

CARE-TEST

RELATIONS DE SOIN & AUTOTESTS À VISÉE DIAGNOSTIQUE EN RÉGION DE BRUXELLES-CAPITALE

2017-PFS-EHS-16

SYNTHESE DES RESULTATS



Mai 2021

CARE-TEST.
RELATIONS DE SOIN & AUTOTESTS A VISÉE DIAGNOSTIQUE
EN RÉGION DE BRUXELLES CAPITALE
POINTS-CLÉS & SYNTHÈSE INTÉGRÉE



QUESTION DE RECHERCHE

Dans quelle mesure l'introduction des autotests à visée diagnostique¹ en pharmacie influencent-elles les relations patient-médecin-pharmacien ?

OBJECTIFS DE LA RECHERCHE QUALITATIVE

- Obtenir une vue d'ensemble des relations actuelles patient-médecin-pharmacien.
- Explorer comment les patients et les professionnels de santé perçoivent les autotests à visée diagnostique.
- Comprendre les changements perçus dans la relation entre les patients et les professionnels de santé ainsi qu'entre les professionnels de santé suite à l'introduction des autotests en pharmacie.

METHODOLOGIE

Une recherche qualitative, par entretiens semi-directifs, a été menée auprès des trois publics concernés, entre août 2018 et mai 2019. Les entretiens menés en français et en néerlandais avaient une durée moyenne de 69 minutes [33min ; 148min]
Une analyse thématique a été menée.

POINTS-CLES :

1. Apport = Elaboration de typologies communes aux différents acteurs concernés, tant pour les relations patient-professionnel que la collaboration médecin-pharmacien.
2. Le langage du type « partenariat » est intégré dans le discours du professionnel pour se référer à des pratiques très diverses, ce qui complique le travail d'analyse.
3. Relations patient-professionnel. Les relations actuelles étaient souvent « centrées sur le professionnel » pour le pharmacien et peu partenariales pour le médecin. Néanmoins, des relations véritablement partenariales sont présentes tant chez des médecins que chez les pharmaciens. Ce type de relations est le fait de professionnels formés en ce sens. Certains patients tendent à se passer du médecin lorsque les relations ne sont pas satisfaisantes, notamment du fait de l'absence de dialogue. Le minimum attendu par le patient est une information incluant le pourquoi et le respect de ses options de santé.
4. Collaboration interprofessionnelle. Les relations consistaient principalement en de la prise d'information, même si des formes plus avancées existent. Chez le pharmacien, il semble exister un lien entre le fait de présenter des approches centrées sur le patient et des approches plus partenariales avec le médecin.
5. Les autotests à visée diagnostique sont un « non-événement », sur un terrain peu partenarial (voir point 3 et 4) et perçu comme mal-préparé (absence de mise au courant pour les médecins, formation absente ou insuffisante pour certains pharmaciens).
6. Beaucoup de répondants n'adoptent pas des positions tranchées vis-à-vis des autotests, ce qui rend mal aisé l'émergence de tendances, de mise en lien avec d'autres caractéristiques du répondant. Cette mise en lien a toutefois été possible pour les patients et pour les médecins.
7. Néanmoins, certaines conjonctions semblent porteuses de tensions, notamment le fait que les patients favorables aux autotests, adoptaient des comportements autonomistesⁱⁱ, nés d'une forme d'échec de la relation avec le médecin et voyaient dans les autotests, un changement positif dans le rôle du patient alors que les médecins défavorables aux autotests présentaient des pratiques peu centrées sur le patient. Qu'advient-il lorsque le patient viendra lui parler de l'autotest réalisé ? ... S'il lui en parle. Les médecins en faveur des autotests présentaient des relations plus partenariales (ou pensaient les présenter). Ils estiment que les autotests n'apportent pas de changement dans leur pratique.
8. Il existe une grande variété dans la manière de voir le changement apporté par les autotests. Les tendances lourdes, partagées par les trois groupes de répondants étaient que : l'autotest est perçu comme pourvoyeur d'autonomie pour le patient mais aussi comme une opportunité de renouer avec le monde médical. L'autotest comporterait un risque de mise à l'écart du médecin et un risque « d'autonomisme » pour le patient. Le pharmacien pourrait jouer un rôle plus actif, moyennant la rencontre des conditions suivantes : clarification des rôles médecin/pharmacien, motivation, formation, levée des conflits d'intérêt vente/conseil, évolution de l'image du pharmacien de « vendeur » à « conseiller », ...
9. Les recommandations concernant les relations partenariales dans le cadre des autotests à visée diagnostique sont intrinsèquement liées à des recommandations plus globales sur les relations patient-médecin-pharmacien, notamment le recours à une typologie pour permettre au professionnel de situer sa pratique ou au patient de déterminer le type de relation souhaitée.

La suite du présent document propose une prise en perspectives des différentes tendances principales mises en évidence parmi les trois groupes-cibles (patients, médecins, pharmaciens). Le lecteur trouvera les résumés d'analyse par groupe dans la « note de synthèse par groupe » et l'analyse complète (incluant les verbatim) dans le rapport de recherche.

RÉSULTATS-CLÉS :

1. RELATIONS ACTUELLES

Relations actuelles entre le patient et les professionnels de santé

- La recherche a permis l'élaboration et l'illustration de typologies communes/partagées aux acteurs impliqués. Il existe une équivalence pour l'ensemble des groupes (patient, médecin, pharmacien) impliqués dans cette relation. L'une pour la relation patient-médecin/pharmacien (voir [Tableau i en Annexe](#)) ; l'autre pour la collaboration médecin-pharmacien (voir [Tableau ii, en Annexe](#)).

De telles typologies permettent :

- Au professionnel de situer sa pratique, ce qui s'avère d'autant plus pertinent qu'un discours de « participation » est intégré dans celui des professionnels pour qualifier des pratiques très variées.
- Au chercheur de procéder à la triangulation des sources (un procédé permettant de s'assurer de la validité des résultats produits en considérant différentes perspectives. Ici, la perspective de différents acteurs). Elles constituaient dès lors une première étape pour cette recherche.
- Un langage de type « participation » était intégré dans le langage de certains professionnels pour qualifier des pratiques très diverses ...sur le plan de la participation.
- Le type de relation n'était pas constant pour une même personne. Il variait et ce, pour les 3 groupes. Une exception à ce phénomène de variation : les professionnels qui présentaient des relations partenariales (Egalitarisme). Leur type de relation était stable et ne variait que pour rencontrer le souhait du patient de bénéficier d'une approche moins partenariale, plus paternaliste. Tous ne souhaitent pas une approche partenariale.
- Tant les patients que les professionnels de notre échantillon faisaient état de relations peu partenariales. Les relations patient-pharmacien étaient (nettement) moins partenariales que les relations médecin-patient. Le curseur serait davantage au niveau de l'autocratie (Type 1-information unilatérale non personnalisée) voire de la délivrance simple pour les relations patient-pharmacien. Ce type de relation était massivement très centré sur le pharmacien. Le curseur serait plutôt au niveau du Paternalisme dans la relation patient-médecin (Type 2. Guidance-coopération). Ce type de relation, quoique moins centrée sur le soignant, était peu partenariale. Pourtant, tant parmi les médecins que les pharmaciens des pratiques de type participation mutuelle existaient. Elles étaient le fait de professionnels formés dans ces approches même si, la formation ne suffit pas.
- Il est intéressant de souligner que les patients faisaient davantage mention d'une relation partenariale « latente », basée sur la confiance et la relation interpersonnelle d'égal à égal (Type 3.2). Une relation sur laquelle ils pourraient compter en cas de problème. En revanche, les patients ne rapportaient pas de relation effective de participation mutuelle (codécision-autonomisation progressive-travail sur la motivation), à moins que d'être professionnels de soins de santé et d'avoir impulsé eux-mêmes ce type de relation. Pourtant, les professionnels rapportaient ce type de relation. (Besoins de recherche sur des échantillons pairés).

Relations patient-médecin généraliste :

- La typologie commune aux patients, médecins, pharmaciens pour un public « tout-venant »ⁱⁱⁱ se base sur la répartition du pouvoir entre le patient et le professionnel. A une extrémité, tout le pouvoir est au professionnel (autocratie). A l'autre tout le pouvoir est au patient (autonomisme). Le type que nous visions par Care-test est le partenariat mutuel, qui comprend les caractéristiques suivantes : aide à l'autonomie du patient, codécision, travail sur la motivation.
- Les 4 Types principaux (voir [Tableau i en Annexe](#)) ne sont pas originaux. Ils reposent sur la littérature (1, 2). L'originalité de Care-test consiste dans les 9 sous-types, l'existence d'un équivalent pour les trois groupes (patients, médecins, pharmaciens), la clarification des liens entre l'autonomisme (tout le pouvoir au patient) et les autres types de relations.
- Pour parvenir à un niveau de participation ou à un état de santé, certains patients avaient développé des stratégies actives : poser des questions ; adapter leur traitement (y compris pour le VIH ou des maladies orphelines), tenir un historique de la maladie, sélectionner par Internet des soignants qui correspondent à leur vision, reprendre des études pour se soigner par les plantes.
- Il semblerait que le patient attende au minimum une information unilatérale non personnalisée comprenant « le pourquoi » et la prise en considération de ses options de santé (ex. plus ou moins de médicaments, plus ou moins d'acharnement thérapeutique, des examens plus ou moins invasifs) et de sa hiérarchie sur le plan des problèmes de santé (i.e. de s'intéresser au problème considéré comme prioritaire pour lui). L'insatisfaction de la relation sur le plan de la participation chez le patient ou l'absence d'accord sur la hiérarchie des problèmes de santé conduisait à l'autonomisme.
- L'autonomisme (adaptation unilatérale du traitement, utilisation du médecin pour prescrire un examen, prescription de ce que le patient demande, changement de médecin, rupture...) semblait toujours faire suite à un échec dans la relation, chez

le patient et chez le médecin. Le patient pouvait toutefois s'y maintenir de manière « permanente ». Il ne s'agissait toutefois pas d'une rupture radicale avec le monde médical.

- Chez les médecins, l'autonomisme était le fait de médecins présentant des pratiques peu centrées sur le patient. En d'autres termes, il y a une variation d'une approche où « le pouvoir est au médecin » à une approche où « le pouvoir est laissé au patient », en cas d'échec de l'approche ou de désaccord.

Relations patient-pharmacien

- Un type a été ajouté à la typologie : la délivrance simple, sans aucune information.
- Le fait que le pharmacien informe était perçu, par le patient et par le pharmacien, comme lié à la présence d'une prescription et l'affluence en officine. Le patient percevait aussi que c'était lié au professionnel lui-même : certains informent, d'autres non. Le pharmacien ajoutera pour expliciter cette fois l'absence d'information : le traitement pris sur le long terme, l'absence de demande/de souhait du patient et la demande implicite de discrétion du patient lorsqu'il s'agit d'une pathologie réputée « taboue ».
- L'autonomisme était absent des relations patient-pharmacien. Ou plutôt, il n'était pas possible d'opérer une distinction entre les deux extrêmes : les relations centrées sur le professionnel (« autocratie ») et celles centrées sur le patient (« autonomisme »), tant elles étaient peu élaborées. Les attentes du patient vis-à-vis du pharmacien étaient « peu élevées », sur le plan de la relation, dans notre échantillon. La plus citée était la disponibilité de produits. Le fait que le patient perçoive le pharmacien comme « un vendeur » ne semblait pas lié à un niveau de satisfaction faible ou élevé. Toutefois, les patients les plus satisfaits étaient ceux qui avaient tissé, avec leur pharmacien, une relation interpersonnelle sur laquelle ils pourraient compter en cas de problème.

Les profils des pharmaciens étant peu contrastés sur le plan des pratiques actuelles, la mise en lien entre la pratique actuelle et d'autres tendances s'est avérée impossible. Quasi tous les pharmaciens présentaient au mieux des pratiques « autocratiques », soit la transmission d'information non-personnalisée.

Collaboration actuelle médecin-pharmacien

- La typologie constituée sur base de la littérature en matière de collaboration interprofessionnelle (3-5) a été adaptée en fonction des situations décrites par les professionnels (voir Tableau ii, en Annexe). Les adaptations suivantes ont été réalisées : l'ajout d'un type « Transfert de connaissances à l'autre professionnel » (en vue d'un apprentissage), la mise en retrait du réseautage et l'élaboration de deux sous-types catégories de « consultation ».
- Tant les médecins que les pharmaciens de notre échantillon mentionnaient des relations peu partenariales, souvent au mieux de la transmission d'information suivie par la décision d'un professionnel (la consultation) même si des pratiques plus avancées existaient. Les traitements de substitution par opiacés semblaient constituer le terrain de prédilection des pratiques collaboratives les plus avancées.
- Chez les médecins, les collaborations plus avancées étaient des relations exclusives. Elles étaient limitées à un ou quelques pharmacien(s). Ce phénomène n'était pas observé chez les pharmaciens.
- Chez les pharmaciens, il semblait exister un lien entre une pratique partenariale avec le patient et une relation interprofessionnelle avec le médecin, elle aussi plus partenariale. Les résultats interrogent les liens entre les deux types de relation.
- Les résultats questionnent également la place du réseautage (situé entre l'isolation et la collaboration dans la typologie initiale). Parmi les médecins, il ne semblait pas constituer un préalable à une collaboration plus avancée à l'exception du transfert de connaissances, encore qu'il soit prématuré de donner une directionnalité à ce lien.

2. PERCEPTIONS & REPRÉSENTATIONS DES AUTOTESTS À VISÉE DIAGNOSTIQUE

Préalable : expérience des autotests à visée diagnostique

L'expérience des autotests était très limitée, parmi notre échantillon. La quasi-totalité des pharmaciens rapportaient des ventes limitées en volume ou en variété de tests (VIH, infections urinaires). Seule une minorité de patients et de médecins en avaient fait l'expérience. Une partie des médecins et des patients ne connaissaient pas leur existence, avant l'entretien.

Par ailleurs, il persistait après explications une confusion avec les dispositifs de dépistage organisés ou de dépistage de masse et ce, parmi certains membres de trois groupes.

Perceptions générales

- Quoique les positionnements « pour » ou « contre » étaient présents dans les trois groupes, beaucoup n'adoptaient pas une position tranchée en regard des autotests. Cette tendance était plus marquée chez les professionnels que chez les patients.
- Les patients semblaient plus favorables aux autotests que les médecins et les pharmaciens. Dans notre échantillon, le positionnement le plus fréquent était en faveur des autotests parmi les patients et sans position tranchée chez les médecins et les pharmaciens.

- Les patients en faveur des autotests l'étaient en raison de l'apport des autotests en matière d'autonomie (au sens de « se réapproprier sa santé »). Tous présentaient une insatisfaction ou de l'autonomisme dans leur relation avec le médecin (à l'exception des patients diagnostiqués VIH+). Ceux qui étaient défavorables aux autotests étaient aussi opposés à l'automédication et à ses dérivés.
- Les médecins en faveur des autotests étaient aussi favorables à l'autonomie du patient ou à la prévention. Si leurs pratiques n'étaient pas nécessairement partenariales, elles l'étaient au minimum sur le plan du discours. Ceux qui étaient en défaveur des autotests présentaient des pratiques très centrées sur le soignant, peu partenariales.
- Les pharmaciens en faveur des autotests étaient tous des jeunes pharmaciens, au sens de « récemment diplômés ».

Points forts & points faibles des autotests selon les 3 groupes.

Le tableau ci-après comprend l'ensemble des points forts et des points faibles.

Sur le plan des rôles, les changements suivants étaient mentionnés : un changement positif pour le patient (à savoir. Plus d'autonomie) et un changement négatif sur la relation patient-médecin (à savoir. Un risque de mise de côté du médecin ou d'une réduction de du médecin à sa dimension technique). Ces changements perçus étaient partagés par les 3 groupes.

Tableau 1. Récapitulatif des points forts et des points faibles des autotests à visée diagnostique

Points forts	Points faibles
Cité par le/les : Patient-Médecin-Pharmacien ➔ Contribue à l'autonomie du patient ➔ Permet au patient de réaliser en semi-autonomie le suivi d'un problème diagnostiqué, voire de déterminer si ce qu'il met en place lui-même est efficace (PA) ➔ Améliore le dépistage d'un problème de santé (><), permet d'oser réaliser le test pour des pathologies sensibles, des examens « embarrassants », ➔ Permet d'éviter une consultation, d'en économiser le coût (PA)°. Permet de désengorger les cabinets médicaux et les urgences (FA, PA). (><) ➔ Rassure le patient (ou le partenaire dans le cas du VIH)(PA) dans un délai court, y compris pour une utilisation en routine (PA, FA) (><).	Patient-Médecin-Pharmacien ➔ Coût élevé ➔ Manque d'accompagnement du patient. <i>Risque d'incompréhension des conditions pour garantir la validité du test (PA) et de difficultés dans la réalisation de l'autotest (><).</i> (FA) Absence d'information/formation du personnel médical et paramédical (MG). ➔ Risque d'engendrer une situation difficile à gérer (acte désespéré, déni, prise de risque (MG)), particulièrement si la personne est seule face à son résultat pour un test à pronostic fort (><) ➔ Risque de mettre à mal la relation médecin-patient : de remplacer la consultation médicale régulière (FA), de réduire le MG à la dimension technique (MG), ou le mettre de côté (PA). ➔ Limité dans son approche de la santé, un paramètre hors contexte ne vaut pas un avis médical. ➔ Vise les économies (les pouvoirs publics) (FA, PA), les rentrées (les firmes) (FA), pas la santé de la population. (FA,GP) Insuffisamment réfléchi en matière de santé publique et individuel (pas EBM ou anxiogène) (MG), y compris, dans le choix des tests. (><)
Patient-Médecin ➔ Préserve l'anonymat (ce qui valorise l'accessibilité) (><) Patient-Pharmacien ➔ Permet d'amorcer une discussion avec un professionnel de santé. (Valorisant pour ce dernier). Médecin-Pharmacien ➔ Permet de "(Re)Nouer avec la médecine/le système de santé (FA)". L'autotest = une porte d'entrée. (><)	Médecin-Pharmacien ➔ Risque d'engendrer une surconsommation d'autotests (FA, MG) ou de soins (MG)
Patient ➔ Évite d'autres contaminations. (VIH) ➔ Assure un confort de réalisation, sans devoir aller chez le médecin → accroît l'accessibilité. ➔ Simple à réaliser ➔ Permet d'éviter un acte médical invasif ou inutile. ➔ Permet une prise en charge plus adéquate : un diagnostic rapide en « débroussaillant » le terrain pour le médecin ; identifiant le type de médecin ou l'urgence, à consulter. Médecin ^{iv} ➔ Dispense le médecin d'une partie de la médecine qui ne l'intéresse pas (l'aspect technique, prescrire des tests) ➔ Aide à faire avancer le débat sur l'administration de tests rapides (hépatite C) par des non-médecins	Patient ➔ Persistance de problèmes d'accessibilité. (VIH :existence d'un interlocuteur et traçabilité de l'achat). ➔ Risque d'encourager l'automédication ➔ S'inscrit dans une perspective de santé négative, de médicalisation de la vie Médecin ➔ Risque d'accroître la charge de travail des médecins (><) ➔ Risque de banaliser le VIH, d'encourager les pratiques à risques ➔ Risque de passer à côté d'un problème de santé, du fait des faux négatifs. ➔ Risque d'aggraver les inégalités en matière de santé.

Suite →

Pharmacien ➔ Donne des balises, au pharmacien, en cas d'automédication par le patient.	Pharmacien ➔ Risque de susciter des attentes démesurées, en regard de ce qu'ils « mesurent ». ➔ Demande faible → problème de gestion de stock, absence de routine dans le conseil. ➔ Intérêt limité s'il est nécessaire de consulter en cas de test positif.
Commentaire : Il n'existait de consensus : ni sur l'intérêt de certains tests « plus polémiques » (en particulier : Lyme, Gluten, ...) ni sur la crainte de la réaction de désespoir d'un patient face à un autotest positif, particulièrement le VIH.	
Légende : En italique, les éléments cités par une partie des répondants. > : l'inverse est également mentionné. PA= patient, MG=médecin généraliste, FA=pharmacien.	

Profils d'utilisateurs.

Quoique les profils soient variés, les trois groupes partageaient une certaine vision sur le plan des profils. Ainsi :

- L'utilisateur-cible était celui qui ne consulte peu ou pas. Il était aussi capable de gérer intellectuellement le résultat.
- L'utilisateur redouté était celui qui ne pourra pas gérer la réalisation et le suivi mais cette fois sur le plan émotionnel.
- L'utilisateur-type était celui qui ne souhaite pas passer par le médecin (ce qui rejoint à la fois l'autonomie du patient et l'idée d'un risque d'une mise de côté du médecin). Ce type d'utilisateur comportait des dimensions connotées négativement chez certains professionnels. Un portrait de l'utilisateur de l'autotest VIH, soit l'autotest le plus vendu/acheté, était en outre systématiquement dressé.
- Enfin, le non utilisateur type était celui qui bénéficie d'un suivi médical régulier, catégorie dont faisait partie les patients-répondants et dans laquelle les médecins plaçaient leur patientèle.

Tableau 2. Récapitulatif des Représentations du type d'utilisateur d'autotests à vise diagnostique. **Une personne qui :...**

Utilisateur « cible »	Utilisateur « redouté »
Cités par le/les : Patient-Médecin-Pharmacien ➔ Consulte peu (MG, FA) ou pas de médecin. (→ (re)nouer avec le système de soins). <i>Les moins de 45ans (FA).</i> ➔ Est capable de gérer le « résultat » intellectuellement, <i>éduquée (en matière de santé) (PA).</i> Elle pourra déterminer s'il y a lieu de consulter ou <i>qui se connaît et qui pourra prendre en charge elle-même un problème de santé « en routine » ex. infections urinaires (MG).</i> Médecin-Pharmacien ➔ Forte émotionnellement, <i>raisonnable (MG)</i> , capable de gérer le résultat. Patient : ➔ Présente un risque ou des signes. ➔ Souhaite une réponse rapide. Médecin : ➔ Est responsable, qui prend sa santé en mains. Pharmacien : ➔ Ne consulterait pas pour ce type de problème (FA).	Patient-Médecin-Pharmacien ➔ Ne peut gérer la réalisation et le suivi d'un autotest : - Émotionnellement (anxieux ou fragile) (PA, MG, FA) → elle ne pourra réaliser le test posément (PA), elle risque de surconsommer et d'être sous l'emprise de la panique (MG). - Intellectuellement (FA).
Utilisateur-type	Non-Utilisateur type
Patient-Médecin- Pharmacien ➔ Veut éviter de passer par la case « médecin », <i>par manque de temps (FA), par pudeur/gêne ou manque de dialogue/confiance, qui n'ose pas parler de certains problèmes à son médecin (PA, MG), qui veut en avoir le cœur net et est fatigué d'entendre son médecin dire qu'il est en bonne santé (MG).</i> ➔ Un « Portrait » de l'utilisateur-type de l'autotest VIH Médecin-Pharmacien ➔ Est impatiente, qui n'a pas appris à attendre quand elle a une question, qui veut être rassurée. Patient ➔ Est diplômée, plutôt aisée (→ connaissance de l'existence des autotests).(>) Médecin ➔ Est motivée par la prévention ; qui veut vérifier si elle est en bonne santé, en l'absence de symptômes. ➔ A une crainte/anxiété/plainte par rapport à <u>un</u> problème de santé ➔ Consulte Internet. ➔ N'a pas la formation suffisante pour comprendre le résultat.(>) Pharmacien ➔ Est inconnue de l'officine. ➔ Pour un problème de santé récurrent.	Patient-Médecin-Pharmacien ➔ Bénéficie d'un suivi médical régulier, <i>avec des liens de confiance (PA), plus âgées (FA, MG).</i> Soit une partie des patients-répondants et de la patientèle des médecins répondants). Médecin-Pharmacien ➔ Est socioéconomiquement précarisée/défavorisée (qui se rendra aux Urgences). Pharmacien ➔ Peut attendre (sereinement) le rendez-vous médical.

Fiabilité des autotests

- Aucun patient et aucun pharmacien n'estimaient que les autotests n'étaient pas du tout fiables.
- Les tendances les plus présentes dans notre échantillon étaient : chez les médecins de ne pas savoir si les autotests étaient fiables ; chez les pharmaciens de penser que les autotests étaient fiables (du fait de : l'autorisation de commercialisation, l'expérimentation sur soi-même de l'AVD ou encore, la confiance dans la technique de mesure).
- Une émission télévisée était mentionnée comme ayant jeté le doute sur la fiabilité des autotests, chez les patients. Certains semblaient toutefois avoir intégré l'idée que tout test comporte une marge d'erreur (une marge d'erreur à laquelle les autotests n'échappent dès lors pas). La fiabilité était parfois posée comme condition par des patients tandis que d'autres soulignaient que la fiabilité s'améliorera grâce à la recherche et que l'enjeu d'autonomie était plus important à soutenir.

3. AUTOTESTS A VISÉE DE DIAGNOSTIQUE & CHANGEMENTS DANS LES RELATIONS.

Autotests & changements de rôles

- Les représentations étaient variées. Elles variaient entre les groupes et à l'intérieur de ceux-ci. Il n'existait pas une seule manière de voir le changement de rôle induit par les autotests.
- Les tendances lourdes, partagées par les groupes de répondants semblaient être : un changement positif pour le patient (plus d'autonomie. A doser pour que cela ne tourne pas à de l'autonomisme), un risque de mise à l'écart du médecin, un rôle plus actif pour le pharmacien si certaines conditions étaient remplies.
- Chez le patient, ceux qui présentaient des variations vers l'autonomisme et percevaient aussi les autotests comme porteurs d'un changement de rôle (généralement positif) pour le patient.
- Chez le médecin, ceux qui étaient favorables aux autotests, percevaient un changement de rôle positif pour le patient ainsi que l'absence de changement dans leur propre rôle : l'autotest s'inscrit dans une approche préexistante d'autonomisation progressive du patient (effective ou perçue comme telle). A l'inverse, ceux qui y percevaient un changement négatif pour leur rôle, étaient défavorables aux autotests et présentaient des pratiques centrées sur le soignant.

Tableau 3. Changements de rôles induits par les autotests tels que perçus par les 3 groupes.

Chez le patient (41 sur 58)	Changements :	Positifs : ➔ Plus d'autonomie du patient dans la prise en charge de sa santé (MG, FA) : Rester un acteur de santé, un sujet, une personne pas un objet de soins, une pathologie (PA). Ainsi le patient pourra : - Initier/enclencher la démarche vers le diagnostic (et consulter si cela se justifie) (PA) - Obtenir un accès direct aux résultats, sans temps d'attente, sans intermédiaire (pallie une situation insatisfaisante : l'accès au résultat différé, le non-partage des résultats par le médecin) (PA) - Procéder à des mesures avant-après auto traitement (PA) - Gérer, en semi-autonomie, un problème de santé en routine (PA) ➔ Peut permettre à la personne de (re)nouer avec le domaine médical. (MG, FA) ➔ Permet une prise en charge plus efficace, parce que plus précoce et prenant place dans des services moins engorgés/saturés. (FA)
	Absence de changements :	Négatifs : ➔ Peut encourager le patient à espacer ses visites chez le médecin (MG) ou à ne pas consulter (FA), voire à l'autonomisme (autodiagnostic, automédication, risque de surconsommation) (PA,MG). ➔ Le changement n'est pas de l'ordre du changement de rôle (PA, FA) ➔ Les autotests participent à une tendance déjà présente (PA) ➔ Les patients n'utiliseront pas les autotests, ils consulteront. (MG) ➔ Pas de changement de la pratique du médecin → pas de changement pour le patient (MG)
Chez le médecin (34 sur 58)	Changements :	Positifs : ➔ Allège le travail des médecins généralistes (PA) au profit du patient. Le médecin peut alors se concentrer sur les patients qui nécessitent une consultation dans des cabinets moins engorgés (consultation, si résultat préoccupant) (FA, MG) ➔ Soutient le médecin sur le volet « préventif » (MG) ➔ Suscite le dialogue avec le patient en offrant une grille de lecture. (FA) Positifs pour le patient, potentiellement vécus négativement par le médecin (PA)°: ➔ Retire au médecin une partie de ses prérogatives: de son travail, de son pouvoir (celui de faire certains diagnostics), de sa position dominante (PA)

Suite →

		Négatifs : ➤ Peut empêcher le médecin généraliste d'exercer son rôle : lui enlever une partie de ses prérogatives en matière de diagnostic (FA), le « mettre hors-jeu » (MG, PA) en supprimant l'opportunité d'exercer son rôle (plus de contact avec le patient) ; En allant à l'encontre de son approche holistique, en le réduisant à la dimension technique (MG) Note : Certains médecins refusaient ce changement et proposent un encadrement par les médecins/infirmiers voire la prescription des « auto »tests (un non-sens pour d'autres) (MG) Suite ➔ ➤ Peut accroître la charge de travail du médecin (rassurer le patient anxieux) (MG)
	Absence de changements :	➤ Correspond à l'approche actuelle (autonomie, dépistage/prévention) (MG) ➤ La démarche reste la même (PA, MG) : comprendre la plainte du patient (l'autotest = un des points de départ) ou vérifier avec un test classique (MG) ; resituer le résultat de l'autotest dans son contexte, identifier la cause et définir la thérapeutique (= le rôle du médecin) (PA) ➤ Les médecins ne se sentiront pas concernés (FA) ➤ Le changement n'est pas de l'ordre du changement de rôle. L'autotest= une aide. (FA)
Chez le pharmacien (42 sur 58)	Changements :	Positifs (FA, PA) ou qui devraient/pourraient avoir lieu (MG) : ➤ Jouer un rôle plus actif vis-à-vis du patient : aller au-delà de la dispensation de médicaments (PA, MG, FA). La nature du rôle diffère toutefois entre les 3 groupes mais aussi à l'intérieur des groupes. Le minimum était d'informer pour permettre une bonne utilisation et garantir un suivi adéquat jusqu'à offrir une lecture commentée du résultat (FA) ou proposer le test de manière ciblée (PA). L'articulation avec le médecin était plus ou moins soulignée. Des obstacles à ce changement étaient mentionnés : tensions avec le rôle du médecin (FA), manque de formation (FA, MG), conflit d'intérêts entre conseil et vente (FA, MG), difficulté de garantir la confidentialité (FA, MG), motivation variable du pharmacien (MG), ... ➤ Faire un premier tri comme permettant d'alléger le travail du médecin (FA) ➤ Avoir des balises dans les cas d'automédication du patient (FA) ➤ Informer les médecins, concernant les autotests et leur fiabilité (MG)
		Négatifs (FA, MG). ➤ Risque de conseiller un autotest sans disposer de tous les critères (faute d'anamnèse) (MG) ➤ Initier un traitement après un autotest positif, en <i>by-passant</i> le médecin (MG) Note : certains médecins refusaient le rôle de « conseil » du pharmacien, qui <i>by-pass</i> le médecin. ➤ Assurer un rôle qui n'est pas le leur : « le service après-vente » d'un test : rassurer, ... (FA)
	Absence de changements :	➤ Le pharmacien = un vendeur, pas un partenaire de soins (PA, MG). En outre, le contexte ne s'y prête pas. ➤ La dynamique de dialogue avec explication, l'analyse de la demande (PA, MG), l'aide à la décision (FA) et le capital confiance (PA) préexiste aux autotests. ➤ Le volume des ventes est trop faible pour susciter un changement (FA) ➤ Le changement n'est pas de l'ordre du changement de rôle. L'autotest=une aide au diagnostic (FA).

Autotests & changements dans les relations

- Chez le patient, il semblait exister un lien entre être insatisfait de ses relations avec le médecin, voir les autotests comme porteur d'un changement positif pour « les relations patient-médecin » et présenter des relations centrées sur le médecin. A l'inverse, il semblait exister un lien entre percevoir les autotests comme inducteurs de changement négatif, être satisfait de ses relations et être défavorable aux autotests. En somme, les autotests seraient perçus comme porteurs de changement positif dans une situation insatisfaisante sur le plan du partenariat et perçus comme négatifs là où la situation est satisfaisante.
- Chez les médecins, comme mentionné précédemment, il semble exister un lien entre être favorable aux autotests et les percevoir comme ne modifiant pas la relation perçue comme déjà partenariale.

LIENS AVEC LA LITTÉRATURE

Une seule recherche (6) abordait les retombées des autotests sur les relations patient-médecin-pharmacien. Il était question de la relation patient-médecin. Cette recherche qualitative menée sur des utilisateurs d'autotests au Pays-Bas révélait que la crainte de patients que les médecins généralistes ne prennent pas leur résultat au sérieux ou que la relation de confiance avec le médecin en soit affectée (parce que le médecin n'apprécie pas que le patient ait réalisé un autotest), s'était avérée fondée pour une partie d'entre eux. Trois de ces éléments sont présents dans Care-test : la crainte de mise à mal de la relation patient-médecin, le rejet des autotests par certains médecins, la non-prise au sérieux par le médecin du résultat (dans les rares exemples d'expérience effective relatée par le médecin). L'utilisation des autotests étant « balbutiante » en Région de Bruxelles capital, il était prématuré de s'avancer sur une influence quelconque du recours à un autotest sur la relation de confiance avec

le médecin, sur le long terme. Care-test met néanmoins en évidence d'autres tendances. En outre, il semblerait que les autotests affecteraient relativement peu les relations patient-médecin, lorsque celles-ci sont réellement partenariales.

LIMITES

- La recherche qualitative ne permet pas la généralisation des résultats. Elle permet de mettre à jour l'ensemble des tendances possibles et pas de déterminer dans quelles proportions ces tendances sont présentes dans la population. Nous avons toutefois discuté ici des tendances lourdes en ce sens qu'elles sont partagées par les différents groupes de répondants.
- Nos échantillons ne sont pas pairés. Les répondants des différents groupes ne sont en principe pas en relation. Par exemple, les pharmaciens et médecins ne sont pas ceux des patients. Aussi, il n'est pas possible de terminer le point de vue des autres acteurs impliqués dans la relation. L'insatisfaction peut provenir du fait que le patient n'a pas rencontré le type de relation qu'il cherche chez le médecin ou le pharmacien, pas que ce type de relation n'existe pas.
- Les données sont « rapportées », autodéclarées, par le répondant. Elles n'ont pas été objectivées par un autre moyen de recueil de données, notamment l'observation pour les pratiques. La désirabilité sociale peut avoir joué.
- Les répondants étaient recrutés sur base du volontariat. Il est plausible qu'ils aient été intéressés par cette recherche parce qu'ils souhaitaient s'exprimer sur le sujet.
- Les patients et les pharmaciens présentent des caractéristiques particulières. Les patients-répondants étaient âgés de 39 et 75 ans, c'était aussi un public averti en matière de santé. Les pharmaciens étaient relativement expérimentés et travaillaient désormais dans une seule officine (ils ne réalisaient pas/plus de prestations itinérantes)
- Enfin, lors de la recherche, les autotests à visée diagnostique étaient en phase de lancement. Ils étaient in/méconnus de la plupart des médecins et des patients. Aussi, Care-test s'est penché sur les changements potentiels perçus plus que les changements effectifs. Par ailleurs, beaucoup de professionnels adoptent des positionnements prudents, par manque de recul. Aussi, établir des liens avec d'autres tendances s'est parfois avéré impossible, du fait des faibles effectifs dans chaque « catégories ».

RECOMMANDATIONS POUR LA RECHERCHE & POUR LA PRATIQUE, voir document correspondant.

Pour toute information complémentaire : sandrine.roussel@uclouvain.be

REFERENCES

1. Botelho RJ. A Negotiation Model for the Doctor-Patient Relationship. Fam Pract. 1992;9(2):210-8.
2. Szasz TS, Hollender MH. A contribution to the philosophy of medicine. The basic models of the doctor-patient relationship. AMA Archives of internal medicine. 1956;97(5):585-92.
3. Boon H, Verhoef M, O'Hara D, Findlay B. From parallel practice to integrative health care: A conceptual framework. BMC Health Services Research. 2004;4:1-5.
4. Gaboury I, Boon H, Verhoef M, Bujold M, Lapierre LM, Moher D. Practitioners' validation of framework of team-oriented practice models in integrative health care: A mixed methods study. BMC Health Services Research. 2010;10.
5. D'Amour D, Goulet L, Labadie J-F, Martín-Rodríguez LS, Pineault R. A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. BMC Health Serv Res. 2008;8(1).
6. den Oudenammer WM, Broerse JEW. Towards a decision aid for self-tests: Users' experiences in The Netherlands. Health Expectations. 2019;22(5):983-92.

ANNEXES

Tableau i. Typologie relations patient-professionnel de santé.

(1) Autocratie Passivité/activité	(2) Paternalisme Guidance/Coopération	(3) Egalitarisme Participation mutuelle	(4) Autonomisme
Information unilatérale du professionnel, qui ne part pas de ce que le patient sait ou souhaite savoir	Personnalisation de la démarche. Le professionnel garde la main ou le patient s'en remet à lui.	Décision partagée, relation d'égal à égal	
1.1. information. Transmet le diagnostic, le traitement sans personnalisation et <u>sans</u> justification (le pourquoi). Peut être très détaillé	Explication personnalisée partant de ce que le patient sait , (de ses représentations), de son expérience de la maladie. Dialogue à ce propos → recueil des informations auprès du patient pour personnaliser ses explications ou motiver ses décisions en expliquant le cheminement qui a amené cette décision Motivation, Autonomisation et Co-décision ne sont pas présents ou l'un deux est présent à l'état embryonnaire.	3.1. Participation effective. Autonomisation progressive ^v du patient ; Co-décision ; Motivation sur base des objectifs, projet de vie du patient	4.1. Professionnel : Ne prescrit/délivre pas (nécessairement) ce que le patient demande. Continue à assurer un accompagnement Patient : Continue à y aller mais ne fait pas ce qui a été discuté avec le professionnel.
1.2. Information avec justification, les raisons (le pourquoi)		3.2. Participation en potentialité (« mobilisable », sur laquelle le patient pourra compter en cas de problème Relation basée sur la confiance, communication ouverte. Contacts interpersonnels d'égal à égal	4.2. Professionnel : Prescrit/délivre ce que le patient demande. Continue à assurer un accompagnement. Patient : Demande d'examen, de médicaments, ... le professionnel prescrit/délivre.
1.3. Information/Instruction personnalisée sur base d'éléments de contexte, recueillis « par observation » (du fait de visite au domicile, de suivi du patient et de sa famille sur une longue durée).			4.3. Rupture.

Tableau ii. Typologie Collaboration interprofessionnelle médecin-pharmacien

i. Isolement , fonctionnement en parallèle. Ne se contactent pas.	
ii. Consultation : demander des informations, donner des renseignements, deux sous-catégories : 2.1. Exposer une situation-problème, sans proposition de solutions (FA) ou en communiquant sa solution (GP) (cf. absence de discussion) ; demande d'information 2.2. Exposer une situation-problème, en proposant/demandant des alternatives, sans discussion. Un des deux décide.	
iii. Transfert de connaissances : apprendre/expiquer de/à l'autre professionnel afin de gagner en compétences.	
iv. "Collaboration active" - Interdisciplinaire : décision partagée ou travail en équipe (travailler avec les mêmes objectifs et la même méthode)	
v. Intégration : décision partagée + centrée sur le patient (approche « holistique »)	+ Réseautage. Faire connaissances , se connaître mais ne pas travailler ensemble.

NOTES :

ⁱ Par « autotest à visée diagnostique », nous entendons les autotests commercialisés en officine à partir de l'automne 2016. Ceux-ci peuvent être réalisés et interprétés par le patient lui-même. Ceux-ci peuvent être réalisés et interprétés par le patient lui-même. Ils concernent les infections urinaires, le VIH, la maladie de Lyme, le Gluten, la recherche de sang occulte dans les selles, le tétanos, le Chlamydia, le cholestérol, l'hypothyroïdie, les carences en fer, les allergies, ... Cela n'inclut pas les tests de grossesse ou de Covid-19.

ⁱⁱ L'autonomisme n'est pas l'autonomie. C'est l'extrême du continuum où tout le pouvoir est au patient. Il n'y a plus de partenariat. L'autonomisme recouvre différentes situations : le maintien de la relation même s'il n'y a pas d'accord (le patient peut adapter librement le traitement, le professionnel peut ne pas être d'accord avec une demande du patient) ou la rupture de la relation. Cette terminologie est empruntée à Botelho (1992).

ⁱⁱⁱ Par « tout-venant » ne nous entend « pas nécessairement formés » aux approches participatives. Certains participants l'étaient (y compris des patients), d'autres non. Avoir suivi une formation ne constituait pas un critère d'inclusion.

^{iv} Des médecins établissaient des distinctions entre la population et leurs patients. Des patients précisaient, quant à eux, des éléments spécifiques aux autotests VIH. Le tout a été regroupé, afin d'offrir une vue d'ensemble.

^v L'autonomie est un type 3. Il ne s'agit pas de rompre avec le monde médical (ce qui serait de l'autonomisme), mais de pouvoir gérer son traitement par soi-même (autonomie fonctionnelle) ou de pouvoir prendre ses décisions en matière de santé (autonomie décisionnelle).