements

Ce texte a été présenté sous forme d'une conférence lors des Journées Lilly de Diabétologie de 2011, ainsi que lors d'une Réunion du Groupe de Pairs de la Société française de médecine générale (SFMG), le 9 avril 2011, à Paris.

Déclaration d'intérêt

L'auteur a déclaré n'avoir aucun conflit d'intérêt en lien avec cet article.

Références

- [1] World health organization (WHO). Adherence to long-term therapies: evidence for Action. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. Genève: WHO, 2003:11.
- [2] Phillips LS, Branch WT, Cook CB, et al. Clinical inertia. *Ann Intern Med* 2001;135:825-34.
- [3] Scheen AJ, Giet D. Cibler l'inertie et le défaut d'observance thérapeutiques : nouveau défi pour améliorer les performances de la pratique médicale. Éditorial. *Rev Méd Liège* 2010;65:229-31.
- [4] Shah BR, Hux JE, Laupacis A, et al. Clinical inertia in response to inadequate glycaemic control. Do specialists differ from primary care physicians? *Diabetes Care* 2005;28:600-6.
- [5] Brown JB, Nichols GA. Slow response to loss of glycaemic control in type 2 diabetes mellitus. *Am J Manag Care* 2003;9:213-7.
- [6] Bouée S, Detournay B, Balkau B, et al. Diabète de type 2 : pratiques d'intensification thérapeutique chez les médecins généralistes en France en 2008-2009. *Bull Épidémiol Hebd (BEH)* 2010;42-43:436-40.
- [7] Brown JB, Nichols GA, Perry A. The burden of treatment failure in type 2 diabetes. *Diabetes Care* 2004;27:1535-40.
- [8] Okonofua EC, Simpson KN, Jesri A, et al. Therapeutic inertia is an impediment to achieving the healthy people 2010 blood pressure control goals. *Hypertension* 2006;47:345-51.
- [9] American diabetes association. Clinical practice recommendations 1999. Standards of medical care for patients with diabetes mellitus. *Diabetes Care* 1999;22(Suppl.1):S32-S41.
- [10] el-Kebbi IM, Ziemer DC, Gallina DL, et al. Diabetes in urban African-Americans. XV. Identification of barriers to provider adherence to management protocols. *Diabetes Care* 1999;22:1617-20.
- [11] Kerr EA, Zikmund-Fisher BJ, Klamers ML, et al. The role of clinical uncertainty in treatment decisions for diabetic patients with uncontrolled blood pressure. *Ann Intern Med* 2008;148:717-27.

- [12] Bachimont J, Cogneau J, Letourmy A. Pourquoi les médecins généralistes n'observent-ils pas les recommandations de bonnes pratiques cliniques ? L'exemple du diabète de type 2 : les préjugés des médecins et des patients sont un obstacle à une éducation efficace des patients. *Sciences Sociales et Santé* 2006;24:75-104.
- [13] Cogneau J, Lehr-Drylewicz AM, Bachimont J, Letourmy A. Écarts entre le référentiel et la pratique dans le diabète de type 2 : les préjugés des médecins et des patients sont un obstacle à une éducation efficace des patients. *Presse Méd* 2007;36:764-70.
- [14] Parchman ML, Pugh JA, Romero RL, Bowers KW. Competing demands or clinical inertia: the case of elevated glycosylated hemoglobin. *Ann Fam Med* 2007;5:196-201.
- [15] Turner BJ, Hollenbeak CS, Weiner M, et al. Effect of unrelated comorbid conditions on hypertension management. *Ann Intern Med* 2008;148:578-86.
- [16] Jandrain B, Ernest P, Radermecker RP, Scheen AJ. Stratégies pour éviter l'inertie et la non-observance dans les essais cliniques. *Rev Méd Liège* 2010;65:246-9.
- [17] Ferrari P; National Coordinators for the Reasons for not Intensifying Antihypertensive Treatment (RIAT) trial 12. Reasons for therapeutic inertia when managing hypertension in clinical practice in non-Western countries. *J Human Hypertens* 2009;23:151-9.
- [18] Davidson D. Actions et événements. Essai 2 : Comment la faiblesse de la volonté est-elle possible ? Traduction par Pascal Engel. Collection Epiméthée. Paris: Presses Universitaires de France (PUF), 1993.
- [19] 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;30:807-12.
- [20] Leslie CA, Satin Rapaport W, Matheson D, et al. Psychological insulin resistance: a missed diagnosis. *Diabetes Spectrum* 1994;7:52-7.
- [21] Phillips P. Type 2 diabetes-failure, blame and guilt in the adoption of insulin therapy. *Rev Diabet Stud* 2005;2:35-9.
- [22] Wallace TM, Matthews DR. Poor glycaemic control in type 2 diabetes: a conspiracy of disease, suboptimal therapy and attitude. *QJM* 2000;93:369-74.
- [23] Reach G. Patient non-adherence and health-care-provider inertia are clinical myopia. *Diabetes Metab* 2008;34:382-5.
- [24] Lindenauer PK, Remus D, Roman S, et al. Public reporting and pay for performance in hospital quality improvement. *N Engl J Med* 2007;356:486-96.
- [25] www.sfm.org/groupe_de_paires/ (accédé le 9 avril 2011).
- [26] Rogers CR. A theory of therapy, personality and interpersonal relationships as developed in the client-centered framework. In: Koch S, ed. *Psychology: A study of a science*. Vol. 3: Formulations of the person and the social context. New York: McGraw Hill, 1959.
- [27] Wispé L. The distinction between sympathy and empathy: to call for a concept, a word is needed. *J Pers Soc Psychol* 1996;50:314-21.
- [28] Elster J. *Ulysses unbound: Studies in rationality, precommitment, and constraints*. Cambridge: Cambridge University Press, 2000.
- [29] Thiboutot J, Stuckey H, Binette A, et al. A web-based patient activation intervention to improve hypertension care: study design and baseline characteristics in the web hypertension study. *Contemp Clin Trials* 2010;31:634-46.
- [30] Philips JC, Scheen AJ. Inertie clinique dans la prise en charge du patient diabétique de type 2 : quelles solutions proposer ? *Rev Méd Liège* 2010;65:318-25.
- [31] Cochrane AL. *Effectiveness and efficiency: Random reflections on health services*. London: National Health Services, 1972.
- [32] Evidence-Based Medicine Working Group. *Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine*. JAMA 1992;268:2420-5.
- [33] Miller LV, Goldstein J. More efficient care of diabetic patients in a county-hospital setting. *N Engl J Med* 1972;286:1388-91.
- [34] Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of biomedical ethics*. Oxford, New York, Toronto: Oxford University Press, 2001.
- [35] Sackett DL. In: Haynes RB, Taylor DW, Sackett DL, eds. *Compliance in health care*. Baltimore: John Hopkins University Press, 1979.
- [36] Zikmund-Fisher BJ, Hofer TP, Klammer ML, Kerr EA. First things first: difficulty with current medications is associated with patient willingness to add new ones. *Patient* 2009;2:221-31.
- [37] Nguyen GC, LaVeist TA, Harris ML, et al. Patient trust-in-physician and race are predictors of adherence to medical management in inflammatory bowel disease. *Inflamm Bowel Dis* 2009;15:1233-9.
- [38] Origgi G. *Qu'est-ce que la confiance ?* Collection Chemins philosophiques. Paris: Vrin, 2008:7-8.
- [39] Thom DH, Kravitz RL, Bell RA, et al. Patient trust in the physician: relationship to patient requests. *Fam Pract* 2002;19:476-83.
- [40] O'Neill O. *Autonomy and trust in bioethics*. Cambridge: Cambridge University Press, 2002.
- [41] Reach G. *Une théorie du soin – Souci et amour face à la maladie*. Préface de Bernard Baertschi. Collection Médecine & Sciences humaines. Paris: Belles Lettres, 2010.