



M. Baudrant-Boga^{1,2,*}, B. Allenet^{1,2}

¹ Pôle Pharmacie, UF Pharmacie Clinique, CHU de Grenoble, BP 217, 38043 Grenoble cedex 9, France

² UJF-Grenoble 1 / CNRS / TIMC-IMAG UMR 5525 / ThEMAS, Grenoble F-38041, France

Mots-clés

- Adhésion thérapeutique
- Inertie thérapeutique
- Perceptions du médecin
- Comportements du patient
- Alliance thérapeutique

Key-words

- Adherence
- Therapeutic inertia
- Physician's perceptions
- Patient's behaviours
- Working alliance

*Correspondance :

Magalie Baudrant-Boga

1 Pôle Pharmacie, UF Pharmacie Clinique, Centre Hospitalier Universitaire de Grenoble, BP 217, 38043 Grenoble cedex 9, France.
MBaudrant@chu-grenoble.fr.

Inertie thérapeutique : et le patient dans tout ça ?

Therapeutic inertia: What about the patient?

Résumé

De nombreux facteurs, catégorisés en 5 dimensions (maladie, traitement médicamenteux, facteurs démographiques et socio-économiques, patient et/ou entourage et système de soins) peuvent influencer le comportement d'adhésion thérapeutique des patients. La perception du médecin de ces différentes dimensions de l'adhésion thérapeutique du patient pourra avoir un impact sur ses attitudes médicales, son inertie thérapeutique. Chaque dimension est ainsi analysée sous l'angle de la perception du médecin et des conséquences possibles sur sa pratique, de différents facteurs comme : l'appréhension par le patient du long terme, les ordonnances complexes, les conditions socio-économiques, les représentations de la santé, la maladie et des traitements du patient et du médecin, les stratégies d'adaptation et la motivation du patient et du médecin. Une relation thérapeutique fondée sur une alliance entre le patient et le médecin module le phénomène d'inertie thérapeutique et génère des actes négociés, choisis et maîtrisés par les deux acteurs de cette relation. La question sous-jacente qui se pose ne serait-elle pas : quelle prise de risque patient et médecin sont-ils prêt à consentir, quand ils s'écartent des recommandations de pratique ?

Summary

Various factors, categorized into 5 dimensions (illness, medication, demography and socio-economy, patient and/or patient support and Health care) can influence patient adherence. Physician's perception of these different dimensions of patient adherence may have an impact on medical attitudes, therapeutic inertia. Each dimension is analyzed in terms of perception from the physician and its impact on practice depending on factors such as : understanding the long term, complex prescriptions, socio-economic conditions, representations of health, disease and treatment from the patient and physician, coping strategies and motivation from the patient and physician. The physician-patient relationship (working alliance) modulates therapeutic inertia and generates negotiated, selected and controlled therapeutic actions by these two actors. Question: what is patient's & physician risk-taking consent, when they don't follow clinical practice guidelines ?

Introduction

Afin d'atteindre les objectifs médicaux fixés par les recommandations issues de l'*Evidence-Based-Medicine*, d'une part, le médecin doit initier précocement une stratégie thérapeutique optimale et l'ajuster régulièrement et, d'autre part, le patient doit adhérer à cette même stratégie prescrite par le médecin. L'écart entre les objectifs fixés par les recommandations et les résultats issus de la pratique peut s'expliquer par l'inertie thérapeutique des soignants, définie comme un *retard non justifié concernant l'initiation ou l'intensification d'un traitement* [1] et le défaut d'adhésion des patients, le taux moyen d'observance dans le cadre des maladies chroniques avoisinant les 50 % [2]. En effet, l'irruption de la maladie dans la vie d'une personne est souvent vécue comme une rupture à l'origine de difficultés d'ordres médical, psychique et social. À partir de ce moment, la prise en charge d'une maladie chronique nécessite pour le patient de « faire avec » des professionnels de santé, des organisations complexes, des techniques médicales, des soins, des suivis spécifiques et des traitements. Dans ce contexte, la variabilité de l'adhésion des patients aux recommandations thérapeutiques semble compréhensible. Les facteurs influençant le comportement d'adhésion thérapeutique peuvent être structurés selon 5 dimensions : la maladie, le traitement médicamenteux, les facteurs démographiques et socio-économiques, le patient et/ou son entourage et le système de soins [3].

Nous avons choisi de ne pas aborder la problématique de l'adhésion du patient en tant que telle mais de faire le lien entre la perception que peut avoir le médecin du comportement d'adhésion thérapeutique du patient et l'impact de ces perceptions sur ses attitudes médicales, sa propension à prescrire de nouveaux traitements et/ou à intensifier la thérapeutique [4]. Les indices d'adhésion thérapeutique donnés par le patient et la façon dont le médecin va les percevoir auront donc un impact potentiel sur l'inertie thérapeutique.

Nous examinons, dans cet article, chacune des dimensions prédéfinies.

Facteurs objectifs liés à la maladie

Le caractère asymptomatique de la maladie favorise le défaut d'adhésion au traitement médicamenteux [5]. Certains patients ne perçoivent pas l'intérêt d'un traitement de fond et prennent leurs médicaments uniquement en regard des symptômes.

De plus, il s'avère difficile pour les patients d'appréhender le long terme, de percevoir les risques potentiels liés à la maladie chronique pour leur santé (complications, rechutes...). Cette difficulté de projection dans l'avenir peut être associée à la perception d'un investissement du quotidien contraignant, sans bénéfices perçus à court terme voire additionné d'un vécu d'effets indésirables.

De plus, les troubles cognitifs, sensoriels (visuels, auditifs...) liés ou non à l'âge et/ou à la maladie elle-même, étant susceptible de gêner les processus de compréhension et d'apprentissage, de diminuer la qualité de certains gestes, auront un impact négatif sur l'adhésion au traitement médicamenteux [6]. De même, pour les troubles de la personnalité, la présence d'un état dépressif [7] ou la présence d'addictions (drogues, alcool, tabac).

Ces dimensions perçues par le médecin auront un impact sur ces choix en termes de stratégies thérapeutiques et pourront être à l'origine de compromis ciblant des objectifs plus réalistes, atteignables et adaptés aux possibilités du patient, retardant parfois, par exemple, la prescription de traitements préventifs.

Facteurs liés au traitement médicamenteux

Lors des consultations, les patients porteurs d'une maladie chronique se plaignent régulièrement de la taille de leurs ordonnances (« trop de médicaments à prendre ») et de la complexité du traitement. Les patients expriment un sentiment d'empilements des médicaments par chaque spécialiste sans approche globale (« chaque médecin s'occupe de son organe mais moi je suis entier et j'avale tous ces médicaments »), leur

difficulté à percevoir l'intérêt de chacun des médicaments (tout en expérimentant régulièrement leurs effets indésirables), leur difficulté de prises régulières des médicaments au quotidien (contraintes alimentaires, horaires de prises, adaptation à leurs activités...). Ce faisceau d'arguments « contre » les prescriptions exprimé par les patients impacte non seulement sur leur motivation et leur adhésion mais, par effet miroir, peut influencer et « ralentir » le médecin dans sa prise de décision vers une proposition d'intensification de traitement.

Facteurs démographiques et socio-économiques

Les défauts d'adhésion thérapeutique semblent plus importants chez les enfants d'âge scolaire, durant la période de l'adolescence et chez les personnes âgées [8,9].

Des freins à l'adhésion thérapeutique d'ordre organisationnels, liés aux conditions économiques, matérielles, sociales peuvent aussi être identifiés (éloignement, isolement, précarité sociale, absence de matériel pour assurer de bonnes conditions de stockage comme un réfrigérateur, coût des stratégies thérapeutiques proposées à la charge du patient...).

Ces facteurs pourront influencer les comportements de prescription du médecin qui pourra choisir de « trier » et sélectionner certains traitements proposés par les recommandations afin d'optimiser les probabilités d'adhésion du patient.

Facteurs liés au patient et/ou son entourage

L'inertie thérapeutique sous l'angle de la perception du médecin des représentations de la maladie et des traitements du patient

Tout individu perçoit et comprend la réalité à travers le filtre de ses représentations. Les représentations vont être utilisées pour prendre des décisions et/ou communiquer avec les autres.



Les représentations du patient concernant sa maladie et ses traitements sont construites à partir de ses connaissances personnelles antérieures, ses expériences vécues et influencées par son environnement familial, professionnel, social et son contexte culturel, spirituel... [10].

Elles impactent sur son adhésion aux soins. En effet, la représentation de la « bonne » santé et l'importance donnée à cette « bonne santé » auront un impact sur l'intention de se traiter du patient [11]. Si le patient accorde de l'importance à « être en bonne santé », perçoit la menace liée à sa maladie et pense que ses médicaments sont efficaces pour traiter sa maladie sans trop de contraintes et/ou d'effets gênants associés, ceci aura une influence positive sur son adhésion au traitement [12,13]. Lorsque le médecin prescrit un traitement médicamenteux, le patient pourra y adhérer s'il perçoit l'utilité de ce traitement, son efficacité potentielle et si ces deux critères contrebalancent son expérience des effets indésirables à court ou à long terme ou ses craintes vis-à-vis des effets indésirables (image négative de l'insuline « qui fait grossir » par exemple) [14]. Le patient va évaluer le rapport bénéfice/risque du traitement médicamenteux [15]. Le coût perçu par le patient (en termes de complications, d'effets indésirables, de complexité du traitement, de contraintes d'organisation des soins, de participation financière) devra non seulement être inférieur aux bénéfices perçus, mais aussi ne pas nuire à sa qualité de vie. Dans le cas contraire, le patient pourra choisir de ne pas se traiter afin de garder une qualité de vie acceptable.

Le vécu antérieur d'effets indésirables représente un critère majeur de choix dans la décision du patient à prendre ou non ses médicaments et/ou à sélectionner certains d'entre eux [16]. Cet impact sera renforcé si l'apparition d'effets indésirables est associée à une efficacité retardée et/ou à une absence de signes d'efficacité tangibles [17]. Face à un patient ayant vécu fréquemment des effets indésirables, le médecin peut être tenté de minimiser la prise de médicaments au strict minimum, sans prise de risque excessive. Le vécu d'effets

indésirables peut de plus renforcer les croyances négatives du patient concernant les médicaments et créer une résistance à toutes nouvelles propositions thérapeutiques par le médecin.

En outre, si le patient perçoit l'ajout d'un traitement ou l'augmentation d'une posologie comme un critère de gravité et/ou d'évolution péjorative de la maladie, ceci pourra induire des comportements potentiels d'évitement, des stratégies pour convaincre son médecin d'attendre et de privilégier d'autres comportements d'hygiène de vie vertueux par exemple. De son côté, le médecin possède ses propres représentations de la maladie, des traitements et des profils de patients « difficiles », construites à partir de ses connaissances antérieures, de son parcours médical, de ses expériences auprès des patients, influencées par son environnement personnel et professionnel. Ses propres représentations associées à sa perception des représentations de la maladie et des traitements du patient auront un impact sur les propositions thérapeutiques qu'il pourra proposer au patient.

Par exemple, si le médecin perçoit une attitude du patient perplexe face à l'efficacité de ses traitements, du bénéfice-risque et une propension à remettre en cause la nécessité du traitement à chaque nouvelle proposition thérapeutique, il pourra choisir de différer l'introduction ou l'ajustement d'un traitement voire d'envisager une autre option thérapeutique en adéquation ou non avec les recommandations.

Notons que les représentations sont nourries de données portées par le collectif ou distillées au collectif par les médias. Prenons l'exemple de la campagne de sensibilisation Grand public de l'Assurance Maladie concernant les antibiotiques « les antibiotiques c'est pas automatique ». La demande du patient peut être modifiée et influencer les attitudes médicales de prescription (on parle en termes économiques de *contrôle profane*, ici à vertu positive pour la collectivité, en termes médico-économiques). On pourrait à l'inverse citer la pression médiatique opérée par l'industrie du médicament sur certaines innovations thérapeutiques qui peut amener le méde-

cin à prescrire hors des recommandations, sous pression du patient (*contrôle profane*, ici à vertu négative pour la collectivité).

L'inertie thérapeutique face aux stratégies d'adaptation et à la motivation des patients à adhérer aux propositions thérapeutiques

Selon Taylor, les patients ont tendance à s'adapter en cherchant à donner un sens à leur maladie et à la prise de médicaments, en visant à rétablir une certaine estime d'eux même et en cherchant à retrouver une certaine maîtrise et un contrôle de leur environnement. Ce comportement d'autorégulation aura un impact sur l'adhésion thérapeutique du patient. Un comportement d'autorégulation est défini comme la manière dont une personne adapte ses pensées, ses émotions et ses comportements à l'évolution des situations et des résultats obtenus [18]. Concernant le défaut d'adhésion au traitement médicamenteux, certaines études montrent que ce comportement est sous-tendu par un désir de reprise en main par le patient des décisions qui le concernent. En effet, le fait de faire le choix de prendre ou non le traitement prescrit correspond à l'expression d'une liberté, d'un désir de reprendre le contrôle de sa vie [19-21]. Les patients possèdent différentes stratégies d'adaptation, influencées par leurs valeurs et leurs possibilités d'auto-soins. Une étude, publiée en 2009, a identifié 3 types de patients : le *manager proactif*, le *suiveur passif*, le *non conformiste*, pour lesquels les propositions de protocoles d'auto-soins seront différentes [22].

Face à la gestion de sa maladie et de ses traitements, le patient est donc engagé dans un dialogue avec lui-même et des personnes significatives pour lui. Le patient sollicitera ses ressources internes (sens donné à la maladie, estime de soi, sentiment d'efficacité personnelle, motivation) et des ressources externes (les « autres » comme ressources matérielle, intellectuelle, émotionnelles – famille, entourage, professionnels de santé, médias)

pour prendre des décisions et s'adapter à des situations de vie changeantes [23]. Face aux stimulations de son environnement, le patient peut considérer que son médecin n'est pas assez réactif concernant les stratégies thérapeutiques proposées et choisir d'adhérer à d'autres propositions de personnes identifiées comme « expertes » (auxquelles le patient accorde de la valeur), qu'elles appartiennent ou non au corps médical. Cette posture peut avoir un impact sur l'inertie thérapeutique soit en la minimisant car le patient devient proactif et sollicite son médecin soit en la confortant en augmentant le délai de prise en charge par un nomadisme médical et/ou par des essais d'alternatives de prise en charge plus ou moins pertinentes et efficaces.

Face aux représentations et vécus négatifs, aux fluctuations ou au manque de motivation des patients, le médecin désarmé, parfois démotivé et à court d'arguments pour convaincre du bien fondé de la stratégie thérapeutique proposée, peut choisir une stratégie minimaliste et non optimisée au regard des recommandations publiées. Or, en général, la prescription médicamenteuse n'est pas envisagée à un moment propice facilitant l'engagement du patient dans sa prise en charge (c'est-à-dire en prenant en compte les stades de changement de comportement décrits par

Prochaska et DiClemente). En effet, dans 85 % des cas, les prescriptions sont réalisées au stade de pré-contemplation (patient ne se considérant pas malade et ne se sentant pas concerné par la prescription) ou au stade de contemplation (patient encore ambivalent vis-à-vis de la prise de ses médicaments) ce qui diminue la probabilité d'adhésion du patient au traitement médicamenteux [24-26]. L'identification par le médecin du stade auquel se trouve le patient dans son processus de changement permet d'adapter les propositions thérapeutiques et d'augmenter la probabilité de leurs mises en œuvre. Cette posture peut différer l'application de recommandations stéréotypées mais ceci au profit de propositions personnalisées en cohérence avec la temporalité du patient chronique.

Facteurs liés au système de soins

L'inertie thérapeutique sous l'influence de la relation médecin-patient

La qualité de la relation médecin-patient et l'alliance thérapeutique (*working alliance*) qui en découle auront un impact significatif sur la perception du patient de l'utilité de son traitement, sa perception

en sa capacité à gérer son traitement, son adhésion thérapeutique et sa satisfaction [27]. La confiance accordée par le patient au soignant et sa perception d'une croyance positive du soignant envers ses capacités d'actions et de réussites (feedbacks positifs) auront, de même, une influence sur sa capacité à se soigner [28]. Une relation thérapeutique fondée sur une alliance entre le patient et le soignant dans laquelle le soignant module son offre thérapeutique en tenant compte des croyances, des peurs, des contraintes et des souhaits du patient permettra à ces deux partenaires de s'accorder sur des décisions thérapeutiques et sur un plan d'action favorisant l'adhésion du patient [28,29]. Cette position du patient change le mode d'interaction médecin-patient et son contenu. Dans ce contexte, l'adhésion thérapeutique du patient représente l'aboutissement d'un projet dans lequel s'engagent réciproquement le patient et le soignant afin d'atteindre leur (s) but (s) fixé (s) ensemble. Cette posture peut diminuer l'inertie thérapeutique si les objectifs fixés concordent avec ceux des recommandations soit, à l'inverse, être à l'origine d'une inertie thérapeutique mais, dans ce cas, choisie et maîtrisée en regard d'objectifs personnalisés, atteignables et adaptés à la réalité du patient. Ces dernières années, le développement des offres d'éducation thérapeutique a fait évoluer le positionnement du patient dans sa prise en charge thérapeutique. Les compétences acquises par le patient inscrit dans une démarche d'éducation thérapeutique lui permettent de devenir acteur dans sa prise en charge et de s'appuyer sur ses connaissances et compétences pour solliciter les soignants si nécessaire. Dans ce contexte, le patient peut lui-même directement agir sur l'inertie thérapeutique en sollicitant son médecin traitant afin qu'il réajuste un traitement et/ou qu'il réalise des analyses biologiques de suivi comme par exemple un contrôle régulier de son HbA_{1c}. Dans cette configuration, le patient devient vecteur de bonnes pratiques de prescription auprès du médecin.

L'éducation thérapeutique du patient, en revisitant la relation patient-soignant,

Points essentiels

- La perception du médecin des indices d'adhésion thérapeutique donnés par le patient aura une influence sur ses prises de décisions médicales.
- Cinq dimensions peuvent être explorées afin d'appréhender le comportement d'adhésion du patient et seront perçues par le médecin par le filtre de ses représentations.
- Le ressenti du médecin concernant les représentations des patients vis-à-vis de la maladie et des traitements, leurs stratégies d'adaptation, leurs motivations à adhérer aux propositions thérapeutiques aura une influence majeure sur son comportement de prescription.
- Le patient peut être vecteur de bonnes pratiques de prescription auprès du médecin (posture proactive) ou, à l'inverse, peut, de part son ambivalence ou sa non adhésion aux soins, conforter le médecin dans son inertie thérapeutique.
- Le patient et le médecin, acteurs d'une alliance thérapeutique peuvent donc s'influencer réciproquement et moduler l'inertie thérapeutique.

influence donc l'inertie thérapeutique du soignant. De plus, son caractère multi-professionnelle, en interaction avec le patient et/ou son entourage, demande au soignant de développer une posture réflexive dans une pratique d'équipe s'opposant à l'inertie thérapeutique (fréquente lors d'une pratique professionnelle isolée) [30].

Enfin, l'inertie du patient à adhérer à une proposition thérapeutique c'est-à-dire son défaut « d'observance » peut aussi avoir du « bon ». En effet, cette attitude du patient peut obliger le médecin à requestionner l'ensemble des options thérapeutiques possibles, à prendre du recul par rapport aux recommandations, à rechercher les facteurs d'influence à l'adhésion du patient et les leviers potentiels à sa motivation à s'engager dans une démarche de soins. Cette remise en question « forcée » par le comportement du patient pourra être le socle d'une nouvelle stratégie négociée avec lui. Ce choix pourra par exemple être d'attendre ou de tester une autre option non décrite dans les recommandations en visant une proposition « sur mesure » pour le patient.

Conclusion

Le patient peut, par son comportement, être à la fois « inducteur » de l'inertie thérapeutique du médecin (selon sa perception des facteurs qui sous-tendent un défaut d'adhésion thérapeutique du patient) et à la fois un allié « éclairé » pour lutter contre cette inertie thérapeutique. Chacun des deux acteurs semblent pouvoir impacter sur l'inertie thérapeutique en s'auto-influençant. En définitive, la question sous-jacente qui se pose ne serait-elle pas : « quelle prise de risque patient et médecin sont-ils prêt à consentir, quand ils s'écartent des recommandations de pratique ? ».

Déclarations d'intérêts

Les auteurs n'ont aucune association commerciale ou sources de soutien qui pourraient constituer un conflit d'intérêt.

Références

- [1] Scheen AJ. À propos de l'inertie et de la non-observance thérapeutiques. Editorial. *Rev Med Suisse* 2010;6:1571-2.
- [2] Di Matteo MR. Variations in patients' adherence to medical recommendations: a quantitative review of 50 years of research. *Med Care* 2004;42:200-9.
- [3] Baudrant-Boga M, Lehmann A, Allenet B. Penser autrement l'observance médicamenteuse : d'une posture injonctive à une alliance thérapeutique entre le patient et le soignant – Concepts et déterminants. *Ann Pharm Fr* 2011 [In press].
- [4] Scheen AJ. Inertie thérapeutique dans la pratique médicale : causes, conséquences, solutions. *Rev Med Liège* 2010;65:232-8.
- [5] Gao X, Nau DP, Rosenbluth SA, et al. The relationship of disease severity, health beliefs and medication adherence among HIV patients. *AIDS Care* 2000;12:387-98.
- [6] Ettenhofer ML, Hinkin CH, Castellon SA, et al. Aging, neurocognition, and medication adherence in HIV infection. *Am J Geriatr Psychiatry* 2009;17:281-90.
- [7] Smith A, Krishnan JA, Bilderback A, et al. Depressive symptoms 693 and adherence to asthma therapy after hospital discharge. *Chest* 2006;130:1034-8.
- [8] Reach G. Clinique de l'observance: l'exemple des diabètes. Paris, John Libbey Eurotext ; 2006.
- [9] Moen J, Bohm A, Tillenius T, et al. « I don't know how many of these [medicines] are necessary » – a focus group study among elderly users of multiple medicines. *Patient Educ Couns* 2009;74:135-41.
- [10] Richard C, Lussier MT. La communication professionnelle en santé. Eds du Renouveau Pédagogique Inc. Bibliothèque nationale du Québec ; 2005. ISBN 2-7613-1518-9.
- [11] Rosenstock IM. Historical origins of the Health Belief Model. *Health Educ Monogr* 1974;2:328-35.
- [12] DiMatteo MR, Haskard KB, Williams SL. Health beliefs, disease severity, and patient adherence: a meta-analysis. *Med Care* 2007;45:521-8.
- [13] Ulrick CS, Backer V, Soes-Petersen U, et al. The patient's perspective: adherence or non-adherence to asthma controller therapy? *J Asthma* 2006;43:701-4.
- [14] Shale MJ, Riley SA. Studies of compliance with delayed-release mesalazine therapy in patients with inflammatory bowel disease. *Aliment Pharmacol Ther* 2003;18:191.
- [15] Rubin RR. Adherence to pharmacologic therapy in patients with type 2 diabetes mellitus. *Am J Med* 2005;118:27S-34S.
- [16] Svensson S, Kjellgren KI, Ahlner J, et al. Reasons for adherence with anti-hypertensive medicine. *Int J Cardiol* 2000;76:157-63.
- [17] McHutchison J, Manns M, Patel K et al. Adherence to combination therapy enhances sustained response in genotype I infected patients with chronic hepatitis C. *Gastroenterology* 2002; 123:1061-69.
- [18] Taylor S. Adjustment to threatening events: a theory of cognitive adaptation. *Am Psychol* 1983;38:1161-73.
- [19] Sirois FM. Provider-based complementary and alternative medicine use among three chronic illness groups: associations with psychosocial factors and concurrent use of conventional health-care services. *Complement Ther Med* 2008;16:73-80.
- [20] George M, Campbell J, Rand C. Self-management of acute asthma among low-income urban adults. *J Asthma* 2009;46:618-24.
- [21] Trocme N, Vaudre G, Dolifus C, et al. Factors impacting on antiretroviral therapy compliance in HIV positive adolescents. *Arch Pediatr* 2002;9:1241-7.
- [22] Collins MM, Bradley CP, O'Sullivan T, et al. Self-care coping strategies in people with diabetes: a qualitative exploratory study. *BMC Endocr Disord* 2009;9:6.
- [23] Billig M. *Arguing and thinking: A rhetorical approach to social psychology*, 2^e Ed, Cambridge University Press, 1996.
- [24] Golay A, Nguyen M, Howles S, et al. Améliorer l'observance médicamenteuse. *Rev Med Suisse* 2004;520.
- [25] Prochaska JO, Velicer WF. The transtheoretical model of health behaviour change. *Am J Health Promot* 1997;12:38-48.
- [26] Prochaska JO, Di Clemente CC. Stages and processes of self change in smoking towards an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1993;51:390-5.
- [27] Fuertes JN, Mislawack A, Bennett J, et al. The physician-patient working alliance. *Patient Educ Couns* 2007;66:29-36.
- [28] Lee YY, Lin JL. The effects of trust in physician on self-efficacy, adherence and diabetes outcomes. *Soc Sci Med* 2009;68:1060-8.
- [29] Cushing A, Metcalfe R. Optimizing medicines management: from compliance to concordance. *Therapeutics and Clinical Risk Management* 2007;3:1047-58.
- [30] Scheen AJ, Bourguignon JP, Guillaume M. L'éducation thérapeutique : une solution pour vaincre l'inertie clinique et le défaut d'observance. *Rev Med Liège* 2010;65:1-6.