

CARE-TEST

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

Projet 2017-PFS-EH-16

RECHERCHE QUALITATIVE EXPLORATOIRE



Sandrine ROUSSEL¹ ; Marie PORCU² ; Sarah RONDEAUX³ ; Tessa BRAECKMAN⁴ ; Carine DE VRIESE³, Stephan VAN DEN BROUCKE¹
Affiliations : ¹UCLouvain ; ²CHC Mont-Légia, ³ULB, ⁴VUB.

Parrains & Marraines: SSMG (& FAMGB) ; APB (& UPB),
Mutualité Chrétienne (& Mutualités Saint-Michel), ACN.

Financé par : INNOVIRIS-Bridge



LOUVAIN-LA-NEUVE, MAI 2021

REMERCIEMENTS

Les auteurs remercient toutes celles et ceux qui ont rendus la réalisation de cette recherche possible particulièrement :

Aux participants à la recherche pour le temps consacré, leur enthousiasme et leur sincérité,

Aux organisations de terrain ayant contribué à la mise en contact avec les participants,

A Sylvie Fainzang et François Martin, experts du comité de suivi pour leurs questions et observations stimulantes,

Aux parrains et marraines pour leur soutien plus particulièrement à Hervé Avalosse (MC), Thomas Orban (SSMG), Alain Chaspierre (APB), Elisabeth Darras et Marie-Thérèse Celis (ACN), Cécile Avril et Michel De Volder (FAMGB), qui nous ont accompagnées tout au long du projet.

A tous ceux qui donneront vie à ce rapport.

Care-test est une recherche financée par Innoviris, L'Institut Bruxellois pour la Recherche et l'Innovation.

PRESENTATION DES DIFFERENTS DOCUMENTS

Cette recherche qualitative exploratoire est une partie de Care-test. Elle a donné lieu à quatre documents compilés ci-après :

- Synthèse des résultats (10 pages)
- Des recommandations (9 pages)
- Synthèse pour chacun des groupes de répondants (patients, médecins, pharmaciens) (27 pages)
- Le rapport complet de recherche, comprenant les verbatim. (232 pages)

Chacun de ces documents comprend une brève introduction comprenant les hypothèses et la méthodologie afin d'en permettre une lecture indépendante.

Pour toute question, merci de vous adresser à : sandrine.roussel@uclouvain.be

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 ➔ 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/expliciter 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).

CARE-TEST

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

2017-PFS-EHS-16

RECOMMANDATIONS



Mai 2021

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

RECOMMANDATIONS



OBJECTIFS-HYPOTHÈSE ET QUESTIONS DE RECHERCHE

Care-test s'intéresse à la relation patient-médecin-pharmacien, en général et à cette relation dans le contexte des autotests à visée diagnostique¹, en particulier. Le contexte constitue un cadre dans lequel étudier les relations. Il ne s'agit pas d'une recherche sur les autotests en eux-mêmes. Il ne s'agit pas non plus de les promouvoir. L'hypothèse générale est que les autotests à visée diagnostique, par leur nature (cf. le patient peut réaliser un test par lui-même) sont un défi pour les relations de soins et peuvent créer un nouvel équilibre dans la relation patient-professionnel. Care-test vise à répondre aux questions suivantes : Dans quelle mesure, l'introduction des autotests à visée diagnostique en pharmacie influence-t-elle les relations patient-médecin-pharmacien ? Quels sont les facteurs qui encouragent/entravent les relations partenariales dans ce cadre ?

METHODOLOGIE

Cette recherche qualitative visait à obtenir une vue d'ensemble des relations actuelles patient-médecin-pharmacien, à explorer comment les patients et les professionnels de santé perçoivent les autotests à visée diagnostique ainsi qu'à 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. Cette recherche a été menée par entretiens semi-directifs auprès de 17 patients, 25 médecins et 16 pharmaciens de la Région de Bruxelles Capitale². Elle a été réalisée avant la pandémie de Covid-19.

La rédaction de ces recommandations prend en considération les éléments suivants :

(1) Les résultats de recherche. Les résultats correspondants sont spécifiés après chaque recommandation, sous l'intitulé « raisons » ; (2) Les propositions émises par les participants à la recherche, celles-ci nous permettent d'optimiser les chances d'adhésion aux recommandations, elles émanent toutefois le plus souvent d'une partie des répondants ; (3) Notre cadre idéologique. La finalité de Care-test est une évolution vers des relations patient-médecin-pharmacien plus partenariales. Par conséquent, seules ont été retenues les propositions qui vont dans ce sens ; (4) L'autonomie est comprise dans une optique partenariale. Il s'agit de pouvoir gérer sa santé au quotidien (autonomie fonctionnelle) mais aussi de pouvoir faire des choix éclairés en matière de santé (autonomie décisionnelle). Il ne s'agit pas de gérer sa santé de manière isolée, indépendamment de tout professionnel de santé ; (5) La collaboration interprofessionnelle est considérée comme un moyen pour parvenir dans une situation donnée à assurer des relations partenariales avec le patient. Elle ne constitue pas une fin en soi, dans ce projet.

RÉSULTATS DE RECHERCHE

Les autotests à visée diagnostique sont un « non-événement » sur le plan des volumes de vente. Celles-ci ont en effet été relativement faibles. Aussi, serait-il aisé de conclure qu'ils n'ont eu que peu voire pas d'impacts sur la relation patient-médecin-pharmacien. Toutefois, les résultats de recherche peuvent permettre de réfléchir aux modalités de mise en œuvre de dispositifs similaires, dans une optique partenariale.

En effet, les autotests à visée diagnostique ont fait leur apparition dans un contexte peu partenarial et peu préparé. Aussi, nombre de propositions visent-elles à rendre ce contexte plus propice. Par ailleurs, la recherche laisse apparaître des conjonctions peu favorables, génératrices de tensions qui mettent en exergue la nécessité d'agir dans ce sens. Par exemple, des patients favorables aux autotests l'étaient en raison de l'autonomie que ce dispositif procure. Ils mentionnent toutefois une forme d'insatisfaction dans leur relation avec les médecins ou une mise de côté déjà effective. Alors que, les médecins défavorables aux autotests présentent précisément des pratiques peu partenariales, centrées

¹ 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. 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, les tests d'ovulation et les autotests Covid-19.

² Cet échantillon rencontre le principe de saturation théorique qui est d'application en recherche qualitative. A savoir. Le recueil de données prend fin lorsque les interviews menées avec de nouveaux répondants ne produisent plus d'information nouvelle. La recherche qualitative ne porte pas sur un échantillon représentatif. Elle vise à déterminer les tendances existantes et non l'ampleur de celles-ci.

sur le soignant. L'utilisation d'un autotest par ce type de patient risque de ne pas être accueillie positivement par ce type de médecin.

Les principaux changements perçus dans la relation patient-médecin-pharmacien mis en évidence par la recherche étaient :

- un changement positif pour le patient (vers plus d'autonomie, au sens de « se réapproprier sa santé »)
- un changement négatif pour la relation patient-médecin, avec le risque de mise hors-jeu du médecin.

Le rôle du pharmacien était quant à lui conditionnel, à des éléments devant être mis en place.

RECOMMANDATIONS

Les recommandations ci-avant concernent les patients, médecins et pharmaciens. Ces acteurs et les relations qu'ils établissent prennent place dans le contexte plus large d'une politique de soins de santé. Les relations partenariales patients-professionnel de santé ne s'instaurent pas. Elles nécessitent des efforts concertés qui s'inscrivent dans la durée (éducation pour la santé du patient, formation des professionnels, cadre de mise en œuvre favorable, ...).

Les recommandations comprennent des recommandations pour la pratique et la recherche. Les recommandations concernant la pratique reprennent la distinction de la relation en général et du contexte des autotests en particulier. Une recommandation prise isolément n'a que peu de sens.

1. RECOMMANDATIONS POUR LA PRATIQUE :

1.1. LA RELATION PATIENT-MÉDECIN-PHARMACIEN, EN GÉNÉRAL

CRÉER UN TERRAIN PLUS FAVORABLE

-Poursuivre les efforts de formation à des approches partenariales, à l'égard des professionnels, en formation initiale et continue **afin de** généraliser les pratiques partenariales (à savoir : la codécision, l'autonomisation du patient, un travail sur la motivation) ou a minima d'évoluer vers ces dernières. Lors des formations, particulièrement les formations continues, il importe de spécifier les concepts qui s'inscrivent dans un discours de « participation ».

- en complément. Sensibiliser à la pertinence de ce type de démarche, notamment via l'utilisation de typologies permettant de situer sa pratique (voir point ci-après).

Raisons : Les relations patient-professionnel ne sont pas massivement partenariales. Or, une partie des patients est en demande de relations plus partenariales avec le médecin et les patients les plus satisfaits de leur relation avec leur pharmacien sont ceux qui ont établi une relation de confiance avec lui. Répondre à cette demande, c'est aussi prévenir la non-observance du patient voire sa rupture avec le monde médical, faute de « dialogue ». Par ailleurs, les approches partenariales sont le fait de professionnels (médecins ou pharmaciens) formés à ces approches, même si la formation ne suffit pas. Notons que si tant certains médecins que certains pharmaciens présentent déjà une pratique partenariale, le chemin qui reste à parcourir par les pharmaciens pour parvenir à des relations de ce type semble plus long. En effet, chez les pharmaciens, une routine d'information (qui est le plus faible niveau de relation) n'est pas systématique (point développé plus loin). Elle doit encore être développée. Les pharmaciens, particulièrement ceux dont les pratiques sont peu centrées sur le patient ne ressentent pas le besoin d'être formés à ce type d'approche. Ils sont convaincus de l'appliquer déjà.

Le langage de la « participation » est intégré au langage des professionnels mais ne semble pas avoir de signification partagée.

-Inciter le professionnel à recourir à des typologies (*voir annexe, la typologie développée dans le cadre de cette recherche en guise d'exemple*) permettant de situer sa pratique sur le plan du partenariat avec le patient. Ce type de typologie peut aussi permettre d'évaluer les attentes du patient en matière de relation.

Raisons : Le langage de la « participation » (communication, explication, patient partenaire, responsabilité partagée, autonomie, négociation, santé globale, etc.) a été intégré au langage du professionnel. Il recouvre toutefois des pratiques variées. Il peut être mal aisé pour le professionnel d'estimer dans quelle mesure sa pratique est partenariale et ce qui pourrait être fait dans ce sens.

-Intensifier les efforts en matière d'éducation santé des citoyens, en veillant à ce que le message délivré soit compréhensif par tous, non-anxiogène et centré sur la santé (*versus* la pathologie). Ces séances seraient données par des professionnels qualifiés (médecins, infirmiers, ...), légitimes pour en parler et formés aux approches partenariales. Elles peuvent être organisées via différents créneaux (notamment les médias grand public) mais systématiquement lors de la scolarité obligatoire. Dans ce cadre, elles comporteraient des aspects pratiques et théoriques. L'objectif est à minima de pouvoir comprendre, idéalement de pouvoir prendre soin de soi et dialoguer avec les médecins. Le contenu peut consister en : situer ses organes, connaître le fonctionnement du corps, identifier les signaux d'alarme, acquérir un esprit critique en regard des sources d'information, connaître les droits du patient et ses implications pratiques, cerner le rôle des différents professionnels de santé et ce qu'il peut en attendre, (que et comment) communiquer avec le généraliste ...

Raisons : Le niveau de littératie en santé³ de la population est perçu comme bas, tant par les patients que par les professionnels. Ce bagage insuffisant maintient le patient dans la passivité voire dans la surconsommation d'exams, de soins et de médicaments, par manque d'esprit critique. Il complique aussi le travail du médecin qui ne peut s'appuyer sur une base minimale pour informer et qui doit parfois convaincre le patient que la surconsommation peut s'avérer délétère pour sa santé. Ce bagage ne permet pas au patient de dialoguer avec le médecin (ou tout autre professionnel de santé).

- Veiller à mettre à disposition du patient et du généraliste des sources d'informations fiables, compréhensibles et à jour. Par exemple. Des sites web avec une navigation, une fonction de recherche et une impression papier aisées afin de contribuer à l'éducation santé du patient, de maintenir le niveau de connaissances du généraliste, de faciliter l'information du patient et le dialogue entre le patient et son généraliste. Cette recommandation a été formulée avec pour cible la relation patient-généraliste. Elle est valable pour toute relation patient-professionnel de santé.

Raisons : L'information sur internet peut être de mauvaise qualité. Il est en outre utile pour certains patients de disposer d'un support papier pouvant être lu tranquillement après consultation.

-Mener une réflexion globalement sur la profession de pharmacien d'officine et son avenir et ce, par les pharmaciens eux-mêmes afin de mieux défendre et valoriser leur profession. Cette réflexion concernerait l'« enrichissement » de leur fonction (en vue de ne pas se limiter à la vente), par exemple autour des questions suivantes : Qu'est-ce qu'un bon pharmacien d'officine ? Quelles compétences doit-il avoir ? Comment les développer ? Quelle est la place du conseil, de la vente ? Quelle est sa place dans la première ligne ? Cette réflexion devrait idéalement ne pas se limiter aux aspects pharmacologiques et intégrer la relation à la personne, au médecin et aux autres professionnels de santé.

Raisons : Le pharmacien est perçu comme une « profession en crise », eux-mêmes s'interrogent sur l'avenir de leur profession. Beaucoup de structures se développent en parallèle. Les attentes des patients-répondants sont faibles concernant le pharmacien, souvent perçu comme « un vendeur ». Toutefois, le patient qui était le plus satisfait sur le plan de la relation patient-pharmacien était un patient qui avait pu tisser une relation égalitaire de confiance avec le pharmacien, sur lequel il « pourra » compter en cas de problème.

A l'issue de cette réflexion, les orientations prises pourront être mises en œuvre de concert par une majorité de pharmaciens (La situation au moment de la recherche est parfois perçue comme caractérisée par un manque de cohésion des pharmaciens entre eux et par une défense de leur profession peu perceptible.). Ces orientations pourront alors être accompagnées de mesures de soutien telles que la formation, un système de rétribution, ... voire une campagne de communication vis-à-vis de la population afin de souligner la plus-value du pharmacien, son rôle et ses obligations. Les obligations auxquelles les pharmaciens sont soumis sur le plan du secret professionnel suscitent en effet les interrogations tant chez les patients que chez les médecins.

³ Les répondants parlent de niveau d'éducation santé « bas ». Le concept de littératie en santé n'était pas utilisé par les patients et souvent utilisé dans une acception limitée par les professionnels (A savoir : « utiliser des mots simples avec les patients »). La littératie en santé est la capacité d'une personne d'accéder à l'information, de la comprendre, de l'évaluer et de l'appliquer afin d'améliorer ou maintenir sa santé et sa qualité de vie. L'éducation pour la santé est un moyen pour parvenir à un niveau plus élevé de littératie.

-En complément du point qui précède : Clarifier les rôles des médecins et des pharmaciens en particulier en ce qui concerne le « suivi » du patient. Cette clarification doit être menée au niveau des organes représentatifs (en y associant les professionnels de terrain). Elle devrait ouvrir la voie à une meilleure collaboration dans un cadre apaisé.

Raisons : L'introduction des autotests met en exergue des crispations sur le plan de la répartition des rôles entre les médecins et les pharmaciens. Faute de balises, l'utilisation que pourrait en faire le pharmacien (l'information communiquée, l'initiation d'un traitement, ...) suscite la méfiance de certains médecins et la réprobation de quelques pharmaciens. La réaction du médecin, escomptée négative, plonge quant à elle des pharmaciens dans l'inconfort. Cette situation n'est pas le propre des autotests, elle est vécue dans le quotidien notamment avec la substitution de médicaments et l'avance de médicaments. Cette clarification des rôles permettrait aussi de fluidifier les contacts médecin-pharmacien, les uns et les autres pouvant mieux jauger quand le contact est nécessaire. Le niveau interpersonnel n'est pas le plus pertinent pour mener cette réflexion. En effet, la clarification est à recommencer avec chaque nouveau contact. Or, ceux-ci sont décrits comme nombreux en Région de Bruxelles Capitale.

-(Re)Penser la circulation des données de santé entre les différents types de professionnels de la santé ainsi qu'entre le patient et les professionnels. Un équilibre est à trouver entre l'accessibilité et le respect de la vie privée.

Raisons : La crainte de vieillir dans un système où il est nécessaire d'être suffisamment bien pour assurer le suivi de sa santé est exprimée par des patients. L'accès limité aux résultats d'examen pour le patient pose question à ce dernier. Le délai (perçu comme étant de 30 jours) est jugé trop long, par les patients, particulièrement en cas de maladie chronique. Il ne permet pas au patient d'être acteur de santé. Par ailleurs, des préoccupations sont exprimées, par les patients et surtout les médecins, en regard de l'informatisation des données. Ces préoccupations concernent le respect du non partage de données demandé par le patient, la protection des données vis-à-vis de tiers et le risque de commercialisation des données.

Autres points d'attention : Assurer la succession des médecins en fin de carrière (le manque de disponibilité et la difficulté de ne plus retrouver un médecin qui présente l'approche qu'ils apprécient, suscitent l'inquiétude des patients plus âgés); Améliorer la communication entre médecins spécialistes ainsi que entre les médecins spécialistes et généralistes ; Outiller le soignant (médecin, infirmier, pharmacien, ...) dans la gestion des « mauvaises nouvelles » (ceux-ci se sentent démunis et réagissent parfois inadéquatement) ; Assurer une formation accessible (temps et coût) aux soignants concernant les pathologies transmissibles d'actualité (notamment pour éviter que des mesures de protection inappropriées nuisent au soin) ; Poursuivre les efforts visant à mettre en place une approche plus concertée avec les patients maîtrisant d'autres langues et issus d'autres cultures, tout en veillant à diffuser ces initiatives auprès des autres professionnels de santé.

ASSURER UN « SERVICE DE BASE » POUR LE PATIENT

-Le médecin : Donner des informations claires et compréhensibles, pour le patient, sur sa maladie, les causes et le pourquoi du traitement et respecter les options de santé du patient (plus ou moins de médicaments, d'examen perçus comme invasifs, d'acharnement thérapeutique). Veiller à réévaluer « régulièrement » les *desideratas* du patient en matière de participation, y compris de participation à la décision.

Raisons : Les patients attendent au minimum cette approche. Faute de la rencontrer, des patients sont « non-observants » voire rompent plus ou moins radicalement avec le monde médical. Par ailleurs, les souhaits en matière de participation ne sont pas stables. Ils peuvent varier, vers plus de participation ou moins de participation, suite à l'apparition d'une pathologie ou l'aggravation d'une pathologie existante.

-Le pharmacien : Fournir une information sur le « produit » délivré, qui soit systématique, compréhensible et acceptable pour le patient. Pour ce faire, le pharmacien devrait être sensibilisé aux outils existants leur permettant de communiquer cette information au moyen de supports variés (petites phrases-types, fiche didactique, étiquette sur la boîte) de sorte que l'information parvienne au patient. Ce rôle permettrait en outre de faire évoluer son image auprès du patient.

Raisons : L'information n'est pas entrée dans les routines de toutes les officines. Elle est peut-être conditionnée à l'affluence en pharmacie, l'existence d'une prescription, la demande du patient, la motivation du pharmacien, ... Aussi, si ces conditions ne sont pas rencontrées, le « produit » est vendu sans information. Avec parfois pour conséquence, que le « produit » est non-utilisé, par le patient, y compris du fait de son incompatibilité avec le traitement existant (découvert à la lecture de la notice par le patient ou lors d'une visite chez le médecin)Le pharmacien ne se sent pas toujours à l'aise pour transmettre de l'information lors d'une vente libre.

Les recommandations concernant les relations partenariales dans le cadre des autotests à visée diagnostique sont intrinsèquement liées aux recommandations plus globales concernant les relations patient-médecin-pharmacien reprises ci-avant. Les recommandations ci-après ne visent pas à déterminer ce qui ferait des autotests un succès en matière de vente mais, ce qui permettrait le partenariat dans ce cadre. Les éléments proposés par les répondants ne s'inscrivant pas dans le cadre de ce partenariat ou spécifiques à une pathologie sont consultables dans le rapport de recherche.

Ces recommandations sont valables pour des dispositifs (d'automesure) en vente libre.

Remarquons, au préalable, que le terme « autotest à visée diagnostique » n'est pas intégré par le grand public et certains professionnels. Il peut parfois évoquer d'autres dispositifs (dépistage de masse, tests rapides réalisés par un médecin). Aussi, il est utile de préciser de quoi il s'agit afin d'éviter toute confusion.

-Informer/Former les médecins, les pharmaciens et le personnel paramédical⁴ concernant les autotests (existence, fiabilité, groupes-cibles, prix, mécanisme d'action, prises en charge possibles si le résultat est préoccupant, prix, ...) et ce, avant la mise sur le marché du dispositif. Cette information/formation devrait être donnée par une source crédible, ne présentant pas de conflit d'intérêts.

Raisons : Les autotests étaient méconnus des médecins et de certains pharmaciens. Certains médecins en ignoraient l'existence même. Cette situation est de nature à nourrir les inquiétudes du médecin quant au rôle joué par le pharmacien. Elle rend, par ailleurs, inconfortable toute situation d'information ou de consultation à ce propos.

-Clarifier les rôles, les limites et attentes des médecins et des pharmaciens, concernant le « suivi » du patient, dans le cadre des autotests à visée diagnostique. Cette clarification devrait être menée à l'arrivée de tout nouveau dispositif de cette nature. Toutefois, celle-ci devrait être facilitée par le travail de clarification des rôles menées en amont⁵. Au cas par cas, des collaborations plus avancées pourraient être envisagées, moyennant l'accord des trois acteurs concernés, par exemple pour la gestion d'un problème de santé diagnostiqué et récurrent (ex. les infections urinaires).

Raisons : L'introduction des autotests a révélé des crispations sur le plan des rôles telles que mentionnées précédemment. En outre, le risque de mise à l'écart du médecin généraliste suite à l'introduction des autotests est une des tendances lourdes apparues parmi nos répondants.

Les rôles des médecins et pharmaciens sont précisés à titre indicatif et seront fonction des avancées concernant le point qui précède. Il s'agit ici de rôles « à minima » pour une approche plus participative en prévenant les aspects délétères. A ce stade, il est prématuré de formuler des recommandations plus précises notamment en fonction de la létalité de la pathologie :

- Le pharmacien : lors de l'achat du test, (1) informer la personne de comment (et quand) le réaliser (y compris comment réagir si un problème apparaît lors de la réalisation), de comment le lire et (s'il y a lieu) des conditions de validité du test. Idéalement, préciser à quelle question le test répond ou mieux encore, de sonder à quelle question le patient cherche une réponse puis lui expliquer sur cette base afin que le patient puisse décider de le réaliser ou non. (2) Informer la personne de ce qu'il y a lieu de faire en fonction du résultat au test et de la fiabilité du test. Le sensibiliser à la nécessité de consulter plus ou moins rapidement et quel type de professionnel consulter (médecin généraliste, médecin spécialiste, service spécialisé) en cas de test positif, de problèmes d'interprétation, de doute, ... Lui donner les moyens d'agir en communiquant les coordonnées des services spécialisés, de médecins.

Raisons : L'autotest comporte un risque de mésusage par le patient, faute d'information. Or, actuellement, l'autotest en vente libre risque d'être vendu sans aucune information. En outre, l'intitulé des tests est trop englobant, en regard de ce qu'ils mesurent. Par ailleurs, l'autotest est un premier pas, mais ne suffit pas. L'autotest peut permettre à certains patients de renouer avec le médecin ou d'oser faire le test. Il est apprécié par les patients pour l'autonomie qu'il confère particulièrement dans la phase de pré-diagnostic. Mais la réalisation d'un autotest peut donner lieu à des situations difficiles à gérer et déboucher sur un acte désespéré, le déni et l'absence de consultation, la prise de risque ou encore, l'auto-traitement. Ces situations étaient redoutées par les trois groupes de répondants. Il s'agit de les prévenir.

⁴ Des centres de soins des cabinets. Susceptible d'être la première personne confrontée à un patient qui a réalisé un autotest à visée diagnostique.

⁵ Le rapport de recherche complet reprend l'ensemble des propositions des répondants sur la rubrique suggestions/propositions. Il peut servir de base pour cette réflexion.

-Le médecin : Inciter le patient à lui parler de l'autotest réalisé et accueillir positivement la démarche du patient qui a réalisé un autotest en l'inscrivant dans une approche partenariale : L'écouter, lui demander si d'autres « solutions » ont été mises en place avant de consulter, remettre -quand c'est pertinent- le paramètre dans son contexte, sonder ses représentations sur cette pathologie, évaluer ses *desideratas* en matière de participation à la décision, l'associer à la suite de la démarche, ...

Raisons : Dans notre échantillon, les patients étaient globalement favorables aux autotests, du moins comme un (pré)diagnostic. Or, les médecins sont aussi perçus comme défavorables aux autotests parce qu'ils le vivent comme une perte de leurs prérogatives. Parler au médecin risque de demander un effort au patient particulièrement sur un terrain non partenarial. Les autotests pourraient alors générer des situations délicates. Par exemple une catégorie de patients favorables aux autotests, présentaient une tendance à mettre de côté le médecin, elle-même liée à un échec de la relation et voyaient dans les autotests l'opportunité d'un changement de leur rôle. Or, les médecins défavorables aux autotests présentaient des pratiques peu centrées sur le patient. Cette conjonction est susceptible de créer des tensions, voire des ruptures de la relation patient-médecin.

-Outiller les professionnels, à la demande, afin que les patients disposent de l'information nécessaire, y compris s'ils souhaitent les consulter à nouveau par la suite. Par exemple. Des étiquettes à coller sur la boîte pour le pharmacien pour rappeler quand et qui consulter, le renvoi vers un site web, une affiche pour le cabinet pour inviter le patient à parler au médecin d'un autotest réalisé, des brochures qui pourraient être rédigées en y associant les médecins et les associations de patients afin d'assurer sa bonne compréhension par le patient, ...

Raisons : S'assurer que le patient dispose de l'information nécessaire, y compris s'il signifie qu'il ne souhaite pas en parler. Une routine d'information n'est pas d'application chez tous les pharmaciens⁶ et elle n'est peut-être pas présente, chez tous les médecins⁷. Les patients seront peut-être réticents de parler de l'autotest réalisé à leur médecin. Les supports peuvent y contribuer. Certains professionnels mentionnent toutefois recevoir trop de brochures et n'être plus à même de les distribuer. Aussi, il ne semble pas indiqué de les envoyer à tous.

2. RECOMMANDATIONS POUR LA RECHERCHE :

- Mener des recherches à plus grande échelle, sur des échantillons pairés afin de déterminer dans quelle mesure les différents sous-types de relations patient-professionnel et de collaboration interprofessionnelle sont présents dans la population bruxelloise, élucider les situations où un sous-type est présent chez un public (ex. les patients) mais ne trouvent pas son équivalent auprès du public correspondant (ex. le professionnel) et peaufiner la typologie.

Raisons : La recherche est qualitative. Nous connaissons l'existence des différentes tendances mais non l'ampleur de ces dernières. Les résultats ne sont pas généralisables. D'autres recherches seraient nécessaires dans ce sens.

-Mener des recherches sur un public plus jeune, un public qui ne bénéficie pas d'un suivi médical régulier. Particulièrement sur les représentations des autotests (ou d'autres moyens d'automesures non prescrits), les changements induits par ceux-ci sur leur relation avec le médecin et les comportements de santé *ad hoc* (dépistage, automédication)

Raisons : La majorité de notre échantillon de patients bénéficie d'un suivi médical régulier, souvent lié à une pathologie chronique. Aussi, seule une partie des répondants se dit concernée par une utilisation effective d'un autotest. Il serait intéressant de mener une recherche auprès du public présenté comme potentiellement utilisateur.

- Mener des recherches afin de déterminer dans quelle mesure la notion de fiabilité (...à traduire pour la rendre intelligible pour le patient) est maîtrisée (et souhaitée) par les patients, médecins, pharmaciens.

Raisons : Il n'existe pas de consensus sur la pertinence de parler au patient en termes de « faux positif/négatifs ». En faveur de cette information, la majorité de notre échantillon de patients avait intégré que tout examen comporte une marge d'incertitude. En outre, les répondants (y compris les médecins) étaient en demande de ce type d'information afin de pouvoir agir en conséquence. En défaveur d'une telle information, l'idée que la fiabilité n'a pas de signification pour un patient qui veut savoir si, « oui ou non », il a ce problème de santé. Par ailleurs, le degré de maîtrise de la notion de fiabilité par les professionnels, ne fait pas consensus.

- Objectiver la charge de travail des médecins généralistes et éventuellement explorer les modalités permettant d'alléger celle-ci tout en garantissant un travail de qualité auprès du patient. Par exemple en renforçant l'attractivité pour la

⁶ Selon les résultats de recherche des parties « patient », « pharmacien » et « médecin ».

⁷ Selon les résultats de recherche provenant de la partie « patient ».

médecine générale, en résolvant les problèmes de restriction d'accès à la profession, en développant des systèmes de collaboration entre médecins (garantissant au patient la disponibilité d'un médecin au fait de l'historique de son dossier) voire en déléguant certaines tâches en concertation et en collaboration étroite avec les médecins (aux infirmiers ou aux pharmaciens), ...

Raisons : Le médecin est perçu comme surchargé voire surmené. Cette situation serait liée à leurs effectifs réduits, aux restrictions budgétaires et à la (sur)charge administrative. Les conséquences pour le patient sont un manque de disponibilité et des temps de consultation trop courts pour permettre une approche partenariale. Par ailleurs, l'intervention d'une infirmière formée aux approches éducatives peut accroître, par délégation, le niveau de partenariat dans la relation patient-médecin.

- Investiguer davantage ce qui mène à des relations médecin-pharmacien partenariales en tissu urbain. Plus spécifiquement, il s'agirait de répondre aux questions suivantes : Quel est le lien entre la collaboration interprofessionnelle et les approches partenariales avec le patient ? Lequel entraîne l'autre ? Quel est le statut du réseautage (i.e. se connaître l'un, l'autre) dans le développement de la collaboration médecin-pharmacien ? Ces connaissances permettraient d'optimiser les dispositifs d'amélioration de la collaboration médecin-pharmacien en vue de mieux collaborer autour du patient, dans le contexte spécifique de Bruxelles.

Raisons : La collaboration médecin-pharmacien consiste souvent en un échange d'informations même si des formes plus avancées de collaboration existent. Des tensions existent concernant leurs rôles respectifs auprès des patients. Les professionnels méconnaissent l'autre profession et ses attentes vis-à-vis d'eux. Par ailleurs, les dispositifs visant à encourager ce type de collaboration tels que les concertations médico-pharmaceutiques, sont pensés dans une logique de proximité géographique. Ils ne sont pas toujours perçus comme pertinents dans le contexte bruxellois : pour une même pharmacie, des médecins prescripteurs peuvent être très nombreux.

Beaucoup d'inconnues subsistent sur les modalités qui garantiraient le succès de ces dispositifs. Les résultats de recherche offrent certaines pistes de réflexion. Parmi les pharmaciens de notre échantillon, il semble exister un lien entre le fait de présenter des approches centrées sur le patient et des approches plus partenariales avec le médecin. En outre, une pratique spécifique, l'accompagnement des traitements de substitution aux opiacés semble être un terrain de prédilection à des collaborations médecin-pharmacien plus partenariales (Or, il s'agit précisément d'un accompagnement centré sur le patient). Par ailleurs, le réseautage ne semble pas être un préalable à une collaboration médecin-pharmacien plus avancée au quotidien. Alors que dans la littérature sur la collaboration interprofessionnelle en général, le réseautage est présenté comme une première étape dans le développement de cette collaboration.

- Mener des recherches (longitudinales) afin de déterminer ce qui amène les professionnels de santé à des approches partenariales et la place qu'y occupe la formation.

Raisons : Les approches partenariales étaient le fait de médecins ou de pharmaciens formés à ces approches, pourtant à elle seule la formation ne suffit pas.

Autres points d'attention : Poursuivre les recherches sur l'âgisme chez les médecins spécialistes (notamment sur le plan de la non-communication des résultats d'examen, souligné par les patients)

Le rapport complet, une synthèse générale ainsi qu'une synthèse par groupe, de cette recherche exploratoire est disponible sur demande auprès du chercheur principal pour cette phase de recherche : sandrine.roussel[a]uclouvain.be.

CARE-TEST est une recherche financée par l'Institut bruxellois pour la Recherche et l'Innovation (INNOVIRIS), dans le cadre des projets BRIDGE

Elle bénéficie du parrainage de :
La Société Scientifique de Médecine Générale
L'Association Pharmaceutique Belge
Les Mutualités chrétiennes
L'Association Belge des praticiens de l'art infirmier



ANNEXE

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/instruction. Transmet le diagnostic, le traitement sans personnalisation et sans 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 progressiveⁱ du patient ; Co-décision ; Motivation sur base des objectifs, projet de vie du patient	4.1. <i>Professionnel</i> : Ne prescrit/délivre pas (nécessairement) ce que le patient demande. Continue à assurer un accompagnement <i>Patient</i> : Continue à y aller mais ne fait pas ce qui a été discuté avec le professionnel.
1.2. Information/Instruction avec 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. <i>Professionnel</i> : Prescrit/délivre ce que le patient demande. Continue à assurer un accompagnement. <i>Patient</i> : Demande des examens, 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.

ⁱ 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).

CARE-TEST

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

2017-PFS-EHS-16

SYNTHÈSE PAR GROUPE DE RÉPONDANTS



Mai 2021

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	3
PARTIM 1-PATIENTS.....	3
1.1.Relations actuelles	4
1.2.Représentations & connaissances relatives aux autotests à visée diagnostique	5
1.3.ATVDs & Changements perçus dans les relatons	7
PARTIM 2-MEDECINS GENERALISTES.....	12
2.1. Relations Actuelles	12
2.2. Représentations & Connaissances relatives aux autotests a visée diagnostique	13
2.3. ATVDs & changements perçus dans les relations	14
PARTIM 3-PHARMACIENS	21
3.1. Relations Actuelles	21
3.2. Représentations & Connaissances relatives aux autotests a visée diagnostique	22
3.3. ATVDs & changements perçus dans les relations	25

INTRODUCTION

Objectifs de Care-test

Explorer comment l'introduction d'autotests à visée diagnostique¹ (ATVDs) dans les pharmacies influence la relation de soins, et d'identifier les facteurs qui peuvent encourager ou entraver une relation de partenariat entre les prestataires de soins et les patients.

Plus spécifiquement, les objectifs de cette recherche qualitative sont de :

- 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.

Méthodologie

Recherche qualitative exploratoire, par entretiens semi directifs menés auprès de « patients », médecins généralistes et pharmaciens de la Région de Bruxelles Capitale. Les entretiens ont été conduits avant la Covid-19. L'échantillon a été constitué sur base du principe de saturation des données (i.e. que les entretiens prennent fin lorsque les nouveaux entretiens ne produisent plus de nouvelle information). Notre échantillon final se compose de 25 médecins, 17 patients et 16 pharmaciens.

Cadre conceptuel

Concernant l'analyse des relations, une typologie des relations patient-professionnel de santé et des relations interprofessionnelles ont été élaborées sur base de la littérature. Elle s'est affinée en cours d'analyse. Il a été possible d'aboutir à des typologies communes pour les acteurs concernés. Outre, le type principal de relations, les variations entre types ont également été relevées.

Relation patient-professionnel. Elle comprend 4 types, selon un continuum où à l'un des extrêmes, le professionnel a tout le pouvoir. A l'autre, le patient a tout le pouvoir : Autocratie (tout le pouvoir au professionnel, ~Patient passif-Soignant actif), Paternalisme (~Guidance-Coopération), Egalitarisme (~Participation mutuelle), Autonomisme. Elle comporte également 9 sous-types.

Collaboration interprofessionnelle Elle comprend 5 types, avec un degré de partenariat croissant. Un type a été ajouté en cours de recueil de données pour prendre considération la spécificité des relations médecin-pharmacien observée : le transfert de connaissances (dans une logique d'apprentissage de l'autre professionnel) tandis que le « réseautage » a été retiré car il ne s'est pas avéré être un préalable aux autres types.: Isolement (travail en parallèle), Consultation (la transmission d'information et la décision unilatérale d'un des deux professionnel), Transfert de connaissances (d'un professionnel à l'autre dans une optique d'apprentissage, Collaboration active (avec codécision), Intégration (collaboration dans une approche holistique). Elle comporte deux sous-types de Consultation.

Avertissement : L'approche qualitative permet d'explorer l'ensemble des possibles concernant les phénomènes étudiés. Elle ne permet toutefois pas de donner une idée de l'ampleur de ces tendances.

Cette note de synthèse comprend les résultats pour les trois populations concernées. Toutes trois suivent la présentation suivante : les relations actuelles, les perceptions et représentations des ATVDs, les changements induits par les autotests sur les relations tels que perçus par les répondants.

PARTIM 1-PATIENTS

Notre échantillon se compose de personnes de 39 à 75 ans. Une partie importante d'entre elles souffrent de pathologies chroniques. Certains constituent un public « averti » en ce sens qu'eux-mêmes (ou un membre du foyer) sont professionnels de santé ou qu'ils sont investis dans des groupes de travail relatifs à la santé.

¹ Par autotest à visée de diagnostic, nous entendons les tests introduits à partir de novembre 2016 dans les pharmacies en Belgique (tels que détection du VIH, de l'intolérance au gluten, des allergies, de la carence en fer, du sang occulte dans les selles, des infections urinaires, de la maladie de Lyme, du taux de cholestérol, de la fertilité masculine, des bactéries dans l'estomac, ...). Ces tests sont destinés à être utilisés par le patient lui-même. Cela exclut les tests de grossesse et les tests d'ovulation commercialisés en grande surface.



1.1. RELATIONS ACTUELLES

RELATIONS PATIENT-MÉDECIN.

Les répondants recourent régulièrement aux médecins spécialistes. Aussi, les relations avec ces derniers ont également été considérées. L'ensemble des **quatre types sont représentés** dans notre échantillon. Les relations actuelles sont peu partenariales ; la moitié de notre échantillon faisait mention de relations consistant au mieux à de l'information non personnalisée (Autocratie). Certains patients ont toutefois déployé des stratégies pour parvenir à un état de santé ou de participation qui les satisfasse : poser des questions, adapter leur médication y compris pour des maladies chroniques (VIH, maladies orphelines), tenir un dossier de leur maladie et des traitements, se soigner par les plantes (y compris en reprenant des études dans ce domaine), s'automédiquer en cas de douleurs non-résolues par le traitement, sélectionner des soignants qui semblent partager leur vision de la santé. Ces tendances sont parfois proches de l'autonomisme (le médecin n'est plus partenaire de santé, le patient « se passe de lui » ex. l'automédication).

Sur le plan de la satisfaction de la relation patient-médecin généraliste, les patients satisfaits le sont de leur niveau d'implication dans cette relation. Tous ne souscrivent toutefois pas à une relation partenariale. Tous ne sont pas demandeurs de jouer un rôle actif dans la relation. Ceux qui sont insatisfaits témoignent toutefois de pratiques peu centrées sur le patient (Autocratie-information unilatérale non personnalisée). Aux extrêmes, les motifs d'insatisfaction des uns sont le miroir inverse des motifs de satisfaction des autres : qualité du contact, niveau d'explication, respect des options de santé du patient, écoute, approche holistique du corps, compétences médicales et auscultation physique. Il semblerait qu'au minimum soit attendue une information unilatérale non personnalisée comprenant le pourquoi ainsi que la prise en considération des options de santé du patient (ex. peu de médicaments, pas d'acharnement thérapeutique, éviter les examens invasifs) et du problème de santé prioritaire pour le patient.

Sur le plan des **variations entre types de relation, toutes -sauf une-** consistent en une progression **vers plus de pouvoir pour le patient** (pouvant aller jusqu'à la rupture avec le médecin). Le patient se perçoit généralement comme étant à l'origine de cette variation. L'apparition d'un problème de santé perçu comme « plus grave » ou l'aggravation d'un problème de santé existant peut modifier les attentes des patients en matière de participation. Néanmoins, ces attentes ne vont pas toutes dans la même direction sur le plan de la participation : certains s'en remettraient au médecin et se feraient observants tandis que d'autres souhaiteraient être davantage associés à la décision. Par conséquent, l'apparition/l'aggravation d'une pathologie amènerait, en fonction des patients, à des attentes plus fortes ou à l'inverse, à des attentes plus faibles sur le plan de la participation.

L'**Autonomisme** apparaît principalement le plus souvent lors d'une variation, même s'il apparaît aussi comme type principal. L'autonomisme semble toujours **faire suite à un échec**, une insatisfaction ou encore, à l'absence d'approche concertée. Il ne s'agit toutefois pas d'une rupture totale avec le monde médical, les patients sont « non-observants » (ils ne suivent pas le traitement, l'adaptent ou s'automédiquent) ou encore, consultent un autre praticien. Une variation vers l'autonomisme comprend les patients insatisfaits de leur relation actuelle avec le médecin, mais aussi des patients satisfaits. Dans ce dernier cas, cette variation, qui consiste à adapter unilatéralement le traitement ou à changer de médecin, pourrait viser à un niveau de relation satisfaisant, un « niveau de confort », pour le patient avec ce médecin (en adaptant le traitement) ou plus globalement avec le corps médical (en changeant de médecin).

RELATIONS PATIENT-PHARMACIEN.

Moins de relations partenariales sont rapportées en comparaison aux relations Patient-Médecin. Certains types ne sont en outre pas présents, du moins dans notre échantillon. Singulièrement, deux (sous)types sont absents : l'Autonomisme et un sous-type d'Egalitarisme, le partenariat mutuel effectif, caractérisé par la codécision, l'apprentissage de l'autonomie et un travail sur la motivation. Un type a été ajouté en amont de la typologie : la délivrance simple (sans aucune information). Les relations entretenues avec le pharmacien, souvent impersonnelles et sommaires, pourraient expliquer que l'Autonomisme soit mal aisé à identifier comme tel.

L'information semble varier en fonction de l'existence d'une prescription (plus systématique en cas de prescription et moins en cas de spécialités en vente libre), mais aussi du professionnel y compris dans une même officine et l'affluence dans l'officine.

L'attente la plus citée vis-à-vis du pharmacien est celle de la disponibilité des produits. Les attentes sur le plan de la relation sont faibles. Si la représentation que le pharmacien est un vendeur est présente chez certains répondants, il ne semble pas y avoir de liens entre cette représentation et le niveau de satisfaction de la relation patient-pharmacien. Tous les niveaux de satisfaction sont représentés dans ce groupe. Toutefois, ceux qui rapportent être « ni satisfaits, ni insatisfaits » ou « insatisfaits » de cette relation, précisent systématiquement que le pharmacien n'est pas un partenaire de soins, qu'on ne peut compter sur lui pour prendre soin de sa santé alors que lorsque le niveau de satisfaction de la relation est élevé, la satisfaction repose sur une relation interpersonnelle (parfois) égalitaire, sur laquelle le patient « peut/pourrait compter en cas de problème ».

1.2. REPRÉSENTATIONS & CONNAISSANCES RELATIVES AUX AUTOTESTS À VISÉE DIAGNOSTIQUE

Une partie des répondants connaissait l'existence des ATVDs, l'autre non. Les ATVDs peuvent être connus sans toutefois que la personne y associe le terme « ATVD ». À l'inverse, après plusieurs clarifications, elle peut continuer à associer le terme « ATVD » aux campagnes de dépistage (cancer colorectal, VIH). Dans les faits, l'utilisation des ATVDs est marginale dans notre échantillon, seuls deux « patients » en avaient effectivement utilisé, au printemps 2019. Une partie seulement de notre échantillon se sent concernée par une utilisation effective d'un ATVD : la majorité de notre échantillon bénéficie d'un suivi médical régulier.

Néanmoins, les patients² sont à même d'exprimer un avis sur les autotests. La tendance **semble être plus favorable aux ATVDs** que dans les deux autres groupes (médecins, pharmaciens). Les deux positionnements extrêmes sur le plan des ATVDs (« pour », « contre ») présentent aussi des positionnements spécifiques sur le plan de la relation ; ils sont plus ou moins en faveur de l'**autonomie**.

 Ceux qui sont « pour » les ATVDs le sont en raison de l'autonomie (« se réapproprier sa santé ») que ce dispositif procure (avec parfois, une expérience positive dans ce sens). Ils mentionnent également une forme d'insatisfaction dans leur relation avec leur médecin ou une forme d'autonomisme préexistant et ce, à l'exception des personnes qui bénéficient d'une prise en charge pour le VIH. Ceux qui sont « contre » les ATVDs, sont aussi opposés à l'automédication et ses dérivés. Enfin, ceux qui présentent une position moins tranchée introduisent comme éléments déterminants des aspects « test-dépendant » (et donc, diversifiés) mais aussi la dimension du contexte politique (de restriction des dépenses de santé).

POINTS FORTS & POINTS FAIBLES DES ATVDs

[Voir Tableau PA1 pour une vue synthétique]

Points forts- Le principal point fort perçu consiste en l'autonomie que les ATVDs confèrent au **patient**. Cette autonomie prend toutefois des formes diverses, en fonction de la manière dont le patient considère sa relation au médecin en particulier, jusqu'où elle peut gérer elle-même un problème de santé. Aussi, un ATVD déboucherait ou non sur une consultation, remplacerait ou non une consultation (si ATVD négatif), consisterait à réaliser une première démarche avant consultation ou encore, permettrait de gérer un problème de santé par soi-même (en cas d'ATVD positif). L'ATVD peut être aussi une « aide à la consultation » (débroussailler le terrain, amorcer la discussion, déterminer l'urgence et le médecin à consulter ...). Aussi, en matière de consultation post-test, le patient consulterait le médecin surtout en cas de tests positifs, quoique tous ne consulteraient pas. Par ailleurs, un test négatif peut donner lieu à une consultation, si le test est réalisé pour être rassuré.

Les autres points forts sont : le confort d'utilisation offert par le test (rapidité, flexibilité), la réduction des consultations chez les médecins et aux urgences, la non-réalisation d'un acte médical invasif/inutile, ou l'encouragement pour le patient à suivre son traitement.

L'ATVD-VIH dispose d'un statut particulier : le principal point fort est de permettre au patient d'oser faire le test. Il peut aussi permettre de le rassurer (y compris en routine), de rassurer le partenaire ou encore, d'éviter d'autres contaminations.

² À l'exception de ceux, pour lesquels la confusion avec les campagnes de dépistages est persistante.

Points faibles- Les points faibles sont liés à la **relation avec le médecin** et au risque d'**autonomisme** : certains craignent l'automédication et soulignent que si l'ATVD donne une première indication, « cela ne vaut pas un avis médical » ; d'autres perçoivent que l'ATVD peut mettre à mal la relation patient-médecin (le médecin est mis de côté).

Les autres points faibles sont: le coût élevé, la perspective de médicalisation de la vie, le risque de mésusage lié à l'incompréhension des conditions d'utilisation, la limitation à un(e) paramètre/pathologie (alors qu'un bilan global serait plus judicieux) ou la méfiance vis-à-vis des intentions ministérielles, qui pourraient se cacher derrière ce dispositif, à savoir des économies aux dépens de la qualité des soins de santé.

L'ATVD-VIH dispose également d'un statut particulier, un point spécifique est souligné : les risques liés à l'absence d'accompagnement (à savoir l'absence de suivi médical suite au déni ; un acte désespéré à un test positif. La gestion du problème de santé par le patient lui-même n'est pas mentionnée). Par ailleurs, si l'ATVD peut résoudre certains problèmes d'accessibilité, il ne résout pas tous les problèmes particulièrement sur le plan socioculturel. Le fait même qu'il y ait un interlocuteur lors de l'achat peut constituer un obstacle.

Tableau PA1- Représentations des patients concernant les points forts et les points faibles des ATVD, en RBC

Points forts	Points faibles
➔ Contribue à l'autonomie du patient (faire quelque chose pour sa santé, avoir un accès direct au résultat ; maîtriser l'ensemble du processus, se monitorer). ➔ Assure un confort de réalisation (choix du moment, du lieu), sans devoir aller chez le médecin → accroît l'accessibilité. ➔ Rassure le patient. Permet d'obtenir <u>rapidement</u> une réponse. ➔ Permet d'éviter une consultation (résultat négatif, test réalisé préalablement par le patient), d'en économiser le coût. Permet de désengorger les cabinets médicaux et les urgences. ➔ Permet d'éviter un acte médical invasif ou inutile. ➔ Permet une prise en charge plus adéquate : un diagnostic plus rapide, en « débroussaillant » le terrain pour le médecin ; une identification du type de médecin et de l'urgence, à consulter. ➔ Permet d'amorcer une discussion avec un professionnel de santé.	➔ Risque d'encourager l'automédication. ➔ Risque d'incompréhension des conditions à respecter pour garantir la validité du test. ➔ Ne vaut pas un avis médical ; il se limite à un (seul) paramètre de santé. ➔ Coût élevé. ➔ Risque de mettre à mal la relation médecin-patient (de mettre de côté le médecin). ➔ S'inscrit dans une perspective de santé négative, de médicalisation de la vie. ➔ Impact délétère sur la qualité des soins ? Participent-ils aux intentions de la Ministre de faire des économies sur les soins de santé ?
Pour l'ATVD VIH Sida: ➔ Oser franchir le pas : sans devoir demander à un professionnel, anonymat, accessible. ➔ Rassurer le partenaire au début d'une relation. ➔ Rassurer le patient, y compris pour une utilisation en routine. ➔ Éviter d'autres contaminations. ➔ Très simple à réaliser	Pour l'ATVD VIH Sida : ➔ Présenter des problèmes d'accessibilité (existence d'un interlocuteur et traçabilité de l'achat). ➔ [VIH+] Peut engendrer une situation difficile à gérer (acte désespéré, déni-absence de consultation) (><) ➔ Présenter un coût élevé particulièrement pour une utilisation régulière par les jeunes.
Notons qu'il n'existe pas 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 ATVD+, particulièrement le VIH.	

REPRÉSENTATIONS DE LA FIABILITÉ

Aucun patient n'estime que les ATVDs ne sont pas (du tout) fiables. Certains préfèrent toutefois ne pas se prononcer sur la fiabilité des ATVDs. Au-delà de la perception d'un certain degré de fiabilité, une partie des patients mentionnent que les ATVDs, à l'instar tout autre test, ne sont « **pas fiables à 100%** ». Ce positionnement est bien présent dans notre échantillon,

probablement parce qu'il se compose en partie d'un public averti en matière de santé. Un doute sur la fiabilité est lié à la diffusion d'une émission télévisée dans laquelle les ATVDs étaient décriés.

Enfin, alors que pour les uns, la fiabilité est une condition à rencontrer par les autotests, pour les autres, quelle que soit la fiabilité, elle s'améliorera grâce à la recherche et l'enjeu d'autonomie est plus important à soutenir.

REPRÉSENTATIONS LIÉES À LEUR COMMERCIALISATION EN GRANDES SURFACES.

Le positionnement en regard d'une commercialisation des ATVDs est assez contrasté (en faveur, en défaveur, en évolution vers une appréciation plus favorable, l'absence de différence ou encore l'absence d'opinion tranchée). Différents éléments sont transversaux à différents positionnements. La commercialisation en grande surface permet d'accroître l'accessibilité socioculturelle (cf. il s'agirait de lever les barrières d'ordre psychologique dans la Région Bruxelles Capitale « qui dispose de suffisamment d'officines pour en garantir l'accessibilité géographique »). Elle ne permet toutefois pas de disposer d'un interlocuteur auprès duquel obtenir de l'information. L'association de produits alimentaires et de dispositifs médicaux dans un même espace ne rencontre pas l'adhésion des patients. Enfin, les intentions ministérielles au travers de cette commercialisation suscitent à la méfiance.

Le rapport complet comporte un descriptif des utilisateur cible, utilisateur redouté, utilisateur-type et non-utilisateur-type tels que perçus par les trois groupes (patients, médecins, pharmaciens). Il est repris sous forme de tableau intégré dans

1.3. ATVDS & CHANGEMENTS PERÇUS DANS LES RELATONS

La section ci-après comprend les changements principaux sur le plan de la relation, les changements sur le plan des rôles, les changements sur le plan de la relation, induits par les ATVDs, tels que perçus par les patients. Elle se clôt par les changements tels que perçus par les autres acteurs (les médecins, les pharmaciens et les autres patients) selon l'idée que s'en fait le patient.

1.3.0. ATVDS & CHANGEMENTS PRINCIPAUX

Interrogés sur l'existence d'un changement principal suite l'introduction des ATVDS, les patients mentionnent un changement perçu comme positif principalement de leur rôle, avec des effets tant positifs que négatifs sur les deux autres acteurs. Ce changement positif concerne essentiellement la relation avec le médecin, pas celle avec le pharmacien.

 **Concernant les liens entre la perception d'un changement dans la relation et les autres variables.** Il semble exister un lien entre la perception d'un changement dans la relation et la satisfaction de la relation avec le médecin : ceux qui se disent insatisfaits de leur relation avec le médecin perçoivent dans les ATVDS, un changement positif.

1.3.1. ATVDS & CHANGEMENTS SUR LE PLAN DES RÔLES DES DIFFÉRENTS ACTEURS

[Le Tableau PA2 offre une vue synthétique. Il ne comprend toutefois pas les liens avec les autres tendances]

CHANGEMENTS POUR LE PATIENT

Les changements positifs de rôle pour le patient consistent en **plus d'autonomie** pour lui dans la relation patient-médecin. Cette autonomie prend toutefois différentes formes.

À l'exception de ceux qui sont déjà dans une optique (au minimum partielle) d'autonomisme, une distinction est établie entre **autonomie** et **autonomisme**, par les patients. C'est l'autonomie qui est recherchée dans la réalisation du test. Le suivi devra ensuite être assuré par un médecin, si tout cas quand le test est préoccupant, si le problème persiste, et en amont de la mise en œuvre d'une gestion semi-autonome d'un problème de santé³. Par ailleurs, pour les patients, qui s'autotraiteraient sur base de l'autotest (pour certaines pathologies)⁴, l'ATVD n'induit en réalité pas de changement de rôle : ces patients s'autotraient déjà (toujours pour certaines pathologies). En revanche, lorsque l'auto traitement est perçu comme un changement de rôle du patient, induit par les ATVDS, il semblerait qu'il soit connoté négativement.

³ « Gérer un problème de manière semi-autonome » est test-dépendant : il concerne les infections urinaires.

⁴ Certaines pathologies sans pronostic vital. Cette classification entre pronostic vital/non-vital varie en fonction du répondant.



Sur le plan des relations avec les autres « tendances », il semble exister un lien entre présenter des variations vers l'Autonomisme et le fait de percevoir les AVTDs comme inducteurs de changements de rôle (généralement positif) pour le patient ; tous les patients qui rapportent des comportements d'autonomisme dans la relation avec le médecin perçoivent les ATVDs comme porteurs d'un changement de rôle pour le patient.

L'ATVD peut être perçu comme participant à une dynamique existante. Celle-ci peut être positive (à savoir, la gestion semi-autonome d'un problème de santé) ou négative (à savoir, la méfiance et l'automédication). Dans le premier cas, il sera perçu comme un changement positif (pour asseoir cette tendance). Dans le second cas, il sera perçu comme une absence de changement.

Notons que le changement de rôle concerne le rôle du patient vis-à-vis du médecin, de sa santé et du système de santé. Le pharmacien n'est pas mentionné.

CHANGEMENTS POUR LE MÉDECIN

Le potentiel changement du rôle du médecin concerne son rôle dans la **relation médecin-patient**. Aucun répondant n'évoquera la relation médecin-pharmacien. S'il s'agit bien de la perception d'un changement par des « patients », certains d'entre eux introduisent d'emblée la réaction du médecin en regard de ce changement de rôle. Une réaction que le patient escompte négative, alors que ce changement est perçu comme positif pour le patient parce qu'allant dans le sens de plus de participation pour le patient.

Le changement est essentiellement concentré sur la **partie « diagnostic »**, le médecin n'y est associé que dans un second temps. Des répondants soulignent en effet que par la suite cela ne change pas. D'autres patients mentionnent des comportements d'autonomisme : les uns parce qu'ils les critiquent et refusent la mise à l'écart du médecin, les autres parce qu'ils « s'autotraient » jusqu'à un certain stade. Ces deux prises de position sont liées à leur représentation de leur relation avec le médecin.

CHANGEMENTS POUR LE PHARMACIEN

Les changements évoqués dans le rôle du pharmacien concernent principalement son rôle dans la **relation pharmacien-patient**. Un seul changement potentiel concerne la relation médecin-pharmacien. C'est aussi le seul changement négatif mentionné sur le plan du rôle du pharmacien.

Le rôle du pharmacien est perçu comme **moins changé par les autotests que celui du patient ou du médecin**. Quand il y a changement, il peut être potentiellement **positif** en ce qu'il permet au pharmacien de « **sortir de son rôle de dispensateur de produits** ». Il peut aussi être **négatif** : les demandes du patient pourraient en effet le mettre en **porte-à-faux vis-à-vis du médecin**, qui devrait être l'interlocuteur du patient pour ce type de question.

Les patients qui perçoivent **une absence de changement ne pensent pas qu'une évolution du rôle du pharmacien soit possible vers plus de dialogue avec le patient** (le pharmacien étant perçu comme un vendeur dans le contexte se prêtant mal au dialogue), à l'exception de ceux qui **expérimentent ce dialogue**. Pour ces derniers, la situation reste inchangée, précisément parce que le dialogue existe déjà.

Tableau PA2. Changements dans les rôles suite à l'introduction des ATVD, perçus par les patients

Chez le patient (16 sur 17)	Changements :	Positifs : permet plus autonomie du patient (dans la relation médecin-patient) ➔ Initier/enclencher la démarche vers le diagnostic (et consulter si cela se justifie) ➔ Obtenir un accès direct aux résultats, sans temps d'attente, sans intermédiaire (pallie une situation insatisfaisante, à savoir : l'accès au résultat différé, le non-partage des résultats par le médecin) ➔ Procéder à des mesures avant-après auto traitement ➔ Gérer, en semi-autonomie, un problème de santé en routine ➔ Rester acteur de sa santé, un sujet, une personne pas un objet de soins, une pathologie
		Négatifs : ➔ Peut amener le patient à des pratiques d'autonomisme, à ne pas consulter et à s'automédiquer.
	Absence de changements :	<u>Soit</u> le changement (= oser faire le test) n'est pas perçu comme un changement de rôle <u>Soit</u> cela ne fait que renforcer des tendances présentes (automédication, méfiance)

Chez le médecin (8 sur 17)	Changements :	Positifs : ➔ Alléger le travail des médecins généralistes : - certains « examens » peuvent être réalisés par le patient - pas de consultation du généraliste suite aux ATVDs (lorsque le résultat est négatif, ou nécessité de consulter un spécialiste) Positifs (mais pouvant être perçus comme négatifs par le médecin) : ➔ Retirer une partie de ses prérogatives: une partie de son travail, de son pouvoir (celui de faire certains diagnostics), de sa position dominante.
	Absence de changements :	Négatifs : ➔ Peut empêcher le médecin généraliste d'exercer son rôle : le mettre hors-jeu.
Chez le pharmacien (9 sur 17)	Changements :	La démarche identique : Pas de changement suite à la réalisation de l'ATVD. ➔ Resituer le résultat à l'ATVD dans son contexte, d'identifier la cause et définir la thérapeutique (= la tâche du médecin).
	Absence de changements :	Positifs (qui pourraient avoir lieu) : ➔ Une opportunité d'être plus qu'un dispensateur de produits : - proposer les ATVDs de manière ciblée - donner des explications (fiabilité, ce qui doit être fait après le test) Pas de changements de rôle : 2 Figures extrêmes. ➔ Le pharmacien reste un vendeur, pas un partenaire de soins. Le contexte ne s'y prête pas. ➔ Le dialogue avec explication, l'analyse de la demande et surtout le capital confiance préexistent déjà.

1.3.2.ATVDs & CHANGEMENTS SUR LE PLAN DE LA RELATION

Cette analyse sur le plan de la relation est complémentaire à l'analyse des rôles ci-avant, une redondance partielle est toutefois inévitable.

[Le Tableau PA2 offre une vue synthétique]

CHANGEMENTS DANS LA RELATION MÉDECIN-PATIENT.

Le fait de percevoir qu'il y ait ou non un changement semble lié au « moment de la relation » considéré (diagnostic, suivi post-ATVD ou l'ensemble). Ainsi, parlant:

- De la réalisation de l'ATVD, du « diagnostic », un changement positif est mentionné.
- Du suivi de l'ATVD (si le résultat est positif/préoccupant), l'absence de changement est mentionnée (parce qu'il y a absence de changement effectif, participation à une dynamique préexistante, ou encore, que le statu quo soit maintenu par l'attitude du médecin).
- De l'ensemble du processus (« Diagnostic » + suivi), un changement négatif est mentionné (la mise hors-jeu du médecin, le risque de renforcer la méfiance vis-à-vis du corps médical).

Cela pourrait être lié au fait que certains considèrent qu'il y a « relation », seulement à partir du moment où il y a « rencontre ». L'absence de rencontre, en l'occurrence, la réalisation de l'ATVD en vue d'une réponse n'est alors pas considérée comme faisant partie de la relation médecin-patient.

Le changement positif concerne l'exercice de l'autonomie (pas l'autonomisme)⁵, la possibilité pour le patient de « faire quelque chose pour sa santé ». Tandis que le changement négatif concerne la mise hors-jeu du médecin, les dérives de l'autonomisme. **Toutefois, parmi ceux qui perçoivent dans l'ATVD un changement positif, nombreux sont ceux qui soulignent que la réalisation d'un ATVD peut être ressentie comme une perte (de pouvoir, de travail) par le médecin.** Ces patients perçoivent ces changements comme pouvant être positifs pour le médecin. L'ATVD permet de décharger le médecin d'une partie de son travail, là même où le patient acquiert une part d'autonomie, à savoir dans la partie « diagnostic » ou du suivi d'un problème de santé en routine (et ce, en accord dans ce cas avec le médecin). Le médecin peut alors se concentrer sur les situations qui nécessitent une consultation. Les patients soulignent toutefois que cette situation peut être vécue comme une perte de pouvoir, par le médecin. Les ATVDs peuvent aussi être une aide au diagnostic pour le médecin ce qui permet de gagner du temps dans la prise en charge.



Concernant les liens avec les autres catégories, ceux qui perçoivent dans les ATVDs un changement semblent partager certaines caractéristiques :

⁵ Il n'y a pas absence de relation quoique lorsque le résultat est négatif, le patient ne consulte pas.

- Ceux qui perçoivent l'ATVD comme porteur d'un changement positif pour la relation patient-médecin ont en commun de présenter des relations préexistantes médecin-patient, centrées sur le médecin.
- Tandis que, ceux qui perçoivent que l'ATVD induit un changement négatif ont en commun de présenter des relations préexistantes médecin-patient plus « partenariales »⁶, d'être satisfaits de leurs relations avec les médecins et d'être défavorables aux ATVDs.

Comme si les premiers avaient à gagner de l'autonomie en regard du médecin et que les seconds craignaient de perdre quelque chose de l'ordre de l'échange.

Notons que nous n'observons pas de relation entre le fait de présenter des profils d'autonomisme et le fait de percevoir que les ATVDs sont porteurs de changements dans la relation médecin-patient. Alors que tous ceux qui présentent un profil d'autonomisme percevaient les ATVDs comme porteurs de changements dans le rôle du patient. Peut-être parce que le changement touche pour la plupart la partie « (pré)diagnostic », durant laquelle, il n'y aurait plus de relation en tant que telle avec le médecin. Cela impacterait dès lors le rôle du patient, mais non la relation patient-médecin.

Les **CHANGEMENTS DANS LES RELATIONS PATIENT-PHARMACIEN** et les **CHANGEMENTS DANS LES RELATIONS MÉDECIN-PHARMACIEN** sont développées par un nombre très restreint de répondants. Les résultats sont mentionnés uniquement dans le tableau récapitulatif PA3.

⁶ Sans être une relation partenariale effective. Il s'agit de Type2-paternalisme ou Type 3.2-relation partenariale latente.

Tableau PA3. Changements potentiels dans les relations suite à l'introduction des ATVD, perçus par les patients

Patient- Médecin (14 sur 17)	Changements :	Positifs : ➔ Evite une consultation chez le médecin (si le résultat est négatif) ➔ permet de désengorger les Cabinets des généralistes (qui peuvent se consacrer aux consultations réellement utiles) ➔ Délègue une partie du diagnostic/pouvoir du médecin vers le patient - Utile s'il est difficile d'en parler (permet de franchir le pas, de court-circuiter le médecin, dans un 1 ^{er} temps) - Constitue une aide au diagnostic pour le médecin - Permet de gérer, en semi-autonomie, un problème de santé en routine
		Négatifs : ➔ Met le médecin hors-jeu (➔ retombées négatives sur la santé du patient) ➔ Renforce le sentiment de méfiance vis-à-vis du monde médical (si les résultats divergent)
	Absence de changements :	➔ Le suivi est inchangé, parce que l'attitude des deux acteurs ne changent pas ou parce que le médecin refuse de changer. ➔ Participe à une dynamique existante... de changement de rôle : l'érosion de la position dominante du médecin.
Patient- Pharmacien (5 sur 17 !)	Changements :	Positifs : ➔ Etablir des contacts plus riches (en aidant le pharmacien à faire évoluer sa profession)
	Absence de changements :	Négatifs : --- ➔ Le patient se rendra dans une autre officine que son officine habituelle, si le sujet est « sensible » [pas de changement possible]. ➔ Absence de changement dans l'attitude du pharmacien qui reste un vendeur. ➔ Préexistence du rôle de conseil chez son pharmacien.
Médecin- Pharmacien (1 sur 17 !)	Changements :	Positifs : --- Négatifs : ➔ Risque pour les pharmaciens de sortir de leur zone de confort vis-à-vis des médecins par des questions du patient relatives au diagnostic.
	Absence de changements :	---

1.3.3. CHANGEMENTS INDUITS PAR LES ATVDs TELS QUE PERÇUS PAR LES AUTRES ACTEURS, SELON LES PATIENTS

CHANGEMENTS PERÇUS « PAR » LES MÉDECINS, SELON LES PATIENTS

En deçà de l'idée que les médecins pourraient se faire des autotests, ils sont perçus comme ne connaissant pas l'existence des ATVD. Ce qui du reste correspond effectivement à ce qui est rapporté par les médecins.

Sur le plan des changements rapportés, ceux-ci sont essentiellement négatifs : une perte de leurs prérogatives, un risque de comportements inadéquats de la part du patient. Les « patients » qui soulignent ce type de ressenti, partagent le fait de présenter des approches centrées sur le soignant.

CHANGEMENTS PERÇUS CHEZ LES PHARMACIENS, SELON LES PATIENTS

Il n'est pas fait mention de changements perçus sur le plan de la relation. Les ATVDs seraient vus uniquement comme une opportunité de vente supplémentaire.

CHANGEMENTS PERÇUS « PAR » LES AUTRES PATIENTS.

Les ATVDs seraient encore méconnus du grand public.

PARTIM 2-MEDECINS GENERALISTES

2.1. RELATIONS ACTUELLES

RELATIONS MÉDECIN-PATIENT

Les relations actuelles dans notre échantillon sont **peu partenariales**. Elles restent centrées sur le médecin ; 18 médecins sur 25 présentaient au mieux des relations de guidance-coopération (Paternalisme) dont la moitié des relations consistant à communiquer de l'information non personnalisée (Autocratie). Les approches partenariales (i.e. comprenant la codécision, un travail sur la motivation du patient et une autonomisation progressive du patient) sont toutefois présentes chez 7 médecins de notre échantillon. Des pratiques plus partenariales sont plus systématiquement associées à une formation à des approches de ce type (Education du patient, Balint, Accompagnement des addictions). Il s'agit de formation initiale pour les plus jeunes et de formation continue ou d'intervention pour les autres⁷.

Quoique nous ne puissions préjuger des proportions sur un échantillon représentatif. Les pratiques rapportées par les médecins participants à la recherche sont davantage partenariales que celles expérimentées par les patients de notre échantillon.

Deux tendances sont relevées: (1) **un discours de type participation** (voire de collaboration avec le patient) peut être utilisé pour qualifier les pratiques très diverses. Ce discours peut y compris cohabiter avec des pratiques qui ne sont pas participatives. (Exemple. « Pour que le patient soit acteur », « patient partenaire », responsabilité partagée, « expliquer » ou « communiquer » sont fréquemment employés pour qualifier des pratiques de transmission d'information unilatérale *du médecin vers le patient* sans que aucune information préalable n'ait été recueillie auprès du patient). L'emploi de ces termes, intégrés dans le langage des praticiens, complique la classification des pratiques. En outre, certains praticiens pensent déployés des pratiques participatives tandis que ce n'est pas le cas ; (2) **les pratiques peuvent s'avérer très intuitives** (Par exemple. Les représentations préalables ne sont que rarement explorées). Ces médecins sont en général peu formés sur le plan des approches participatives.

Les pratiques **ne sont pas constantes** sur la moitié de notre échantillon. Elles varient. Un même médecin peut présenter différents types de pratiques. Ces variations vont tant dans le sens de plus de latitude au patient que de moins de latitude pour le médecin (suite à la pression de la salle d'attente pleine, la fatigue du médecin). Enfin, dans certains cas, le patient fait le choix de s'en remettre au médecin. En d'autres termes, l'exercice de son autonomie décisionnelle amène à une approche en apparence moins participative.

Les éléments déclencheurs de variation paraissent liés au Type de pratique principal. Les approches de Type « partenariat mutuel » sont stables et ne varient que pour rencontrer les souhaits du patient. Ces médecins qui présentent des approches participatives ne présentent pas de variations vers l'autonomisme ; La motivation et la codécision font en effet partie de la pratique de ces médecins. Les approches les plus centrées sur le soignant, soit les approches autocratiques et une partie des approches paternalistes tendent à basculer **vers des approches autonomistes**, en cas d'échec ou de désaccord de l'approche mise en place par le médecin⁸. En d'autres termes, ils passent d'une approche où le soignant exerce le pouvoir à une approche où le pouvoir est « laissé au patient », parfois en rupture avec le monde médical. **Cette tendance est la plus observée chez les médecins, c'était également la plus observée parmi les patients interviewés**⁹. Il est à noter que d'autres médecins de Type paternalistes, confrontés à la situation d'échec ou de désaccord adopteront une approche plus partenariale. Enfin, des éléments de contexte (comme une connaissance du patient de longue date ou une salle d'attente remplie) semblent influencer certains médecins « autocrates » ou « paternalistes »¹⁰.

COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE MÉDECIN-PHARMACIEN.

En routine, les relations médecin-pharmacien consistent **principalement en de la transmission d'informations**. Certains présentent néanmoins des pratiques de **transfert de connaissances**¹¹ comme type principal qu'il s'agisse de transferts du

⁷ La formation ne suffit pas. Certains médecins formés à ces aspects n'ont pas développé de démarches centrées sur le patient.

⁸ Dans certains cas, l'examen ou le médicament demandé par le patient est alors prescrit par le médecin bien qu'il le désapprouve.

⁹ Dans les deux cas, peu d'approches sont partenariales.

¹⁰ Selon la typologie précisée au début du document, il n'est en effet pas rare que le médecin rentre dans cette catégorie ou celle qui précède, l'autocratie, en soulignant que « le paternalisme, c'est terminé » (14).

¹¹ Ce type de pratiques émerge de l'analyse de données et a été ajouté à la typologie prédéfinie issue de la littérature.

médecin vers le pharmacien (concernant l'accompagnement des traitements de substitution), ou de transferts du pharmacien vers un médecin (concernant les magistrales et d'autres aspects de la médication, en début de carrière). Les transferts de connaissances **s'établissent avec un pharmacien ou un nombre très restreint de pharmaciens, à l'exception de l'accompagnement des traitements de substitution. C'est également dans ce domaine que s'établissaient les collaborations les plus avancées (collaboration centrée sur le patient dans une optique holistique). La collaboration active** (comprenant la décision partagée) **s'avère parfois limitée** à une dimension de la pratique (ex .aspects administratifs) ou à des réunions périodiques qui semblent avoir peu d'impacts sur la pratique quotidienne et ce, avec l'exception de collaboration centrée sur le patient (aider la personne à prendre sa médication ou ici aussi, l'accompagnement des traitements de substitution).

Les **variations** donnent systématiquement lieu à des pratiques plus collaboratives.

Les pratiques de **réseautage** semblent davantage tenir de la relation privilégiée, le plus souvent avec un seul pharmacien. Elles ne semblent pas constituer un préalable à des niveaux de collaboration plus élevés, et ce, à l'exception du transfert de connaissances quoiqu'il soit impossible d'en déterminer le sens avec certitude (affinité → transfert de connaissances ou transfert de connaissances → affinité).

2.2. REPRÉSENTATIONS & CONNAISSANCES RELATIVES AUX AUTOTESTS A VISÉE DIAGNOSTIQUE

Les ATVDs étaient globalement méconnus par les médecins généralistes à Bruxelles, au moment de la réalisation des interviews (Automne 2018-Printemps 2019). Cette « méconnaissance » peut concerner l'existence même des ATVDs ou leur variété. La compréhension de ceux-ci est néanmoins facilitée par l'expérience des tests rapides et des tests de grossesse. Par ailleurs, le terme « autotests à visée diagnostique » n'évoque pas que les ATVDs tels que considérés dans Care-test. Il évoque également d'autres autotests commercialisés y compris en grande surface ainsi que les mesures en monitoring, souvent initiées par le corps médical.

 Ceux qui étaient favorables aux ATVDs tiennent un discours d'autonomie pour le patient (suivi ou non d'une pratique de ce type). Les ATVDs sont perçus comme étant en accord avec leur pratique actuelle qu'il s'agisse de prévention ou d'autonomie du patient. Ceux qui étaient défavorables aux ATVDs, ont en commun de présenter des pratiques de type « autocratique », centrées sur le soignant, consistant en de l'information unidirectionnelle (du médecin vers le patient). Enfin, ceux qui n'ont pas de position tranchée tiennent un discours favorable ou défavorable en fonction du type de test et du type de patient.

POINTS FORTS & POINTS FAIBLES DES ATVDs

[Voir Tableau MG1 pour une vue synthétique]

Points forts- les médecins distinguent des points forts pour **les patients, en général et leurs patients, en particulier**.

A l'exception, d'une aide pour faire avancer le débat en matière de tests rapides par des non-médecins (qui tient de l'organisation des soins) et de certains éléments bénéfiques pour les médecins (désengorgement des salles d'attentes et non-réalisation d'une partie « peu intéressante de la médecine), les points forts sont principalement des avancées pour *la santé des populations* et *le patient*. En ce qui concerne le patient, il s'agit d'éléments relatifs à sa relation avec le médecin (renouer avec la médecine, l'autonomie des patients, l'accessibilité liée à l'anonymat, le sentiment de réconfort).

Points faibles- Les points faibles concernent également principalement **la santé des populations** (manque d'accessibilité financière, risque de creuser les inégalités de santé) et du patient (risque de réaction panique, surconsommation). Des éléments touchent également la relation médecin-patient (risque d'augmenter la charge de travail, approche réductrice, le niveau d'impréparation, ...)

Les éléments relevés ci-dessus concernent surtout la santé des populations, le patient et la relation médecin-patient. Peu concernent le pharmacien. Seule est mentionnée l'information communiquée lors de l'achat par le pharmacien au patient. Elle suscite la perplexité de certains médecins.

La plupart des points relevés sont très imbriqués. Certains sont la cause ou la conséquence d'un autre. Les points de vue peuvent aussi se « contredire » (ils sont mentionnés par ><, dans le tableau).

Tableau MG 1- Représentations des médecins concernant les points forts et les points faibles d'un ATVD

Points forts	Points faibles
Pour les patients ou les populations, en général : ➔ Améliore le dépistage d'un problème de santé pour un individu et dans une population (et facilite celui lié à des paramètres sensibles). (><) ➔ Permet de "(Re)Nouer avec la médecine". L'ATVD = une porte d'entrée. ➔ Permet d'éviter une consultation, de désengorger le cabinet médical. (><) ➔ Rassure le patient (><) ➔ Aide à faire avancer le débat sur l'administration de tests rapides (hépatite C) par des non-médecins Pour ses patients : ➔ Contribue à (ou Témoinne de) l'autonomie du patient ➔ Permet la réalisation de certains examens plus sensibles par le patient lui-même, mais cette fois en routine ➔ Dispense le médecin d'une partie de la médecine qui ne l'intéresse pas (prescrire des tests) ➔ Préserve l'anonymat Les ATVD sont en outre perçus comme : ➔ Probablement fiables ➔ Très intéressants pour certains ATVDs.	➔ Risque d'engendrer une surconsommation d'ATVD, de tests ou de soins ➔ Pas réfléchi en matière de santé de population, y compris, dans le choix des tests. (><) ➔ Risque d'aggraver les inégalités en matière de santé ➔ Limité dans son approche de la santé (un paramètre hors contexte, réduction du médecin à un acte technique) ➔ Risque de passer à côté d'un problème de santé, du fait des faux négatifs. ➔ Risque de susciter des réactions de panique ou de prise de risques de la personne seule face aux résultats (><) ➔ Risque d'accroître la charge de travail des MG (><) ➔ Risque de banaliser le VIH et d'encourager les pratiques à risques ➔ Coût (relativement) élevé ➔ Manque d'accompagnement du patient. ➔ Absence de information/formation du personnel médical et paramédical Certains ATVD sont en outre perçus comme : ➔ Peu intéressants sur le plan de la santé publique ou individuelle (pas <i>Evidence Base Medicine</i> ou anxiogène) ; Trop commerciaux. ➔ Peu fiables.
Notons qu'il n'existe pas de consensus : sur les critères d'utilité d'un test et dès lors, sur le classement des ATVDs en utiles/pas utiles.	

REPRÉSENTATIONS DE LA FIABILITÉ

L'ensemble de l'éventail des perceptions possibles (fiable, non fiable, fiabilité en fonction du test) était présent. Toutefois, une partie importante de notre échantillon de médecins-répondants rapportaient ne pas savoir si les ATVDs étaient fiables.

REPRÉSENTATIONS LIÉES À LEUR COMMERCIALISATION EN GRANDE SURFACE.

Le positionnement en regard d'une commercialisation des ATVDs est assez contrasté (plutôt défavorable, pas de différence, fonction de l'ATVD, peu importe cela doit être laissé à la liberté du patient de l'acheter ou il ne doit pas y avoir d'incitant du type publicité). Ceux qui y sont défavorables le sont en raison de l'absence d'information possible (certains précisent que c'est au pharmacien de les fournir. D'autre ne le précisent pas). Aucun des médecins interrogés n'exprime le souhait que la commercialisation se réalise en grande surface plutôt qu'en pharmacie.

2.3. ATVDs & CHANGEMENTS PERÇUS DANS LES RELATIONS

Cette section comprend le principal changement sur le plan de la relation, les changements sur le plan des rôles, l'ensemble des changements sur le plan de la relation, induits par les ATVDs, tels que perçus par les médecins. Elle se clôt par les changements tels que perçus par les autres acteurs (les patients, les pharmaciens et les autres médecins) selon l'idée que s'en fait le médecin.

2.3.0. ATVDs & CHANGEMENTS PRINCIPAUX

Interrogés sur l'existence d'un principal changement dans les relations suite à l'introduction des ATVDs, certains médecins y voient un changement **négatif** principalement pour le médecin (eux !) et la relation patient-médecin. Il est perçu comme **positif** pour le patient et comme une nouvelle organisation des soins avec un patient qui prend davantage soin de sa santé (celle-ci peut toutefois prendre des formes très variées allant de la responsabilisation du patient à son autonomie décisionnelle). La collaboration médecin-pharmacien est parfois perçue comme nécessaire (dans les relations correspondant à l'autocratie ou au paternalisme). L'**absence** de changement concerne la démarche du médecin qui ne changerait pas.

2.3.1. ATVDS & CHANGEMENTS SUR LE PLAN DES RÔLES DES DIFFÉRENTS ACTEURS

[Le Tableau MG2 offre une vue synthétique. Il ne comprend toutefois pas les liens avec les autres tendances]

CHANGEMENTS POUR LE PATIENT

Le changement de rôle concerne **le rôle du patient vis-à-vis du médecin et de sa santé**. Le pharmacien n'est pas mentionné. Les changements **positifs** de rôle pour le patient consistent en **(re)nouer avec la médecine** ((re)devenir un patient) ou **plus d'autonomie** pour lui dans la relation patient-médecin. Cette autonomie prend toutefois différentes formes (de responsabiliser à exercer plus de pouvoir sur sa santé). Les changements **négatifs** sont les revers, l'espacement des consultations voire une autonomie à l'excès, **l'autonomisme**. Avec l'autonomisme, le patient se substitue au médecin, il s'autodiagnostique, s'automédie voire surconsomme.

Dans certains cas, le patient **ne changera pas de rôle** parce qu'il n'utilisera pas l'ATVD (et préférera consulter le médecin), ou que sa « tentative d'autonomie » se heurte à l'attitude habituelle du médecin. Cette dernière attitude était également mentionnée par les patients.



Sur le plan des relations avec les autres « tendances », il semble exister un lien entre être favorable aux ATVDS et considérer les ATVDS comme un indice ou une opportunité d'être acteur.

CHANGEMENTS POUR LE MÉDECIN

Les potentiels changements concernent le médecin dans la **relation médecin-patient**. Aucun répondant n'évoquera le médecin dans la relation médecin-pharmacien.

Contrairement aux patients-répondants qui voyaient (majoritairement) dans les ATVDS la possibilité d'un changement positif dans leur propre rôle, les médecins-répondants rapportaient davantage des changements négatifs pour le leur. Ils rejoignent en cela la perception des patients que les changements pour le médecin sont plutôt négatifs. À côté d'un changement de rôle en tant que tel, les médecins précisent comment l'ATVD affecterait **leur manière de réaliser leur travail avec le patient, sans évoquer de changement de rôles** (soutien à une démarche préventive, charge de travail réduite ou accrue -réassurance-, perte de l'historique de la maladie).

Sur le plan d'un changement de rôle négatif, les ATVDS sont perçus comme pouvant générer la mise à l'écart du médecin par un patient devenu « autonomiste ». Le médecin ne pourrait alors plus jouer son rôle. Certains médecins, **opposés aux ATVDS**, pressentent un changement négatif de leur rôle et le refusent, ils plaident pour l'intervention d'un médecin ou d'un infirmier en amont de la réalisation de l'« auto »-test. L'absence de changement semble également faire apparaître des enjeux au niveau du rôle. Les uns pour mentionner que les ATVDS s'inscrivent dans leur démarche d'autonomisation du patient ; les autres pour mentionner que la réalisation de l'ATVD n'influencera pas le déroulé d'une consultation, qu'ils ne modifieront pas leur pratique centrée sur le médecin. En d'autres termes, les ATVDS n'induisent, dans ces cas, pas de changement de rôles mais pour des raisons opposées : les uns s'inscrivent déjà dans une pratique partenariale, les autres gardent des pratiques centrées sur le médecin.

Notons que le « coefficient de certitude » sur les changements induits est faible pour une partie d'entre des médecins ; ces praticiens disent manquer de recul pour estimer les changements sur leur rôle.



En regard du lien avec les autres tendances :

- ➡ Les médecins « pour » les ATVDS semblent percevoir un changement positif dans le rôle du patient et un non-changement de leur propre rôle : l'ATVD s'inscrit dans leur approche d'autonomisation réelle ou perçue.
- ➡ Les médecins qui se refusaient à un changement négatif dans leur rôle étaient « contre » les ATVDS.

CHANGEMENTS POUR LE PHARMACIEN

Les changements évoqués dans le rôle du pharmacien concernent principalement son rôle vis-à-vis du **patient** et dans une moindre mesure vis-à-vis du **médecin** (pour mentionner la mise à l'écart de ce dernier). **Il n'y a pas de tendance qui se dessine.**

La particularité des changements induits dans le rôle du pharmacien consiste en la mention de rôles qui **pourraient ou devraient être assurés par le pharmacien**. Des **difficultés de mise en œuvre** sont en effet fréquemment évoquées (conflit

d'intérêts, confidentialité, temps nécessaire, ...). D'où, cette distinction entre « devraient » et « pourraient ». Les changements de rôle qui « pourraient » être mis en place ne sont pas fondamentalement différents de ceux qui « devraient » être mis en place, mais les difficultés de mise en œuvre sont davantage soulignées. Aussi, ces changements seraient réservés à ceux qui le souhaitent, aux pharmaciens intéressés par les relations et la prévention. Beaucoup d'éléments de tension se cristallisent autour du rôle de « conseiller » du pharmacien et de la « possibilité » (vs l'impossibilité) de l'exercice d'un tel rôle.

S'il n'est pas formellement fait mention de **changements positifs** dans le rôle du pharmacien, les changements qui **pourraient** être mis en place peuvent être compris comme tels. Il s'agit d'un rôle qui « dépasse la dispensation de médicaments » pour plus d'information voire de dialogue avec le patient (Type 1 et 2 sur le plan de la relation patient-professionnel) tout en ne se substituant pas au médecin pour le traitement.

En dehors de ces changements pouvant/devant être mis en place, certains médecins font le constat de plus de pouvoir pour le pharmacien. Les changements **négatifs** mentionnés concernent le rôle du pharmacien avec le patient et consisteraient en une **mise à l'écart du médecin avec de possibles effets négatifs sur la santé du patient**. Certains médecins¹² refusent ce changement. Enfin, **l'absence de changement** recouvre deux cas de figure distincts. Pour les uns, l'impossibilité pour le pharmacien de sortir de son rôle de vendeur pour se muter en conseiller ; Pour les autres, le fait que la dynamique (conseils ou absence de conseils) préexiste aux ATVDs.

Tableau MG2. Changements dans les rôles suite à l'introduction des ATVD, perçus par les médecins

Chez le patient (14 sur 25)	Changements:	Positifs : ➔ Témoigne de/Stimule l'autonomie du patient (se prendre en charge, voire exercer plus de pouvoir sur sa santé). ➔ Peut permettre à la personne de se (re)connecter au domaine médical.
		Négatifs : ➔ Peut encourager le patient à espacer ses visites chez le médecin, voire à l'autonomisme (autodiagnostic, automédication, risque de surconsommation)
	Absence de changements:	➔ Pas d'utilisation des ATVD par les patients, qui consulteraient. ➔ Pas de changement de pratique du médecin, qui maintient le patient dans le même rôle
Chez le médecin (19 sur 25)	Changements:	Positifs : ➔ Soutenir le médecin sur le volet « préventif » ➔ Peut réduire l'engorgement des cabinets médicaux (cf. consultation, si ATVD+)
		Négatifs : ➔ Peut empêcher le médecin généraliste d'exercer son rôle : - En supprimant toute opportunité d'exercer son rôle : plus de contacts avec le patient - En contrant son approche (anamnèse et dialogue ; approche holistique) ➔ Peut accroître la charge de travail du médecin (réassurance du patient anxieux) ➔ [Perte de l'historique de la maladie (influence dans le suivi)]
		Note : Certains refusent ce changement et proposent un encadrement par les médecins ou les infirmiers voire la prescription des « auto »-tests (ce qui constituent une aberration pour d'autres)
		Impossibilité de se prononcer sur la valence. ➔ Gain de temps ou perte de temps ? Plus d'explication/de réassurance ou non ?
	Absence de changements:	➔ Démarche identique : comprendre la plainte du patient, comme point de départ... L'ATVD = un de ces points de départ. ➔ Correspond à son approche, à sa finalité (autonomie, dépistage/prévention) ➔ Permet au médecin d'accueillir tout le monde, contrairement au pharmacien (le coût étant un obstacle pour certaines personnes). ➔ La démarche habituelle de réalisation d'un test classique sera d'application.
	▲ : Faible coefficient de certitude pour certains. Manque de recul pour se prononcer	
Chez le pharmacien (19 sur 25)	Changements:	[formulation] À valence neutre : Plus de pouvoir au pharmacien (Constat)
		Devant être mis en place : ➔ Vérifier l'indication et parler le même discours que le MG (pas en vendre le plus possible)

¹² Cités, précédemment dans les changements de rôles du médecin

		➔ Informer/expliciter le public cible, l'utilité, l'administration, quand consulter le médecin, la lecture et l'interprétation du test, que faire après. ➔ Assurer « le service après-vente » d'un test : aider à l'interprétation, accueillir, rassurer et référer ➔ Jouer un rôle actif si l'ATVD nécessite une prise en charge rapide ➔ Faire le lien entre le patient et le médecin, quel que soit le résultat du test.
		Pouvant être mis en place par certains pharmaciens qui le souhaitent, vu les obstacles à lever : ➔ Jouer un rôle plus actif vis-à-vis du patient : aller au-delà de la dispensation de médicaments : - Informer/Expliquer aux patients, pour permettre une bonne utilisation. - Parler avec le patient afin de connaître sa motivation à acheter l'ATVD. - Mener plus de dépistage. Obstacles : conflit d'intérêts entre conseil et vente, confidentialité, temps nécessaire, motivation du pharmacien, absence de motivation de l'acheteur d'ATVD à en parler, respect de la vie privée et compétences ➔ Donner des informations aux médecins, concernant les ATVDs et leur fiabilité
	Absence de changements:	Négatifs : ➔ Risque de conseiller un ATVD sans disposer de tous les critères (faute d'anamnèse) ➔ Initier un traitement après un ATVD positif, en <i>by-passant</i> le médecin Note : certains refusent le rôle de « conseil » du pharmacien, qui by-pass le médecin.
		➔ Reste un vendeur, incompatible avec un rôle de conseiller ➔ La dynamique de conseil (ou son absence) préexiste aux ATVDs. .

2.3.2. ATVDs & CHANGEMENTS SUR LE PLAN DE LA RELATION

Cette analyse sur le plan de la relation est complémentaire à l'analyse des rôles ci-avant, une redondance partielle est toutefois inévitable.

[Le Tableau MG3 offre une vue synthétique]

CHANGEMENTS DANS LA RELATION MÉDECIN-PATIENT.

Ici également, certains opèrent une distinction entre les relations patient-médecin en général et leurs relations avec leur patientèle.

Concernant les relations en général, les **changements positifs** vont dans le sens de (re)nouer une relation et d'un rééquilibrage de la relation en faveur du patient. Les **changements négatifs** sont l'autonomisme (rupture de la relation), le patient qui se « substituerait » au médecin et s'automédiquerait. Les patients pourraient aussi ne pas oser en parler au médecin par crainte de reproche. Certains médecins se sentent contrariés et dépossédés.

Concernant les relations avec les patients, les **changements positifs** seraient de permettre d'aborder certains sujets (sans qu'il n'y ait changement de rôle), de créer une dynamique plus partenariale, voire rééquilibrer la relation à la faveur d'une relation plus partenariale. Les **changements négatifs** seraient d'écarter le médecin (rupture de la relation par des pratiques d'autonomisme), mais aussi d'instrumentaliser du médecin, de nier son rôle (forme d'autonomisme) voire de devoir davantage convaincre le patient du bien-fondé de sa démarche (pas de rupture mais changement de la tâche et surcroît de travail). L'absence de changements dans les relations sont liés au fait que leur patientèle n'utiliserait pas d'ATVD (ces médecins ne se sentent pas concernés), que les ATVDs s'inscrivent dans une approche participative qui est déjà la leur, que les ATVDs sont un point de départ comme un autre ou encore, qu'un suivi habituel est réalisé suite à la réalisation d'un ATVD perçu comme une recherche possible d'autonomie.



Concernant les liens avec les autres tendances, il semble exister un lien entre être « pour » les ATVD et de percevoir les ATVDs comme ne générant pas de changement dans la relation patient-médecin (et de ne pas percevoir de changements dans son rôle). Leur approche est perçue comme déjà partenariale.

CHANGEMENTS DANS LES RELATIONS PATIENT-PHARMACIEN

Les **changements positifs** dans cette relation sont davantage de dialogue et l'établissement d'une relation de confiance, soit une relation plus partenariale. Et ce, essentiellement parce que le pharmacien devient plus actif dans la relation, sans que le lien patient-médecin ne soit rompu.

Les **changements négatifs** sont de l'ordre de la **mise à mal de la relation patient-médecin, à la faveur d'un auto-traitement par le patient lui-même ou à la faveur d'une relation patient-pharmacien**. Le patient passerait du « diagnostic » à la solution, s'autotraiterait, éventuellement avec l'aide du pharmacien. Ce qui serait une forme d'autonomisme du patient (le lien avec le médecin est rompu). Le conseil du pharmacien pour des pathologies sensibles est rejeté par certain médecin.

Ceux qui mentionnent **une absence de changements** soulignent que ce n'est pas tant les ATVDs qui induisent un changement que des **facteurs préexistants aux ATVDs** (relation de longue durée, motivation du pharmacien), qui feront que le patient bénéficiera de conseils y compris concernant les ATVDs.

CHANGEMENTS DANS LES RELATIONS MÉDECIN-PHARMACIEN

La distinction est également opérée entre les relations médecin-pharmacien en général et ses relations avec des spécifiques pharmaciens en particulier. Seul un changement négatif est mentionné, en ce qui concerne les relations en général. Il s'agit de tensions possibles suite au souhait de certains pharmaciens d'en vendre beaucoup et l'agacement de certains médecins qui craindront que les pharmaciens se substituent à eux. Soit **une forme de mise à l'écart du médecin au profit de la relation patient-pharmacien**.

Sur le plan de leur relation médecin-pharmacien, les médecins énoncent des **changements à mettre en œuvre et des conditions à respecter pour** éviter la détérioration des relations voire faire en sorte que les ATVDs soient une expérience positive pour les trois « publics ». Il s'agit d'établir les modalités d'une collaboration médecin-pharmacien centrée sur le patient. Par la suite, si ces conditions sont respectées cela pourrait donner lieu à **des changement positifs dans la relation** : l'intensification de collaboration avec les pharmaciens qui partagent la même façon de travailler (contacts et prévention) voire la prise de relai de certaines tâches par le pharmacien pour alléger la tâche des médecins, saturés. **L'absence de changements** était liée au fait que les ATVDs sont un phénomène récent auquel les médecins n'ont pas encore été confrontés

Tableau MG3- Changements dans les relations suite à l'introduction des ATVD, tels que perçus par les médecins

Médecin-Patient (20 sur 25)	En général	Changements :	Positifs : ➤ Opportunité de (re)créer une relation de soins. ➤ Permet de ré-horizontaliser la relation médecin-patient. ➤ Plus d'autonomie pour le patient. Négatifs : ➤ Risque d'autonomisme. Ne pas en parler au médecin par crainte du reproche du médecin « dépossédé » voire « jouer au docteur » et s'autotraitier.
		Absence de changement :	---
	Lui/elle et ses patients	Changements :	Positifs : ➤ [Une amorce pour parler de sujets qui n'auraient pas été discutés, sans l'ATVD] ➤ Créer une nouvelle synergie médecin-patient du fait que le médecin prend le temps d'expliquer/rassurer, un bon outil pour la discussion en consultation (Cf. Cela développera le partenariat si le patient vient avec un résultat « douteux »). ➤ Ré-horizontaliser la relation. Face au risque de reproche spontané, s'efforcerait d'adopter une attitude de non jugement. Négatifs : ➤ Possible espacement des visites et des opportunités d'aborder la prévention. ➤ Risque d'exacerber la demande des patients en tests techniques → 1/ Plus d'explications afin de convaincre de l'inutilité du suivi (faux positifs) ou 2/ Instrumentalisation du médecin, réduit à demander des examens complémentaires ➤ Risque d'une demande accrue d'explication/rassurance des patients, surtout ceux avec un niveau de littératie faible. La crainte des réactions de panique des patients peut aller jusqu'au refus de considérer les ATVDs. ➤ Risque de compliquer la relation avec des patients « psychosomatiques », entretien de cette tendance voire génère la perte de confiance en le médecin

			➤ Risque d'autonomisme, que le médecin ne puisse jouer son rôle : répondre aux questions, donner des conseils
		Absence de changements :	➤ Non utilisation des ATVD par ses patients. [La situation ne se présentera pas] ➤ S'inscrivent dans son approche... qui va dans le sens de plus de participation (plus de responsabilisation, plus d'autonomie du patient) ➤ Un ATVD= un point de départ comme toute demande du patient. ➤ Aucun changement de la part du médecin lors d'un cas effectif, interprété notamment comme une recherche d'autonomie potentielle.
Patient-Pharmacien (9 sur 25)	Changements :		Positifs : ➤ Peut stimuler le dialogue, permettre la construction d'une relation de confiance patient-pharmacien, grâce au rôle plus actif du pharmacien (explication, accueillir le patient avec un test positif), tout en maintenant un lien avec le médecin. Négatifs /non-souhaités: La relation patient-pharmacien risque de se substituer à la relation patient-médecin. ➤ Risque du passage du constat d'un problème à une solution, éventuellement avec le soutien du pharmacien qui initie le traitement. ➤ [Refus] Le conseil pour ATVD VIH est rejeté par certains, « le cadre ne s'y prêtant pas », vu le manque de confidentialité. C'est à un médecin/infirmier de le faire.
	Absence de changements :		Pratique inchangée : le pharmacien vendra sans commentaires s'il ne connaît pas la personne. Le conseil est fonction d'autres facteurs : la relation de longue durée, la motivation du pharmacien.
Médecin-Pharmacien (10 sur 25)	En général	Changements :	Positifs : --- Négatifs : Générateurs de tensions : certains pharmaciens voudront en vendre beaucoup, ce qui énervera certains médecins, pensant qu'ils veulent se substituer à eux.
		Absence de changements :	---
	Lui/elle et les pharmaciens	Changements :	À mettre en œuvre : ➤ Développer/renforcer la collaboration médecin-pharmacien pour : - Tenir un discours commun vis-à-vis du patient, lui fournir un accompagnement & maintenir la confiance du patient - Gérer le patient qui panique - Accorder plus de latitude au pharmacien pour une délivrance de certains médicaments à certains patients, avec l'accord de principe du médecin (ex. infections urinaires) Conditions pour éviter la détérioration de la relation : le référencement vers le médecin après le test et -ne pas proposer des ATVD qui ne sont pas <i>evidence-based</i>, Changements positifs, conditionnels au respect de ce qui devraient être fait : ➤ [Référencement] Travailler plus ensemble, avec des pharmaciens qui partagent la même façon de travailler (orientés « contact » et prévention). ➤ [Tests <i>evidence-based</i> & collaboration]. Permettre une prise de relai par les pharmaciens de certaines tâches de médecins, saturés
		Absence de changements :	Pas d'expérience concrète ou pas de discussion avec les pharmaciens-partenaires.

2.3.3. CHANGEMENTS INDUITS PAR LES ATVDS TELS QUE PERÇUS PAR LES AUTRES ACTEURS, SELON LES MÉDECINS

CHANGEMENTS PERÇUS « PAR » LES PATIENTS, SELON LES MÉDECINS

Les ATVds seraient perçus comme contribuant à la tendance actuelle d'accorder plus d'attention à sa santé, voire à une recherche d'autonomie dans le suivi médical. Ils pourraient aussi contribuer à la représentation que la technologie résoudra tout. Enfin, faute d'avoir une idée précise de ce que les patients en pensent, le point de vue des patients sur les ATVds suscite la curiosité de certains médecins.

CHANGEMENTS PERÇUS « PAR » LES PHARMACIENS, SELON LES MÉDECINS

Les ATVds seraient considérés, par certains, comme une opportunité de réaliser du « pharmacien-conseil », une activité dans laquelle ils se sentiraient plus valorisés. Les ATVds pourraient être considérés uniquement comme un « business lucratif », sans qu'il n'y ait changement de rôle.

CHANGEMENTS PERÇUS « PAR » LES AUTRES MÉDECINS.

Certains autres médecins se sentiront contrariés parce que les ATVds ouvrent la voie à un autre équilibre avec des patients plus autonomes (et certains pharmaciens voudront en vendre beaucoup). L'avis des confrères sur les ATVds suscitent également la curiosité de certains médecins.

PARTIM 3-PHARMACIENS

3.1. RELATIONS ACTUELLES

RELATIONS PHARMACIEN-PATIENT

Les relations actuelles des pharmaciens de notre échantillon avec les patients sont très **peu partenariales**. Elles sont centrées sur le pharmacien ; 12 pharmaciens sur 16 présentaient des relations de passivité-activité, consistant à communiquer à la personne de l'information non personnalisée (équivalent à l'Autocratie). Des **approches plus partenariales** sont toutefois **présentes** chez 3 pharmaciens de notre échantillon. Pour deux d'entre eux, il s'agissait de partenariat mutuel (aide à la décision, autonomisation progressive). Ces pratiques partenariales sont le fait de professionnels formés à ce type d'approche (formation pédagogique ; certificat en soins pharmaceutiques). Les formations ont été suivies en sus de la formation initiale. Ce qui laisse penser à un intérêt préalable à la formation pour ces approches, plutôt que d'une pratique qui découlerait de la formation. Par ailleurs, les pratiques de type information unilatérale n'étaient pas systématiques pour une partie d'entre eux. Elles sont conditionnelles à différents éléments (à savoir : la demande du patient, le lancement d'un nouveau traitement, l'existence d'une prescription). Cette tendance se retrouve également dans les variations de pratiques.

Le phénomène de **variations de pratiques** laisse apparaître des évolutions vers une absence totale d'information mais aussi vers des pratiques plus communicationnelles. Les variations de pratiques sont le fait des pharmaciens qui déploient des pratiques peu centrées sur le patient (Type 1). A l'instar des médecins, ceux qui présentent des pratiques partenariales (Type 3.1), ne présentaient pas de variations de pratiques.

Une variation **vers la délivrance simple**¹³ (Type 0- vente sans aucune information) est liée à un traitement pris sur le long court, l'absence de prescription, l'absence de demande/souhait d'information de la part du client, la charge de travail élevée ou encore, la demande implicite de discrétion du patient liée à une pathologie « taboue ». Remarquons que, dans certains cas, cette variation est présentée comme visant à répondre à la demande du patient, fût-elle implicite. Elle serait dès lors plus centrée sur le patient qu'il n'y apparait de prime abord, même si cela se limite à la mise à disposition de médicament. Une variation **vers des pratiques un peu plus centrées sur le patient, plus personnalisées** (sans qu'il ne s'agisse de partenariat), semblait liée à un contexte favorable d'incitants dans ce sens (pharmacien de référence, entretiens d'accompagnement de bon usage des médicaments) ou au fait de connaître le patient sur la durée.

Deux tendances, observées parmi les médecins, étaient également présentes parmi certains pharmaciens. A savoir : **(1) un discours de type participation** (voire de collaboration avec le patient) **utilisé pour qualifier les diverses pratiques**, qui ne sont pas nécessairement participatives. Par exemple, dans le cas du pharmacien, la confiance, le dialogue, l'écoute ou la personnalisation viseront la proposition d'un produit. Cette démarche ne vise pas à éduquer le patient, à rendre le patient acteur de sa santé. Les termes « expliquer » « conseiller » sont fréquemment utilisés pour qualifier une information unilatérale non personnalisée. **(2) les pratiques peuvent s'avérer intuitives**, construites dans le cas du pharmacien au gré de l'expérience.

Quoique que nous ne puissions préjuger des proportions sur un échantillon représentatif. Les pratiques rapportées par les pharmaciens participants à la recherche étaient assez similaires à celles rapportées par les patients de notre échantillon. Deux sous-types étaient toutefois observables chez les patients alors qu'elles ne l'étaient pas comme pratiques principales chez les pharmaciens. Il s'agit des sous-types 1.3 et 3.2 qui reposent sur des relations de longue durée. Les relations qui s'établissent dans la durée sont susceptibles d'amener un début de personnalisation (Type 1.3) ou la construction de la confiance (Type 3.2). La première sera en fait mentionnée par les pharmaciens, dans les variations de pratique. Ce qui est logique : le pharmacien ne connaît pas tous ces patients. La seconde n'apparaissait pas parmi les pharmaciens. Parmi les pharmaciens comme parmi les patients, le Type 4 autonomisme était absent des relations patient-pharmacien. Plus exactement, il est impossible d'établir une distinction avec un Type 0 -délivrance simple ou un Type 1-transmission unilatérale d'information non personnalisée, d'une part et un Type 4-le patient qui se passe du professionnel, lorsque les relations sont peu élaborées.

¹³ Tous les pharmaciens qui rapportaient des variations de pratiques, mentionnaient des variations de ce type.

Les pratiques des pharmaciens de notre échantillon étaient **peu contrastées**¹⁴. Cela a une influence sur le plan des analyses. Peu d'hypothèses pourront être émises concernant un lien entre le type de pratiques actuelles et les autres tendances.

COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE MÉDECIN-PHARMACIEN.

En routine, la collaboration pharmacien-médecin rapportée par les pharmaciens est peu élaborée. Elle consiste **en de la consultation** (soit une transmission d'informations suivie de la décision unilatérale d'un des deux professionnels-Type 2) **et dans une moindre mesure, de l'isolement** (Type1).

Contrairement aux médecins qui ne mentionnaient que des variations dans le sens d'une collaboration plus étroite, les **variations de pratiques** mentionnées par les pharmaciens font état tant de pratiques **plus collaboratives** que de pratiques **moins collaboratives**. Tous présentaient toutefois au moins une variation dans le sens de plus de collaboration. Davantage de collaboration est perçue comme lié à : la demande ou l'attitude du médecin (une rencontre préalable en face-à-face est perçue comme aidant), la nature du problème qui demande une attitude concertée (la surconsommation, les traitements de substitution aux opiacés), la situation des médicaments manquants ou encore, l'obtention de l'aval du médecin pour un changement dans la prescription (lorsque le patient n'est pas connu du pharmacien). Moins de collaboration est liée à : l'absence de demande du patient d'améliorer/revoir son traitement (le patient fait dans ce cas le lien entre le médecin et le pharmacien) ou l'attitude du médecin.

Les pratiques mentionnées par les pharmaciens étaient moins collaboratives que celles mentionnées par notre échantillon de médecins¹⁵. Si l'on poursuit la mise en relation des résultats des médecins, contrairement au médecin, le pharmacien mentionnait **moins de relation « privilégiée » avec un/des médecins spécifiques** lorsque les pratiques sont plus collaboratives. Par contre, à l'instar des médecins, les traitements de substitution aux opiacés est une situation porteuse d'une collaboration plus étroite.

 Il semble exister **un lien entre** une approche centrée sur le patient (partenariat mutuel) et des relations interprofessionnelles plus collaboratives. En effet, les pharmaciens qui présentaient des **pratiques partenariales avec le patient** présentaient aussi des **pratiques collaboratives** (si on inclut les variations) **avec les médecins**. (Type3-transfert de connaissance ou de Type 5-Intégration-Collaboration active avec une approche holistique du patient). Notons que nous n'observons pas ce type de lien parmi les médecins, avec l'exception notable des traitements de substitution, qui « nécessitent » une attitude concertée entre les professionnels et une approche centrée sur le patient.

A l'instar des relations que le pharmacien entretient avec le patient, les relations interprofessionnelles avec le médecin étaient **peu contrastées**¹⁶. Ceci limite les possibilités d'élaborer des hypothèses de liens entre les pratiques actuelles et les autres tendances lors des analyses.

3.2. REPRÉSENTATIONS & CONNAISSANCES RELATIVES AUX AUTOTESTS A VISÉE DIAGNOSTIQUE

Contrairement aux médecins et aux patients, la quasi-totalité des pharmaciens (15 sur 16) **disposent d'une expérience avec les ATVDs**. Cette expérience est susceptible d'influencer la représentation qu'ils s'en font. Les deux tiers précisaient toutefois que les ventes étaient très **limitées** de manière globale ou limitées à quelques tests (VIH, infections urinaires). Aucun pharmacien n'avait eu de contacts avec un médecin dont un patient aurait réalisé un autotest.

Faisant référence aux réactions des médecins dans les médias lors de la commercialisation des autotests, certains pharmaciens en proposent d'emblée une lecture en termes de crainte d'un changement de rôle des pharmaciens, d'une perte de certaines de leurs prérogatives, par les médecins.

¹⁴ 12 pharmaciens sur les 15, qui ont pu être classifiés, présentaient des relations patient-pharmacien de type 1 « transmission d'informations non-personnalisées ».

¹⁵ Ce résultat demanderait des recherches supplémentaires pour savoir si cette tendance est observable sur un échantillon représentatif. Cela ne signifie pas ipso facto qu'il y ait des différences de vue : notre échantillon n'était pas pairé. Les professionnels sont probablement en lien avec des professionnels extérieurs à notre échantillon. Les professionnels avec lesquels ils sont en contact peuvent y compris être situés en dehors de la Région de Bruxelles Capitale.

¹⁶ 15 pharmaciens sur 16 présentaient en type principal, une collaboration de type « consultation ».

De manière globale :

Ceux qui sont « **pour** » voient dans les ATVDS un apport sur le plan de l'**autonomie** pour les patients qui souhaitent faire quelque chose pour leur santé mais aussi pour l'accompagnement par le pharmacien de pratiques d'automédication avérées. L'ATVD permet alors de pouvoir offrir des balises au pharmacien (et au patient). L'ensemble des « **jeunes** » pharmaciens de notre échantillon (et uniquement ceux-ci) présentaient ce positionnement. Ceux qui sont « **contre** » sont sceptiques sur le plan de la plus-value en matière de santé et y voient des motivations économiques. Ils peuvent aussi privilégier la **consultation du médecin en cas de problème de santé**. Enfin, ceux qui sont « **partagés** », **qui n'adoptent pas de position tranchée** mentionnent que les ATVDS sont utiles mais peu accessibles financièrement, qu'ils sont plus ou moins utiles en fonction des personnes (et leurs habitudes en matière de consultation) ou encore, qu'ils sont plus ou moins pertinents en fonction de la pathologie concernée (à savoir : ils sont pertinents s'ils sont porteurs d'une plus-value en regard d'une prise en charge classique. Un autotest pertinent sera celui dont l'éventuel résultat positif permet une prise en charge en officine ou encore un autotest sera pertinent si le dosage de ce paramètre pris isolément est préconisé. Notons que les deux premiers « test-dépendant » touchent à la relation patient-médecin-pharmacien).

POINTS FORTS & POINTS FAIBLES DES ATVDS

[Voir Tableau FA1 pour une vue synthétique]

Points forts- Les pharmaciens formulent des points forts essentiellement pour la **santé des populations** en général et **du patient** en particulier ainsi que secondairement, pour les **relations du patient avec les deux professionnels**. En ce qui concerne le patient, il s'agit d'éléments qui touchent principalement sa relation avec le médecin (oser faire le test, renouer avec le système de soins, amorcer une discussion, l'autonomie, le sentiment de réconfort) et dans une moindre mesure, sa relation avec le pharmacien (amorcer la discussion).

Les points forts avaient tous été cités par au moins l'un des deux autres groupes de répondants (patients, médecins), à l'exception de balises pour l'automédication qui concernent plus spécifiquement le pharmacien.

Points faibles -Les points faibles concernent principalement **le patient** (le coût élevé, des attentes plus larges que ce qui est « mesuré », des difficultés d'utilisation, le risque de surconsommation, le risque de panique). D'autres éléments sont également soulignés, ils concernent **la faible demande en ATVDS** (et ses conséquences sur les pharmaciens), **les motivations** (économiques et lucratives) et les risques sur la **relation patient-médecin**.

La plupart des points faibles ont été mentionnés par au moins un des deux autres groupes de répondants. Trois éléments sont toutefois spécifiques aux pharmaciens à savoir :

- Le peu de demandes de la part des patients, soit un nombre de ventes limité, qui a aussi des incidences en matière de gestion de stocks et de conseils (une absence de routine de conseil) ;
- La dénomination des ATVDS qui suscite des attentes démesurées en regard du paramètre réellement mesuré ;
- La catégorisation des ATVDS en fonction de leur utilité sur base de la nécessité d'une consultation médicale.

La plupart des points relevés sont ici aussi très imbriqués. Certains sont la cause ou la conséquence d'un autre. Lorsque les points forts et faibles se « contredisent », il en est fait mention par le sigle ><

Tableau FA1-Représentations des pharmaciens concernant les points forts et points faibles des ATVDs

Points forts	Points faibles
➤ Permet d'améliorer le dépistage d'un problème de santé pour un individu et dans une population. (><) ➤ Permet d'oser réaliser le test pour des pathologies plus sensibles. ➤ Permet de "(Re)nouer avec le système de santé". L'ATVD = une porte d'entrée. (><) ➤ Rassure le patient (><) ➤ Permet d'amorcer une discussion avec le médecin ou le pharmacien (valorisant pour le professionnel). ➤ Permet d'éviter l'engorgement des cabinets médicaux et des services d'urgence. (><) ➤ Donne des balises au pharmacien en cas d'automédication par le patient. ➤ Contribue à l'autonomie du patient ➤ Permet la réalisation du suivi d'un problème diagnostiqué en semi-autonomie. Les ATVD sont en outre perçus comme : ➤ D'une utilisation aisée (><) ➤ Fiables	➤ Demande faible → problème de gestion de stock, absence de routine dans le conseil. ➤ Coût élevé (pour sa clientèle ; soit parce que cela ne remplace par une consultation; soit comparé à l'examen classique) ➤ Risque de susciter des attentes démesurées, en regard de ce qu'ils « mesurent ». ➤ Vise les économies (les pouvoirs publics), les rentrées (les firmes). Pas la santé de la population. ➤ Risque de poser des difficultés dans leur réalisation (><). ➤ Risque d'engendrer une surconsommation d'ATVDs ➤ Risque de remplacer la consultation médicale régulière. ➤ Risque de susciter des réactions de panique/déni et nuire à la prise en charge (si pronostic fort (><)) Les ATVDs peuvent avoir un intérêt variable selon : - L'intérêt de mesurer un paramètre spécifique (vs prise en charge globale) - La nécessité de consulter si le test est positif. Certains ATVD sont en outre perçus comme : ➤ Ayant une pertinence clinique faible ➤ Suscitant le doute quant à leur fiabilité
Notons qu'il n'existe pas de consensus sur les problèmes de santé pour lesquels, il y a un intérêt à mesurer un paramètre et la nécessité de consulter un médecin. Les principes généraux sont que l'ATVD est inutile si le problème de santé nécessite une prise en charge globale ou encore, si un test positif nécessite une consultation médicale.	

REPRÉSENTATIONS DE LA FIABILITÉ

La perception de la fiabilité parmi les pharmaciens de notre échantillon allait **globalement dans le sens de la fiabilité**, même si tous ne pouvaient se prononcer. Cette perception repose sur l'autorisation de commercialisation, l'expérimentation sur soi de l'ATVD ou encore, la confiance dans la technique de mesure. A l'instar des patients, aucun ne pense que les ATVDs ne sont pas du tout fiables. Concernant un lien entre la perception des ATVDs et la perception de leur fiabilité, les résultats ne sont pas très contrastés dans les deux cas¹⁷, ce qui rend mal aisée l'apparition de tendances. Toutefois, tous ceux qui étaient « pour » les ATVDs les percevaient comme fiables.

REPRÉSENTATIONS LIÉES À LEUR COMMERCIALISATION EN GRANDE SURFACE.

Quoique les proportions doivent être considérées avec prudence, les pharmaciens étaient **largement¹⁸ contre la commercialisation** des ATVDs en grande surface. Ils y étaient aussi globalement **plus défavorables que les médecins et les patients**. Les arguments **en défaveur** de ce type de commercialisation était la perte d'une part de marché pour les pharmaciens et la nécessité d'un interlocuteur pour assurer l'accompagnement du patient. Certains pharmaciens soulignent toutefois qu'argumenter la valeur ajoutée d'une vente en officine est mal aisée : tous les pharmaciens ne fournissent pas d'accompagnement et certains se sentent peu outillés pour le fournir. Pour une partie des pharmaciens, ce changement est inéluctable et pose plus largement la question de l'avenir de leur profession. Les arguments **en faveur** de ce type de commercialisation sont de l'ordre de la santé publique : l'ATVD peut contribuer à diminuer l'incidence d'un problème de santé. Or, la commercialisation en grande surface accroît son accessibilité.

¹⁷ Nombreux étaient ceux dans notre échantillon qui pensaient que les ATVDs sont fiables et qui ne se prononçaient pas clairement pour ou contre les ATVDs.

¹⁸ 13 contre ; 1 pour.

3.3. ATVDS & CHANGEMENTS PERÇUS DANS LES RELATIONS

Cette section comprend les changements effectifs dans les pratiques, les changements principaux sur le plan de la relation, les changements sur le plan des rôles, les changements sur le plan de la relation, induits par les ATVDS, tels que perçus par les pharmaciens. Elle se clôt par les changements tels que perçus par les autres acteurs (patients, médecins et les autres pharmaciens) selon l'idée que s'en fait le pharmacien.

3.3.-1. ATVDS & PRATIQUES

Les pratiques liées aux ATVDS semblent ne **pas différer** des pratiques habituelles avec le patient. Il est peu fait mention du médecin et de la collaboration interprofessionnelle, si ce n'est pour mentionner l'attitude de prudence des pharmaciens visant à ne pas « se mettre les médecins à dos ». Les pratiques sont conditionnées par les faibles ventes (en l'absence de vente significative, comment les ATVDS pourraient-ils induire un changement ?), par la méconnaissance des ATVDS par une partie des pharmaciens et la méconnaissance du positionnement des médecins.

Le rapport complet comprend les facteurs favorisant et bloquant les pratiques (de vente et des approches partenariales).

3.3.0. ATVDS & CHANGEMENTS PRINCIPAUX

Interrogés sur l'existence du principal changement dans les relations suite l'introduction des ATVDS, certains pharmaciens y voient un changement **positif** pour le **patient**, le **pharmacien** ou encore, pour la collaboration des trois (avec un accent plus marqué sur le changement chez le pharmacien). D'autres les voient comme porteur d'un changement **négatif** principalement pour le **patient** (lorsqu'il s'agit d'autonomie et plus d'autonomie) et les relations **médecin-patient**. Enfin, les ATVDS pouvaient être perçus comme **non inducteurs** de changements dans la relation, suite aux ventes faibles ou à l'apparition de changements ne pouvant être qualifiés de changements dans la relation.

3.3.1. ATVDS & CHANGEMENTS SUR LE PLAN DES RÔLES DES DIFFÉRENTS ACTEURS

[Le Tableau FA2 offre une vue synthétique]

CHANGEMENTS POUR LE PATIENT

A l'instar du médecin, le changement de rôle concerne **le rôle du patient vis-à-vis du médecin et de sa santé**. Les changements étaient majoritairement **positifs** pour le rôle du patient. Ils consistaient aussi à **(re)nouer avec la médecine** ((re)devenir un patient) ou à plus **d'autonomie** pour le patient dans la relation patient-médecin mais aussi à bénéficier d'une prise en charge plus efficace parce que plus rapide dans un système moins saturé. Un changement **négatif** était par ailleurs rapporté, le risque que la personne ne consulte pas le médecin, par manque d'accessibilité (barrage du coût ou de l'expression orale).

Dans certains cas, le patient **ne changera pas de rôle**. L'ATVD, qualifié d'« aide au diagnostic », un plus, sans que cela ne puisse être qualifié de changement de rôle.

CHANGEMENTS POUR LE MÉDECIN

Le taux de réponse est faible¹⁹. **Il n'y a pas de tendance massive qui se dessine**. Les changements mentionnés concernent surtout la relation patient-médecin. La relation avec le pharmacien, qui intervient « en amont », n'est que peu mentionnée, du moins explicitement. Les changements **positifs** sont liés à la possibilité de rencontrer les patients qui en ont réellement besoin dans un cadre moins saturé ou d'exercer un rôle valorisant (à savoir, donner un cadre d'interprétation à un autotest réalisé). Les changements **négatifs** perçus sont une perte de pouvoir en regard du patient. L'absence de changement est liée au fait que les médecins ne se sentiront pas concernés par les autotests ou que les ATVDS n'induiront pas un changement pouvant être qualifié de « changement de rôle ».

Deux **éléments originaux** apparaissent dans cette catégorie :

- Certains changements positifs pour le médecin sont mentionnés comme étant conditionnés par l'attitude du pharmacien ou par l'attitude du patient.

¹⁹ 7 pharmaciens sur 16.

- Peu de pharmaciens mentionnent un changement négatif pour le médecin, explicitement. Ils font toutefois mention de la crainte que les médecins vivent mal les changements, qu'ils vivent ces changements comme une perte de pouvoir. Les pharmaciens craignent des tensions médecins-pharmaciens.

CHANGEMENTS POUR LE PHARMACIEN

Les changements de rôle sont évoqués de manière très prudente, ce qui rend l'analyse plus compliquée. **Il n'y a pas de tendance qui se dessine.** Le changement induit par les ATVDs est essentiellement un changement de rôle auprès du patient. Le rôle vis-à-vis du médecin fait l'objet de plus de sous-entendus (ex. faire un premier tri, l'ATVD comme une aide - globalement- au diagnostic). Autant, si la partie avant achat fait plutôt consensus (l'information est nécessaire qu'elle fasse ou non déjà partie des pratiques du pharmacien), autant les positions divergent dans le suivi : certains soulignent il faut veiller à ne pas se substituer au médecin, d'autres que des solutions sont parfois possibles en officine.

Certains mentionnaient une absence de changement parce que ces pratiques sont déjà à l'œuvre, que les volumes de ventes ne sont pas de nature à générer un changement ou encore, que ce changement n'est pas de l'ordre du changement de rôle. Enfin, une même pratique peut être perçue comme une nouveauté, une nouveauté pour les autres mais pas pour soi ou encore, une absence de changement.

Notons que les médecins mentionnaient surtout des changements qui pourraient ou devraient être mis en œuvre par le pharmacien.

Tableau FA2 Changements dans les rôles suite à l'introduction des ATVD, perçus par les pharmaciens

Chez le patient (11 sur 16)	Changements :	Positifs : ➔ Peut permettre à la personne de (re)nouer avec le domaine médical. ➔ Permet une prise en charge plus efficace, parce que plus précoce et prenant place dans des services moins engorgés/saturés. ➔ Accorde plus d'autonomie du patient. Négatifs : ➔ Absence de consultation du médecin (liée à des problèmes d'accessibilité financière et socio-culturelle- difficulté de s'exprimer)
	Absence de changements :	➔ Une aide au diagnostic, un plus, mais pas un changement de rôle.
Chez le médecin (7 sur 16)	Changements :	Positifs : ➔ Offrir une grille de lecture. Entamer/susciter le dialogue avec le patient ➔ Se concentrer sur les patients qui nécessitent une consultation dans des cabinets moins engorgés. Négatifs : ➔ Perte des prérogatives en matière de diagnostic. NB. Crainte de réactions négatives du médecin par ce qui peut être perçu comme une perte de pouvoir, des prérogatives.
	Absence de changements :	➔ Ne se sentent pas concernés ➔ ATVD= une aide. Pas de changement de rôle.
Chez le pharmacien (14 sur 16)	Changements :	Positifs : Jouer un rôle plus actif auprès du patient ➔ Plus d'information (à l'achat et une lecture commentée après), plus de conseils. ➔ Faire un premier tri ➔ Avoir des balises dans les cas d'automédication Mais : tensions avec le rôle du médecin mentionné et parfois démuni face à ce rôle (explication, gérer une personne qui reçoit un diagnostic « fort »).
		Potentiels générant l' « inconfort » voire le rejet : ➔ Assurer « le service après-vente » d'un test : rassurer, référer, ...
		Potentiels dont la valence n'est pas encore déterminée : ➔ Le changement peut être positif ou négatif en fonction du positionnement du pharmacien (dialogue ou mise à l'écart du pharmacien)
	Absence de changements :	➔ « Pratiques déjà à l'œuvre » (information, conseil ou aide à la décision) ➔ Volume de vente faible → pratique limitée ➔ Aide (globalement) au diagnostic, pas un changement de rôle.

3.3.2. ATVDS & CHANGEMENTS SUR LE PLAN DE LA RELATION

Cette analyse sur le plan de la relation est complémentaire à l'analyse des rôles ci-avant, une redondance partielle est inévitable.

[Le Tableau FA3 offre une vue synthétique]

CHANGEMENTS DANS LES RELATIONS PATIENT-PHARMACIEN

La tendance allait plutôt dans le sens d'une **absence de changement** et ce, pour des raisons variées : des volumes de vente faibles, à une absence de changement d'une pratique déjà axée vers le dialogue ou encore, la délivrance simple de l'autotest comme c'est le cas pour toute vente libre. Parfois, le changement n'est pas perçu comme un changement dans les relations mais comme une aide, un plus. Les changements pouvaient aussi être perçus comme **positifs** (initier certains traitements qui relèvent du pharmacien) ou **négatifs** (le type de pathologie couverte par les ATVDS n'encourage pas au dialogue, ils suscitent une gêne et amènent les personnes à privilégier une officine dans laquelle ils ne sont pas connus).

Le pharmacien mentionne généralement ce qui se déroule **avant/lors de la vente**, à l'exception de l'initiation du traitement par le pharmacien à la demande du patient, qui est considéré comme un changement positif, par certains pharmaciens. Lors de l'évocation du rôle du pharmacien, certains mentionnaient une forme d'inconfort y compris dans le fait de rassurer le patient après le test. Il reste que les évocations de l'implication du pharmacien dans le suivi du test sont peu fréquentes. Il n'est par ailleurs pas toujours aisé de déterminer dans quelle mesure l'initiation d'un traitement est déjà présente dans les pratiques du pharmacien ou si l'autotest faciliterait/ permettrait celle-ci.

Les relations patient-médecin et médecin-pharmacien sont développées par un nombre très restreint de répondants. Les résultats sont mentionnés uniquement dans le tableau récapitulatif PA3.

Tableau FA3 Changements dans les relations suite à l'introduction des ATVDS, selon les pharmaciens.

Patient-Médecin (6 sur 16 !)	Changements :	Positifs : ➡ Opportunité de (re)créer une relation de soins
		Neutres : ➡ Participe à des relations plus distantes, avec plus d'autonomie du patient (ce qui s'inscrit dans l'évolution actuelle)
	Absence de changements :	➡ Pas un changement de l'ordre de la relation, un changement des modalités (cabinet moins engorgé, ATVDS= aide au diagnostic) ➡ Pas de changement de pratiques, même si l'accueil peut varier en fonction de l'âge du médecin
Pharmacien-Patient (10 sur 16)	Changements :	Positifs : ➡ Possibilité d'initier un traitement pour des problèmes dont la prise en charge est perçue comme relevant du pharmacien et ce, à la demande du patient.
		Négatifs : ➡ Peut aller à l'encontre d'une relation plus partenariale : gêne liée la pathologie concernée, personnes inconnues de l'officine → service à minima.
	Absence de changements :	➡ Trop peu de vente pour insuffler un changement de relations ➡ Pas de changement par rapport à la pratique habituelle : pouvant aller de la vente sans commentaire à l'aide à la décision. ➡ ATVDS= une aide, un plus. Pas de changement de rôle.
Pharmacien-Médecin (5 sur 16 !)	Changements :	Positifs : ➡ Permettent plus de communication, de collaboration afin que tous deux soient associés. Valorisant pour les deux professionnels vis-à-vis du patient.
		Négatifs : ➡ Générateurs de tensions/crispations liées à la perception par les médecins de perdre certaines prérogatives au profit du pharmacien.
	Absence de changements :	➡ Les pharmaciens se calqueront sur le positionnement des médecins (attitude habituelle).

3.3.3. CHANGEMENTS INDUITS PAR LES ATVDs TELS QUE PERÇUS PAR LES AUTRES ACTEURS, SELON LES PHARMACIENS

CHANGEMENTS PERÇUS « PAR » LES PATIENTS, SELON LES PHARMACIENS

Les représentations des patients mentionnées par le pharmacien **ne concernent pas le rôle ou les relations**. Elles se situent en amont d'un possible dialogue. Elles concernent les **obstacles à l'achat** d'ATVDs, d'une part et les obstacles **à la discussion** lors de l'achat, d'autre part. Les obstacles à l'achat étaient : la non connaissance de l'existence des ATVDs, leur prix, les manipulations à réaliser et le fait de ne pas souhaiter se savoir atteint d'une maladie grave.

CHANGEMENTS PERÇUS « PAR » LES MÉDECINS, SELON LES PHARMACIENS

Les ATVDs pourraient être vécus comme une perte de leurs prérogatives, au profit du patient ou du médecin. Cette tendance était plus présente dans notre échantillon. D'autres médecins ne se sentiraient pas concernés par les autotests ou encore, ne s'y fieront pas et procéderont de la manière « habituelle ».

CHANGEMENTS PERÇUS « PAR » LES AUTRES PHARMACIENS.

Sans préciser s'il s'agit d'un changement de rôle, les pharmaciens se calqueraient sur les médecins pour prendre position en regard des ATVDs. Par ailleurs, d'autres pharmaciens se saisiraient des ATVDs comme une opportunité pour vendre des compléments alimentaires. Ce seraient par ailleurs l'approche proposée par les délégués commerciaux et qui étaient mentionnés par une partie des répondants.

CARE-TEST

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

2017-PFS-EHS-16

RAPPORT DE RECHERCHE



Mai 2021

TABLE DES MATIERES

Introduction	3
1. Contexte.....	3
2. Méthodologie	5
3. Cadre Théorique des relations patient-Medecin-pharmacien.....	6
Résultats	10
Présentation de l'échantillon général.....	10
I. Partim Patient	12
1 - Présentation de l'échantillon	13
2 - Analyse des relations avec les professionnels de santé	13
3 - Représentations des autotests à visée diagnostique	30
4 - Changements perçus dans la relation patient-médecin-pharmacien.....	51
5 « Suggestions/Propositions » pour améliorer la relation patient-médecin-pharmacien	70
II. Partim Médecins généralistes	89
1 - Présentation de l'échantillon	90
2 - Analyse des pratiques actuelles	91
3 - Représentations des autotests à visée diagnostique	99
4 - Changements perçus dans la relation patient-médecin-pharmacien.....	119
5 – « Suggestions/Propositions » pour améliorer la relation patient-médecin-pharmacien	141
III. Partim Pharmaciens d'officine	157
1 - Présentation de l'échantillon	158
2 - Analyse des relations actuelles	159
3 - Représentations des autotests à visée diagnostique	170
4 - Pratiques des atvds & facteurs associés	189
5 - Changements perçus dans la relation patient-médecin-pharmacien.....	194
6 – « Suggestions/Propositions » pour améliorer la relation patient-médecin-pharmacien	212
Références	225
Annexes	227



INTRODUCTION

1. CONTEXTE

La vente d'autotests à visée diagnostique (ATVDs) dans les pharmacies en Belgique est un phénomène récent. Plusieurs autotests, dont des tests de détection du VIH, de l'intolérance au gluten, des allergies, de la carence en fer, du sang occulte dans les selles, des infections urinaires, de la maladie de Lyme, du taux de cholestérol, de la fertilité masculine, des bactéries dans l'estomac¹, ... ont été progressivement introduits depuis novembre 2016. Ces tests sont disponibles à un coût variant entre 12,90 € pour les tests d'infections urinaires et 29,90 € pour le test VIH. Si l'introduction de ces autotests peut être un moyen de responsabiliser les patients et de les aider à prendre des décisions éclairées concernant leur santé, elle représente également un défi pour la relation de soins. D'une part, elle pourrait avoir un impact sur la relation entre les patients et les prestataires de santé car elle est susceptible d'accroître la capacité du patient de prendre des décisions éclairées. La "décision" éclairée se produit lorsqu'une personne a une connaissance adéquate de l'intervention en termes de risques et de bénéfices probables, et prend une décision conforme à ses valeurs et préférences personnelles. Elle reflète l'évolution des rôles des patients et des prestataires de soins de santé dans le contexte du vieillissement de la population et de la prévalence croissante des maladies chroniques. Une exigence essentielle pour améliorer la décision éclairée est la disponibilité de stratégies de facilitation permettant aux patients de faire des choix conformes à leurs valeurs et préférences. Malgré l'attention accrue portée à ces stratégies, peu de recherches ont été menées sur leur mise en œuvre et leur impact. D'autre part, l'introduction des autotests pourrait également avoir des répercussions sur les relations entre les professionnels de santé. Le dépistage et le diagnostic des maladies sont en effet jusqu'à présent une tâche des médecins, la mise à disposition des autotests aux patients via les pharmacies implique un changement des rôles des professionnels de santé et nécessite une optimisation de la communication entre les pharmaciens et les médecins généralistes (MG) concernant le suivi des patients.

Plus en détails...

Information unilatérale versus modèle de partenariat mutuel

À l'heure actuelle, la pratique de l'éducation des patients consiste encore largement en la fourniture unilatérale d'informations sur les aspects biomédicaux des maladies par les professionnels de la santé aux patients [1,2,3]. Cette forme d'éducation reflète une vision restrictive du comportement du patient, car elle part du principe que le comportement est largement intentionnel et déterminé par la connaissance. Cette hypothèse, illustrée par le modèle dit "connaissance-attitude-comportement", a été réfutée depuis longtemps par la recherche en psychologie de la santé et en promotion de la santé, mais elle est encore largement utilisée dans la pratique. Elle ne tient pas compte du fait que le comportement du patient est un phénomène complexe régi par une multitude de facteurs, tant liés au patient (par exemple, les croyances sur les maladies et les traitements, les perceptions, le niveau de connaissances en matière de santé, les attitudes à l'égard du comportement, les normes sociales, le soutien social perçu, le locus de contrôle de la santé, les émotions, la détresse, ...) que lié à l'environnement social et physique (par exemple, la disponibilité et l'accessibilité des tests et des traitements, les aspects financiers, l'organisation du système de soins de santé, la disponibilité des systèmes de soutien et des aidants proches, ...). Il n'est donc pas surprenant que les approches d'éducation à la santé axées sur la transmission unilatérale d'informations ne soient que modérément efficaces en termes d'observance des patients aux recommandations des professionnels de la santé. En revanche, les approches qui impliquent plus activement les patients dans les décisions relatives à la gestion de leur maladie sont plus efficaces. Dans cette approche, le patient se voit accorder plus d'autonomie et de responsabilité dans la gestion de sa maladie, le médecin traitant l'aide en tant que "conseiller" [4,5]. Cette approche est moins hiérarchique et considère le patient et le professionnel de la santé comme des partenaires égaux, chacun ayant ses propres connaissances : le patient

¹ Cette recherche ne considère ni les tests de grossesse, ni les autotests Covid-19. En effet, les tests de grossesse sont en vente depuis de nombreuses années, y compris en grande surface. La raison en est que la dynamique patient-médecin-pharmacien sera probablement différent du fait de sa disponibilité en dehors de la pharmacie. De plus, ce n'est pas nécessairement le médecin généraliste qui assure le suivi de ce genre de test. Les autotests Covid n'ont pu être pris en considération dans la mesure, le recueil de données a été réalisé avant l'apparition du Covid-19.

avec ses connaissances concernant son histoire de vie, l'expérience de la maladie, l'impact émotionnel, les difficultés rencontrées pour suivre les recommandations, l'impact sur sa vie sociale, etc. Leur relation se caractérise par une prise de décision partagée et une aide au patient pour structurer son "projet de vie" adapté à son style d'apprentissage, ce qui se traduit par une augmentation progressive de l'autonomie du patient.

Rôle du pharmacien et sa relation avec le médecin généraliste

Ces dernières années, le rôle du pharmacien a évolué, passant de celui de "distributeur de produits pharmaceutiques" à celui de "prestataire de services". Sa mission est de plus en plus axée sur la garantie d'une plus grande efficacité et sécurité du traitement du patient et sur un soutien personnalisé. Il a été démontré que les interventions des pharmaciens sont bénéfiques pour la réduction de la pression artérielle systolique, l'amélioration de l'HbA1c et de la glycémie, ainsi que pour la gestion de l'asthme [6], pour le diagnostic de la grippe [7], pour le dépistage précoce de la maladie cœliaque [8]. En Belgique, les pharmaciens utilisant le questionnaire FINDRISK et un autotest HbA1c ont pu détecter des patients diabétiques et les orienter vers leur médecin généraliste [9]. Toutefois, la qualité de la mise en œuvre de ces nouveaux services est essentielle pour permettre leur amélioration et leur développement [10]. La collaboration pharmacien-médecin généraliste est perçue comme cruciale pour fournir des soins complets et continus aux patients et améliorer la qualité de ces nouveaux services. Malgré le soutien de la réglementation actuelle, des efforts continus sont nécessaires pour comprendre comment harmoniser au mieux les rôles des médecins généralistes et des pharmaciens d'officine dans le système de santé [11,12]. Une collaboration réussie entre le médecin généraliste et le pharmacien semble caractérisée par des interactions proactives régulières et en face à face, tandis qu'une mauvaise collaboration se produit lorsque les interactions sont irrégulières et peu fréquentes [13]. Cependant, la collaboration entre les pharmaciens et les médecins généralistes est très souvent centrée uniquement sur la clarification de prescriptions inexactes [14,15]. Certains obstacles à l'interaction médecin généraliste-pharmacien ont été identifiés : le manque de confiance et d'appréciation mutuelles, l'insuffisance de structures de communication prédéfinies et la discordance quant à l'importance de l'information pharmaceutique pour les soins et le traitement des patients [16]. Dans ce contexte, les autotests disponibles dans les pharmacies, en tant que sujet polémique, pourraient également aider à surmonter ces barrières et à contribuer au développement d'une collaboration interprofessionnelle constructive et fructueuse.

Autotests à visée diagnostique et relations patient-médecin-pharmacien

La revue de la littérature, qui considère les publications avant 2020, montre qu'une seule recherche [17] aborde l'analyse des changements induits dans la relation patient-professionnel de santé. En outre, cette recherche comprenait uniquement la perspective du patient. Aucune étude n'examine systématiquement l'impact de (la disponibilité de) l'autotest sur la relation entre les patients et les professionnels de santé ou sur la collaboration interprofessionnelle entre médecin et pharmacien.

Intérêt de la Recherche

Par conséquent. D'une part, le partenariat entre les patients et les professionnels de santé, ou entre les pharmaciens et les généralistes, n'est pas encore totalement développé. D'autre part, l'autodiagnostic, comme un phénomène nouveau en Belgique, pourrait remettre en question ces relations de soins. Cependant, à notre connaissance, il n'existe aucune étude systématique de l'impact de l'autodiagnostic sur les soins de santé (entre les patients et les professionnels de santé et entre les professionnels de santé). Aussi, notre recherche peut être considérée comme très innovante.

Objectifs de la Recherche

Care-test a pour ambition d'explorer comment l'introduction d'autotests de diagnostic dans les pharmacies influence la relation de soins ainsi que d'identifier les conditions qui permettent que les autotests conduisent à une approche partenariale entre le patient et les professionnels (médecin et pharmacien).

Plus spécifiquement, les objectifs de la Recherche Qualitative Exploratoire sont de :

- Obtenir une vue d'ensemble des pratiques « actuelles » concernant les relations patient-médecin-pharmacien en Région Bruxelloise.
- Comprendre 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 et entre les professionnels de santé suite à l'introduction des autotests en pharmacie.



2. MÉTHODOLOGIE

Cette recherche qualitative exploratoire été menée, par entretiens semi-structurés, auprès des trois populations cibles patients, médecins généralistes et pharmaciens) de la Région de Bruxelles-Capitale.

Outil de recueil

Les entretiens ont été menés sur base de guides d'entretien (un par population-cible), dont les principaux thèmes étaient :

- Les relations actuelles (en tant que patient/médecin/pharmacien) avec les deux autres populations cibles ;
- Les perceptions et représentations en matière d'autotests à visée diagnostique,
- Les pratiques (éventuelles) concernant les autotests,
- Les changements perçus sur les relations avec les deux autres groupes suite à l'introduction des autotests en officine
- Les suggestions quant au dispositif à développer en vue d'encourager le partenariat patient-médecin-pharmacien en général et dans le cadre des autotests à visée diagnostique en particulier.

Echantillonnage

Trois groupes-cibles étaient considérés : les patients, les médecins généralistes et les pharmaciens d'officine. Concernant leurs liens avec la Région de Bruxelles-Capitale, un critère de résidence a été appliqué pour les patients tandis qu'un critère de lieu d'exercice de la profession a été appliqué aux médecins et aux pharmaciens. Tous les patients étaient majeurs. Les participants devaient, en outre, pouvoir comprendre le français ou le néerlandais et pouvoir s'exprimer dans un de ces deux langues.

Les invitations ont été diffusées par les parrains de Care-test et les organisations apparentées (FAMGB-BHAK, pour les médecins et UPB, pour les pharmaciens ; les mutualités chrétiennes, ...), les réseaux des différents partenaires (les Mutualités libres, la Fédération des maisons médicales, les maîtres de stages des étudiants pharmaciens de l'ULB, le pool UCLouvain IPSY), ainsi que par d'autres organisations spécifiques (plateforme SIDA, MC Enéo sport). L'annonce de la recherche était diffusée par voie écrite (e-mail, affichage en salle d'attente). Les participants manifestaient alors leur attention de participer, par téléphone ou e-mail. Le projet de recherche a également été présenté aux organisations professionnelles de médecins et de pharmaciens ainsi à des groupes de travail de la Plateforme prévention SIDA.

Le nombre des participants par population cible est déterminé par le seuil de saturation théorique.

Déroulement du recueil de données

Le recueil de données a débuté en août 2018. Suite au très faible taux de participation des pharmaciens et des patients, des adaptations ont été apportées à la stratégie d'échantillonnage (diversification des créneaux et des méthodes) et au profil des participants. Des méthodes de recrutement directes ont été utilisées, en particulier auprès des pharmaciens², avec des résultats peu satisfaisants. En outre, à l'instar des médecins, il n'était plus nécessaire d'avoir fait l'expérience d'un autotest à visée diagnostic pour participer à la recherche. Le seuil de saturation a été atteint en mai 2019.

Recueil, Traitement et analyse des données.

Tous les entretiens étaient enregistrés et intégralement retranscrits. Les verbatim étaient alors segmentés et codés selon un système de catégorisation mixte associant catégories prédéfinies (objets de recherches) et catégories émergentes. Ces données étaient traitées sur Nvivo 12 puis importées sur Excel. Les verbatim de chaque cellule ont ensuite été condensés et résumés en vue de procéder à l'analyse. Cette partie a été réalisée par les première (SDR), troisième (SRR) et quatrième auteurs (TB).

Une analyse de contenu thématique [18] était alors réalisée. Une analyse descriptive était réalisée dans un premier temps, une analyse des relations (entre les thèmes pour une même personne) ou de comparaison (entre groupes) était alors réalisée³ dans une optique de conceptualisation. Cette partie a été réalisée par les première (SDR) et deuxième (MP) auteures.

² Les taux initiaux de réponses des pharmaciens se sont avérés relativement faibles.

³ Pour autant que les effectifs le permettent.

Validité.

La triangulation des chercheurs et la triangulation des sources de données (interviews des patients, des médecins et des pharmaciens) permettent d'assurer la validité interne. La validité par les répondants était assurée en cours d'entretien par la méthode de reformulation. Au niveau de l'équipe de recherche, outre les réunions d'Intervision, les débriefings post-interviews, de nombreuses séances de fiabilité inter-codeur et du contrôle qualité des données ont permis de construire une vision partagée des différents concepts et de permettre l'intégration des données, recueillies ou traitées par des chercheurs de différentes disciplines⁴. Enfin, la deuxième auteure (MP) est infirmière disposant d'une expérience de plus de 30 ans en éducation du patient. Elle a par ailleurs suivi un master en santé publique-éducation du patient. Elle apporte un regard extérieur n'ayant pas été associée à l'élaboration du protocole de recherche, au recueil et au traitement des données.

Concernant l'exploration et la classification des relations, la littérature a été consultée, tant sur le plan de la relation patient-professionnel que de la collaboration interprofessionnelle. Les typologies existantes (voir ci-après) ont permis d'ébaucher les principaux types de relations. Ils ont été adaptés à la relation patient-professionnel de santé et relation médecin-pharmacien, quand cela s'avérait nécessaire (ex. le médecin et le pharmacien ne partagent pas un même espace de travail). Cette étape est nécessaire à deux titres, elle a permis : (1) d'affiner les questions du guide d'entretien ; (2) de construire une grille de lecture commune aux chercheurs, ceux-ci ne disposant pas d'un background théorique commun.

Les typologies ont été affinées en cours de recueil et analyse des données afin de mieux rendre compte de l'ensemble des types de relation rapportées par les répondants. Les typologies adaptées à l'issue de la consultation de la littérature puis en cours de données sont présentées au [point 3.Cadre Théorique des relations](#)

3. CADRE THÉORIQUE DES RELATIONS PATIENT-MÉDECIN-PHARMACIEN

3.1. RELATIONS PATIENT-PROFESSIONNEL DE SANTÉ

Cette recherche s'intéresse aux aspects qui amènent le patient à des décisions éclairées et qui font de lui un partenaire en matière de gestion de sa santé/maladie. Par conséquent, les aspects qualifiés de « communicationnels » ou encore « éducatifs » ont été considérés, sur le plan de la relation. Les typologies existantes concernant la distribution du pouvoir sont apparues particulièrement adéquates en raison de l'hypothèse de recherche, à savoir : dans quelle mesure les autotests à visée de diagnostic étaient de nature à induire un nouvel équilibre dans la relation patient-professionnel à la faveur de plus d'autonomie pour le patient.

La typologie issue de la consultation de la littérature comprend 5 catégories (4 types, dont l'un est composé de deux sous-types) . Elle s'inspire des travaux de Botelho [5], Emanuel and Emanuel [19], Szasz and Hollender [4]. Ces catégories se situent sur un continuum allant du pouvoir détenu par le soignant au pouvoir détenu par le patient. De manière synthétique :

⁴ SDR, santé publique, éducation du patient ; MP ; soins infirmiers, éducation du patient ; SRR ; pharmacie ; TB sciences biomédicales.

Tableau i. Modèle de relations Patient-Professionnels de santé, après la consultation de la littérature mais avant analyse

(0). [Délivrance simple-Absence d'information/dialogue]			
(1). Autocratie⁵ Passivité/activité⁶	(2) Paternalisme Guidance/Coopération-	(3) Egalitarisme Participation mutuelle-	(4)Autonomisme
Information du soignant (actif) vers le patient (passif), le professionnel cite ce qu'il y a lieu de faire sans explication. Information unidirectionnelle	Le professionnel transmet un savoir : soit (2A) Communication centrée sur le professionnel. Le professionnel garde la main, il explique au patient, mais individualise peu ; (2B) Communication centrée sur le patient. Le médecin fait des choix en fonction de ce qu'il sait du patient et ce qu'il pense être bon pour ce dernier, il prend des informations sur les connaissances et représentations du patient en vue d'individualiser son message et de construire un savoir « sur » les connaissances, représentations et croyances préalables du patient. Logique d'apprentissage	Le professionnel aide le patient à s'aider, il se fait conseiller et lui apprend à s'autonomiser (au sens de faire ses choix pour sa santé). Les traitements sont négociés, adaptés afin que le patient puisse continuer à vivre sa vie (notion de « projet de vie » qui assure la motivation du patient à poursuivre un traitement co-négocié)	Le patient exerce plus de pouvoir, de contrôle et de responsabilité sur sa santé que le professionnel. Le médecin peut toutefois rester présent mais il s'en remet au choix du patient (en matière d'examen, de traitements, etc.).

Afin de distinguer l'ensemble des types de relations mentionnées par les répondants et d'en souligner les nuances, les adaptations suivantes ont été réalisées :

- Le Type 1 se compose de trois sous-types :Sous-Type 1.1. Une information unilatérale sans expliquer les raisons, le pourquoi du traitement. Sous-Type 1.2. Une information unilatérale en informant le pourquoi du traitement. Ces deux sous-Types ont la particularité de ne pas être personnalisée. Elle est la même pour tous les patients. Cette information peut être très détaillée mais elle ne tient pas en considération ce que le patient sait déjà ou souhaite savoir. Avec Le sous-Type 1.3, l'information commence à être personnalisée du fait de la connaissance du contexte de vie du patient par le professionnel (il s'agit d'une relation de longue durée ou le professionnel intervient au domicile du patient). Il ne s'agit pas d'une démarche systématique.
- Le Type 2 ne comporte d'une catégorie. La catégorie initiale 2A comportait une certaine confusion avec la catégorie 1 et la distinction communication centrée sur le patient ou le professionnel était mal aisée à établir, du moins par une méthode de recueil qui se base sur des « pratiques » auto-rapportées.
- Le Type 3, caractérisée par une relation d'égal à égal, se compose de deux sous-types. Sous-Type 3.1. La participation mutuelle qui comprend la codécision, une autonomisation progressive du patient (qui reste en relation avec le professionnel. Ce qui distingue l'autonomie de l'autonomisme) et un travail sur la motivation du patient en partant des objectifs ou encore projet de vie de celui-ci. Sous-Type 3.2. Il agit d'un sous-type en potentialité. Une relation interpersonnelle de confiance a été créée, il ne s'agit pas non plus ici d'une démarche « éducative » systématique. Les deux partenaires peuvent échanger à propos de hobbies, de conseils pour les vacances etc. Néanmoins, en cas de problème de santé, le patient pense qu'il peut compter sur cette relation.

⁵ Terminologie empruntée à Botelho (1992).

⁶ Terminologie empruntée à Szasz & Hollender (1956).

- Enfin, le Type 4 se compose de 3 sous-types. Dans les deux premiers, les partenaires restent en contact : le patient revient, les professionnels continuent à assurer l'accompagnement. Sous-Type 4.1. Le professionnel ne prescrit pas ou ne délivre pas ce que le patient demande. Le patient ne fait pas ce que le professionnel préconise. Sous-Type 4.2. Le professionnel prescrit ou délivre ce que le patient demande alors qu'il n'est pas d'accord. Le patient demande des traitements ou des examens précis. Avec le Sous-Type 4.3., il y a refus et rupture de la relation. Le refus peut-être explicite ou implicite dans le chef du patient, qui « ne revient plus »

Tableau ii. Modèle de relations Patient-Professionnels de santé, après recueil et analyse des données

(0). Délivrance simple-Absence d'information-Dialogue			
(1).Autocratie <i>Passivité/activité</i> <i>Information Unilatérale du professionnel qui ne part pas de ce que le patient sait/souhaite savoir.</i>	(2) Paternalisme <i>Guidance/Coopération</i>	(3) <i>Participation mutuelle</i>	(4) <i>Autonomisme</i>
1.1 information/instruction. Transmet le diagnostic, le traitement sans personnalisation et sans justification (le pourquoi). Peut-être très détaillé	Personnalisation de la démarche. Le professionnel garde la main ou le patient s'en remet à lui. . Explication personnalisée partant de ce que le patient sait, de ses représentations, de son expérience de la maladie. Dialogue à ce propos==>	3.1. Participation effective. (Aide à) l'autonomisation⁷ du patient (progressivement)-Négociation/co-décision. Travail de la Motivation part des besoins du patient,– objectifs/Projet de vie,	4.1. Ne prescrit/délivre pas (nécessairement) ce que le patient demande Continue à assurer un accompagnement <i>Pour le patient. Continue à y aller mais ne fait pas ce que le professionnel préconise</i>
1.2. Information/Instruction <u>avec</u> les raisons (le pourquoi)	recueil des informations auprès du patient pour personnaliser ses explications ou motiver ses décisions auprès du patient en expliquant le cheminement qui a amené cette décision Motivation, Autonomisation et Co-décision ne sont pas présents ou l'un deux peut être présents à l'état embryonnaire.	3.2. Participation en potentialité (« mobilisable » , qu'il pourra compter sur. Relation basée sur la confiance , communication ouverte. Contacts d'égal à égal	4.2. Prescrit/delivre ce que le patient demande. Continue à assurer un accompagnement. <i>Pour le patient. Demande des choses précises et le professionnel prescrit/délivre</i>
1.3. Information/Instruction personnalisée sur base de l'observation du soignant (qui se rend au domicile du patient, qui suit le patient et sa famille sur une longue durée). Prise en compte d'éléments de contexte.			4.3. [Rupture]. <i>Pour le patient. Il n'en fait qu'à sa tête</i>

3.2. COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE MÉDECIN-PHARMACIEN

Concernant la collaboration interprofessionnelle, trois types de modèles coexistent dans la littérature. Leur intégration en une typologie unique concernant les médecins et les pharmaciens n'est pas aisée. Certains modèles concernent des contextes de soin bien spécifiques (ils ne sont pas toujours entièrement transposables au contexte médecin-pharmacien tel que nous le connaissons en Belgique) :

1. Les premiers concernent la collaboration en équipe de travail, de personnes travaillant en un même lieu. Il est question d'identité partagée. Le niveau le plus avancé de collaboration n'est pas pertinent pour la collaboration médecin-pharmacien dans la mesure où ces professionnels travaillent dans des lieux distincts [20,21] Les seconds concernent le soin intégré de première ligne. Ceux-ci ne sont pas toujours pertinents en ce qui concerne la relation entre médecin et

⁷ L'autonomie est un type 3. Il ne s'agit pas de rompre avec le monde médical, mais de pouvoir gérer son traitement par soi-même (autonomie fonctionnelle) ou de pouvoir prendre ses décisions en matière de santé (autonomie décisionnelle).

pharmacien dans la mesure où certains modèles comprennent un tiers (le plus souvent une infirmière) qui intervient comme coordinateur d'équipe ou comme leader. Certaines catégories ne peuvent dès lors être prises en considération dans notre typologie [22,23,24]. Les troisièmes concernent l'amélioration de la relation médecin-pharmacien. Il s'agit d'un processus par étape plus que d'un modèle permettant de catégoriser les pratiques existantes, de dresser un état de l'art [25,26].

Contenu de ces éléments, la typologie issue de la consultation de la littérature comprend 5 catégories. Elle s'inspire travaux de Reeves [20], D'Amour [21], Boon [22], Armitage [24], McDonough [26], Bradley [25]. Cette typologie propose une gradation/progression sur le plan de la collaboration et une ouverture sur une approche holistique du patient en ce qui concerne la dernière catégorie.

Tableau iii. Modèle de la collaboration interprofessionnelle médecin-pharmacien, après consultation de la littérature.

-	Isolement. Les professionnels travaillent en parallèle.
-	Réseautage. Les professionnels se connaissent, mais ne travaillent pas ensemble. Ils ne se contactent pas sur le plan de leur pratique professionnelle quotidienne
-	Consultation. Soit un professionnel communique de l'information à l'autre professionnel, soit il le contacte pour lui demander une information. L'information est unilatérale.
-	Interdisciplinarité, centrée sur les professionnels. Médecin et pharmacien se contactent, discutent et prennent une décision partagée sans prendre en considération le patient dans sa globalité. La décision repose uniquement sur des considérations biomédicales.
-	Interdisciplinarité, centrée sur le patient. Ici aussi, Médecin et pharmacien se contactent, discutent et prennent une décision partagée. Toutefois, la décision repose ici sur une approche holistique du patient (santé globale, contexte de vie, etc.)

Afin de distinguer l'ensemble des types de relations mentionnées par les répondants et d'en souligner les nuances, les adaptations suivantes ont été réalisées :

- Un type « transfert des connaissances » a été ajouté, pour rendre compte de la situation où l'un des professionnels communique des éléments à l'autre professionnel avec l'intention que ce dernier gagne en compétences, cette transmission est réalisée dans une optique d'apprentissage, il est personnalisé.
- Le type « consultation » a été scindé en deux afin d'établir une distinction entre la situation où il n'y a pas de demande/proposition d'alternatives (Sous-Type 2.1) et celle où l'alternative est proposée/demandée (Type 2.2)
- Le réseautage a été mis de côté, il ne constituait pas à préalable à une collaboration plus avancée et certainement pas à la consultation de l'autre professionnel (les professionnels se consultent souvent sans se connaître, sur base des prescriptions).

Tableau iv-Modèle de la collaboration interprofessionnelle médecin-pharmacien, après recueil et analyse des données

i.	Isolement , fonctionnement en parallèle. Ne se contactent pas.	
ii.	Consultation : demander des informations, donner des renseignements, il n'y a pas de discussion un des deux professionnels prend la décision. Deux sous-catégories : 2.1. Exposer une situation-problème, sans proposition de solutions (FA) ou en communiquant sa solution (GP)sa ; demande d'information 2.2. Exposer une situation-problème, en proposant/demandant des alternatives.	
iii.	Transfert de connaissances : apprendre ou expliquer à l'autre professionnel afin qu'il gagne 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 »)	
		+ R. Réseautage. Faire connaissances, se connaître mais ne pas travailler ensemble

Cette recherche a obtenu un avis favorable du Comité d'Ethique Hospitalo-Facultaire des Cliniques universitaires Saint-Luc.

RÉSULTATS

PRÉSENTATION DE L'ÉCHANTILLON GÉNÉRAL.

Notre échantillon final se compose de 17 patients, 25 médecins et 16 pharmaciens, dans les caractéristiques sont reprises dans le tableau ci-après.

Tableau E1-Présentation synthétique des participants à la recherche des patients, médecins et pharmaciens

		Patients n=17	Médecins n=25	Pharmaciens n=16
Genre	Féminin	11	13	9
	Masculin	6	12	7
Langue	Français	17	22	14
	Néerlandais	0	3	2
Expérience professionnelle	< 5 ans	--	9	--
	≥ 5 ans et < 10 ans	--	7	4
	≥ 10 ans et < 20 ans	--	1	3
	≥ 20 ans	--	8	9
	Info manquante		0	1
Formation éducation patients ou assimilé (approche participative)	Oui	--	10	2
	Oui (pas participatif)		8	4
	Non	--	5	7
	Info manquante	--	1	2
Formation avec l'autre profession	Oui	--	10	4
	Non	--	13	8
	Info manquante	--	2	4
Thérapies « alternatives »	Oui	11	6	6
	Non, mais ouverture	0	3	0
	Non	6	11	5
	Info manquante	0	5	5
Professionnels de soins de santé	Oui	3	--	--
	Non, mais entourage	4	--	--
	Non	10	--	--
Groupe de discussion « santé »	Oui	8	--	--
	Non	9	--	--
Maladies chroniques	Oui	12	--	--
	Non	5	--	--



Avertissement. Le nombre de répondants cités en regard des modalités de réponses, ne peut en aucun cas être tenu comme révélateur d'une proportion de cette tendance dans la population Bruxelles. La nature qualitative de cette recherche veille à explorer l'ensemble des modalités de réponses possibles et de générer des hypothèses. Elle ne vise pas à généraliser les résultats sur une population.

Structure du rapport- Afin d'éviter (d'encore) alourdir le rapport, les éléments sont introduits dans le premier groupe, les patients. Ils sont mis en perspective des résultats obtenus dans les autres groupes, dans le dernier groupe, les pharmaciens.

Présentation des résultats- La présentation des résultats comprend trois parties, correspondant aux trois populations-cibles. Elles suivent la même structure.

Pour une vision plus synthétique, le lecteur trouvera une synthèse par groupe cible et une synthèse intégrée. Les recommandations sont présentées dans un document distinct.

Les éléments concernant spécifiquement le VIH sont en bleuté.



I. PARTIM PATIENT



1 - PRÉSENTATION DE L'ÉCHANTILLON

Parmi les 25 personnes qui nous ont contactés en vue d'une interview, 18 ont été rencontrées. 4 ne rencontraient pas les critères d'éligibilité (sur le plan de la résidence), 2 souhaitaient recevoir des autotests et 1 n'a pu être rencontrée durant l'étude. Parmi les 18 personnes restantes, une interview n'a pu être considérée en raison du profil psychologique particulier du répondant⁸. La durée moyenne de l'entretien était de 83minutes [41min ;148min].

Notre échantillon final comportait **17 patients-citoyens** résidant tous à Bruxelles :

- 11 femmes et 6 hommes (8⁹,10-15).
- Tous s'exprimaient en français. Le français n'était toutefois pas la langue maternelle de 4 d'entre eux¹⁰ (provenant d'Afrique sub-saharienne (n=2), d'Amérique latine ou du Royaume-Uni).
- L'âge moyen était de 62 ans [39 ans ; 75ans].

Notre échantillon présente en outre les caractéristiques suivantes :

- 12 sur 17 souffraient de maladie(s) chronique(s) (1,3,4,6-13,17), dont 5 du VIH-Sida.
- 11 sur 17 recourraient ou ont eu recours par le passé à des thérapies « alternatives » (1-5,7,10,11,15-17)
- 8 sur 17 étaient des membres actifs de groupes de travail autour de la santé/maladie (8-12 VIH, 17 thématiques non-liées à une pathologie à l'initiative d'une mutualité) ou d'une association de patients (1-diabète). 3 sur 17 étaient eux-mêmes professionnels de santé (7,12,14), 4 autres disposent dans leur entourage familial proche (parent, enfant, conjoint) d'un professionnel de soins de santé (2,5,16,17). Deux répondants étaient à la fois membre d'un groupe de travail et professionnel de santé (12) ou le proche d'un professionnel de santé (17).

Dans un cas, l'interview s'est déroulée en présence du conjoint et ce, à la demande de la personne interviewée (8).

Notre échantillon présente la particularité de comporter des personnes de la tranche d'âge 39 à 75 ans, dont une partie importante souffre de maladies chroniques. Par ailleurs, certains constituent un public « averti » parce qu'eux-mêmes sont professionnels de santé ou qu'ils sont investis dans des groupes de travail relatifs à la santé ou dans des associations de patients.

2 - ANALYSE DES RELATIONS AVEC LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Cette partie comprend respectivement les relations patient-médecin(s) (2.1) et les relations patient-pharmacien(s) (2.2), telles que rapportées par les patients. Pour chaque type de relation comporte les analyses suivantes :

- **Une typologie des pratiques actuelles** comprenant le **type de pratique principal** (celui qui a lieu le plus souvent et est emblématique de la relation avec ce professionnel) et **les variations** éventuelles de pratique et les raisons de ces variations.
- **Le niveau de satisfaction de la relation**, les facteurs liés et les éventuelles stratégies déployées par le patient pour remédier à une situation jugée insatisfaisante. Cette catégorie est émergente¹¹. Il s'est en effet avérée que la relation actuelle était souvent le résultat d'un (parfois) long processus d'adaptation/d'ajustement que reflétait

⁸ Ce dernier s'est auto-diagnostiqué des problèmes de santé mentale qui, selon ses dires modulent, ses relations avec les soignants.

⁹ Ces nombres correspondent au numéro du répondant.

¹⁰ Le nom des pays et l'identifiant des répondants ne sont pas mentionnés afin de préserver l'anonymisation des données.

¹¹ Elle a été ajoutée en cours de recueil de données.

imparfaitement l'attribution d'un type. Par ailleurs, l'analyse des variations montrait l'apparition de comportement d'autonomisme (voir ci-après) pouvant avoir un lien avec le recours aux autotests à visée diagnostique.

2.1. RELATIONS AVEC LE(S) MÉDECIN(S)

Parmi les 17 personnes, **quatre profils de consultation** sont présents : 9 consultent régulièrement un médecin généraliste et des médecins spécialistes (1-4,8-11,17) ; 6 consultent principalement un médecin généraliste et occasionnellement des spécialistes (5,6,13-16) ; une consulte temporairement¹² uniquement un spécialiste (12), une autre change régulièrement de médecin (7). Le fait de consulter régulièrement des spécialistes n'est que partiellement lié à un suivi dans le cadre d'une pathologie chronique : une personne n'ayant pas de maladie chronique en consulte régulièrement (2), tandis que deux personnes (6,13) souffrant de maladie chronique sont principalement suivies par le MG et une autre dans la même situation ne dispose pas de médecin « attitré » (7).

En raison du nombre de consultation élevée de spécialistes, il est paru opportun de les prendre en considération dans cette recherche (du moins ceux qui sont consultés au moins aussi fréquemment que les médecins généralistes) mais de distinguer les relations entretenues par le patient avec les médecins généralistes de celles entretenues avec des spécialistes¹³.

2.1.1. RELATIONS AVEC LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE

2.1.1.1 TYPOLOGIE DES RELATIONS PATIENT-MÉDECIN GÉNÉRALISTE

TYPE PRINCIPAL DE RELATION

Sept patients décrivaient leur relation avec leur médecin généraliste comme étant de type « activité-passivité » (Type 1), consistant en recevoir une information non personnalisée (n=2) comprenant le pourquoi, la justification (n=4), voire un début de personnalisation liée à une relation de longue durée (n=1). Quatre autres patients mentionnaient des relations de type « guidance-coopération » (Type 2), comportant des éléments de personnalisation dans les explications, la motivation des choix thérapeutiques et un patient qui s'en remet au médecin. Quatre autres rapportaient une relation de type « partenariat mutuelle » (Type 3), consistant en de la codécision et l'autonomisation du patient (n=1) ou en un socle de confiance, basé sur des échanges d'égal à égal (n=3). Un autre patient¹⁴ était dans une démarche d'autonomisme (Type 4), elle consulte les médecins pour avoir accès à certains examens. Enfin, une patiente rapportait des deux types de relations sans qu'il s'agisse de variation. Elle consulte un MG conventionnel, selon des modalités de type 2 et un MG homéopathe selon des modalités de type 1.2.

Le classement par type et les variations peuvent être consultés en Tableau PA1 ci-après, les illustrations des types présents dans l'échantillon sont consultables Tableau PA2.

Concernant **le type d'acteur à l'origine de ce type de relation**, le patient perçoit que le MG comme davantage à l'origine des pratiques centrées sur le médecin (Type 1), tandis qu'il se perçoit comme à l'origine des pratiques plus centrées sur le patient (Type 3 et 4). Dans le cas des pratiques de participation mutuelle, trois perçoivent ces pratiques comme étant impulsés par eux-mêmes, un comme étant impulsé à la fois par le médecin et eux-mêmes (11). Ces 3 répondants rapportent des comportements (pro)actifs en matière de gestion de leur santé : l'un d'eux est lui-même médecin (14), axé sur la santé bio-psycho-sociale et négocie avec son médecin, le deuxième (1) tient un carnet de bord de sa maladie et de son traitement et s'inscrit dans une perspective de maladie « métier » (Herzlich, 1969) et la troisième (2), sélectionne sur Internet ses médecins

¹² Suite à un déménagement, une seule rencontre a eu lieu avec un médecin généraliste, le patient considère qu'il n'y a pas encore eu de consultation.

¹³ Toutefois, dans la mesure où nous nous intéressons à la relation du patient avec les médecins généralistes, la relation avec le spécialiste ne sera mentionnée que lorsqu'elle s'établit sur un autre mode que celle avec le généraliste. En outre, lorsque le spécialiste, fait office de « médecin généraliste » (12), il sera intégré dans la partie « généraliste ».

¹⁴ Ce positionnement est réactionnel (R) à une expérience de traitement pénible au cours duquel la patiente s'est vue signifier par un médecin qu'elle pouvait refuser un traitement.

sur base de leur prise de position dans des conférences/écrits. Par la suite, elle tend à leur faire confiance aussi longtemps que leurs propositions coïncident avec ses options en matière de santé.

VARIATIONS ENTRE TYPES DE RELATIONS

Neuf patients présentent des variations entre le type de relation principal et un (6,7,10,11,12,16a), deux (2,4) voire trois (5) sous-types de pratiques. Ces variations concernent tous les types de relations à l'exception du Type 2. Les patients de notre échantillon qui rapportent des relations de Type 2 présentent la particularité d'être tous satisfaits de leur relation avec leur médecin :

- **La variation la plus présente (n=6) est une variation au départ du Type principal vers l'autonomisme¹⁵, le Type 4** (ou un autre sous-Type 4). Elle consiste à adapter soi-même le traitement (Type 4.1. ; 10), à dicter au médecin ce qu'il doit lui prescrire (Type 4.2 ; 2), à interrompre la relation (Type 4.3 ; 2,4,5,7,16a) ou la gestion d'un problème de santé par ce médecin (Type 4.3. ; 4). Ce type de variation est présent parmi l'ensemble des types présentant des variations (Type 1,3 et 4). Ces variations sont liées : à la non-prise en considération par le médecin de ses priorités en matière de santé (10) ou de ses options de santé qui conduit à la rupture de la confiance (2), à la mise en place d'un système d'autogestion d'un problème de santé (infections urinaires) avec le médecin précédent (4), à une incompréhension sur l'utilité d'un traitement (couteux, à vie, en l'absence de maladie grave) en l'absence d'explication du médecin (5), au refus non-motivé du praticien de prescrire un examen qu'elle demande (7) ou encore à l'échec de la thérapie « naturelle » qui mène la patiente à recourir à l'automédication pour soulager ses douleurs (16a). A l'exception d'une pratique d'auto-gestion mise en œuvre par un autre MG, il s'agit **d'une variation en cas d'échec de la thérapie (16a) et plus souvent de l'absence d'objectifs communs (2,5,7,10). Les Types 4, y compris pour la personne (7) pour laquelle il s'agit du type principal, font suite à un échec, une insatisfaction ou l'absence d'approche concertée. Il ne s'agit pas d'une rupture avec le monde médical, les patients sont « non-observants »** (ils ne suivent pas le traitement, l'adaptent ou s'automédiquent) (4,5,10,16a) ou encore, consultent un autre praticien (2,5,7)

En regard du lien avec les autres catégories/tendances, cette variation comprend les patients insatisfaits de leur relation avec le médecin (4,5) mais aussi des patients satisfaits (2,7,10,16). Cette variation, qui consiste à adapter le traitement ou à changer de médecin, pourrait peut-être s'avérer être une stratégie permettant dès lors de maintenir un niveau de relation satisfaisant un « niveau de confort » pour le patient avec ce médecin (en adaptant le traitement) ou plus globalement avec le corps médical (en changeant de médecin)

- **Différents éléments peuvent contribuer à des approches plus partenariales** : les questions du patient (passage de 1.1 à 1.2 : 5), l'apparition d'une pathologie grave qui amènerait le patient à souhaiter être associé à la décision (passage de 1.1 à 2 : 5. passage de 1.3 à 2 : 6), l'intervention d'une infirmière visant à accompagner le patient dans sa maladie (passage de 1.1 à 2 : 4); l'existence d'un problème de santé sollicitant plusieurs fois par semaine les services d'urgences qui conduira l'hôpital à développer une formation à destination du patient en vue d'une autogestion (passage de 1.2 à 2 : 12)
- Enfin, le patient peut **exercer son libre choix (autonomie décisionnelle) de s'en remettre à la décision du médecin** en cas de maladie grave sur base du capital confiance existant dans la relation (passage de 3.2 à 2 : 11).

Parmi les treize variations, douze¹⁶ consistent en une progression vers plus d'autonomie du patient. Le patient s'identifie généralement comme étant à l'origine de cette progression et ce, avec deux exceptions : l'intervention d'une infirmière qui intervient pour donner des explications dans le cadre de la convention diabète (4) et un apprentissage « sur mesure » de l'auto-sondage mis en place par l'hôpital (12).

¹⁵ Soit se passer du soignant. A distinguer de l'autonomie qui est un objectif de l'éducation du patient mais ne suppose pas la rupture avec le soignant ou le système de soin de santé.

¹⁶ Encore que dans ce cas, c'est le patient qui décide de s'en remettre au médecin. On pourrait dès lors considérer qu'il s'agit de l'exercice de son autonomie de décision.

Tableau PA1. Relations patient-médecin avec le médecin généraliste, selon les patients.

		1 Autocratie Passivité-activité			2 Paternalisme Guidance- Coopération	3 Egalitarisme Participation Mutuelle		4 Autonomie		
	Sous-Type	1.1 Info	1.2 Info avec le pourquoi	1.3 Contexte		3.1 Codécision	3.2 Confiance Potentialité	4.1 Ne suit pas mais revient	4.2. Demandes (prescription, examens) précises	4.3 En fait à sa tête. Rompt
Type principal	Nb	n=8			n=5	n=4		n=1		
	Nb/sous- types	n=2	n=5	n=1	n=5	n=1	n=3		n=1	
	IDnum	4++, 5++(+),	8,10+, 12+, 16a+ ¹ , 17	6+	3,9,13,15, 16b	14	1,2++,11+		7 R ¹ +	
	Acteur à l'origine	Le Dr : 4,5	Le Dr : 10, 12 Le patient : 16a (sinon 1.1) Les 2 : 8	Les 2 : 6	Le Dr : 3 Les deux : 9, 13, 15 Le patient : 5,16b	Le patient : 14	Le patient : 1,2 Les 2 : 11		Le patient : 7	
Variation	Nb répondants	n=5			n=0	n=2		n=1		
	Nb/sous- types	n=2 (1++ & 1+++)	n=3				n=2 (1++)		n=1	
	Vers :	→1.2.: 5 → 2: 4,5 →4.3 : 4, 5	→4.1 : 10 →2 : 12 →4.3 : 16a	→2 : 6			→4.2 : 2 → 4.3: 2 ←2 : 11		→4.3: 7	
Après variation :	Nb variations	n=1			n=5			n=7		
	Nb/sous- types		n=1		n=5			n=1	n=1	n=5
	IDnum		5		4,5,6,11,12			10	2R	2R,4,5R,7R, 16a
	Acteur à l'origine		Le patient : 5		Le contexte (l'infirmier) : 4 Le patient : 5,6,11 Les deux : 12			Le patient : 10		Le patient : 2,4,5,7, 16a.

+ : existence d'une variation. ++ : variations vers deux types

¹: ce patient consulte d'un médecin homéopathe et d'un médecin « conventionnel »

R : suite à l'attitude des professionnels de soins de santé.

En italique : les variations annoncées/escomptées par le répondant, non effectives.

Tableau PA2-Illustration¹⁷ des différents types de relations patient-médecin, selon le patient :

Type 1.1	<i>Et qu'on ne va pas nous donner l'information juste pour nous la donner, pas qu'on nous cache des trucs mais qu'on ne nous explique pas les choses.</i> <i>Moi, j'aime bien qu'on explique pourquoi je dois prendre ce truc. Pourquoi.</i> <i>I (intervieweur): Et cela c'est... tous les médecins sont un peu comme ça ou il y en a qui sont un peu différents ?</i> <i>Je trouve que le corps médical de manière générale... Il faut toujours demander « pourquoi est-ce que je dois prendre ça ? ».</i> <i>(...)</i> <i>Je n'ai pas de souci si on me dit que je dois prendre ça parce que cela va avoir tel effet. Je ne suis pas complètement... je ne suis pas le médecin cela c'est sûr. Mais je peux quand même comprendre les trucs de base. Donc, cela, je trouve que ce serait chouette que cela soit d'office, qu'on me l'explique d'office. Qu'on nous dise pourquoi faire un test ou qu'on nous dise pourquoi faire quelque chose... pour qu'on comprenne simplement. (France, PA5)</i>
Type 1.2	<i>Une fois j'avais un problème à la gorge. Je suis resté là-bas comme ça il a vu ce qui se passait. Il m'a dit : « c'est une inflammation je vais te prescrire ce médicament. Même si la maladie s'arrête... c'est bien mais tu continues le médicament ». Cela il me l'a expliqué et je pense que j'ai pris ce médicament là pendant une semaine.</i> <i>I : Un antibiotique peut-être ?</i> <i>Oui. Lui explique bien ce qui se passe. (Kirk, PA10)</i> <i>Pour ma petite fille c'était comme ça. J'ai posé la question sur l'oxyde d'aluminium et la réponse c'était (ton énervé) : « non mais de toute façon n'y en a pas assez ! Et c'est comme ça ! ». Bah voilà, « ok ! ». Je trouvais cela quand même un peu dommage alors que l'on sait qu'il y a quand même une polémique. Il pouvait juste dire : « ben oui il y en a un petit peu, on sait que pour certaines personnes ce n'est pas génial. Mais dans l'intérêt..., c'est quand même mieux de vacciner pour... ». On peut le comprendre cela ! (France, PA5)</i>
Type 1.3	<i>Comme je ne faisais jamais de vaccin anti grippe, mon médecin a insisté, je ne le faisais pas ! Puis ma fille dit : « écoute maman... ». Et puis, finalement, mon médecin encore dit : « Ecoutez, vous êtes cardiaque, vous avez 73 ans. Il est temps. Il faut le faire ! ». Donc, je l'ai quand même fait (Rires) (...)</i> <i>Il essaie de mettre des mots (rires) compréhensibles.</i> <i>i: Il ne vous demande pas ce que vous en savez...</i> <i>Non, jamais.</i> <i>i: Comment, selon vous, c'est arrivé ou n'importe.</i> <i>Non, non.</i> <i>i: Mais il vous donne l'information d'une manière compréhensible.</i> <i>Mais, moi, j'ai parfois besoin de suppléments. C'est comme ça que je retourne sur Internet.</i> <i>i: Parce que cela a été trop vite ? parce que vous voulez des détails ?</i> <i>C'est plutôt moi qui veux des détails, je crois. Non, il prend son temps, oui.</i> <i>i: Et quand vous posez des questions ? Vous en posez ou... ?</i> <i>Oui, j'en pose souvent. Je suis curieuse et j'en pose. Oui, oui. J'aime bien savoir. Mais, oui, il explique comme il peut... (Gretel, PA6)</i>
Type 2	<i>Elle me dit : « va voir tel médecin ». Et je vais voir tel médecin qui lui renvoie l'info. Et par exemple l'orthopédiste, je lui ai dit : « écoute, il n'a pas voulu m'expliquer, je n'ai rien compris ». Donc, elle a ressorti toutes les radios, les scans et tout. Et on a tout regardé, elle m'a tout expliqué. Mais, avec parfois de des précisions techniques qui ne sont pas les mêmes. C'est quand même assez compliqué dans la colonne vertébrale avec le canal rachidien... et bon, les informations ne collaient pas entre ce que l'un disait et l'autre disait. Mais je crois que c'est parce que ma situation est compliquée. À part que c'est en très mauvais état... le diagnostic n'est pas très clair. Donc je n'ai pas eu dès... même si elle a pris le temps de me réexpliquer, je n'ai pas tout compris des éléments techniques, où il piquait dans la colonne entre les vertèbres, le canal rachidien, les poches machin et tout. Et je n'ose pas quand même, demander de recommencer 10 fois (Rires). (Dina, PA3)</i> <i>Des fois quand je change de traitements et qu'on n'a pas le temps de parler, elle m'envoie chez l'infirmière pour qu'elle-même parle de tout. Les infirmières qui travaillent au centre de référence. Et je crois qu'elles sont formées pour ça.</i> <i>--D'accord et ces infirmières, elles vous demandent si vous avez déjà des choses avant ou elles vous expliquent...</i> <i>Bon, je crois qu'elles ne vont pas prendre le temps d'expliquer... parce que tu sais ce que tu sais et ce que tu ne sais pas, elles vont expliquer par rapport aux questions. Par rapport aux questions que tu te poses. Mais si c'est pour un nouveau médicament, elle va tout expliquer comment le prendre. Puis, pour les éventuelles interactions, s'il y en a... si tu peux le prendre à jeun ou toujours avec un repas. Tout cela elles vont expliquer. (Janis, PA9)</i>

¹⁷ En type principal ou lors des variations.

Type 3.1	On a des discussions parce que moi je dis : « moi, je me sens bien et si parfois ma tension est un peu plus haute ou un peu plus basse quelle est l'importance finalement ? Si cela ne m'empêche pas de dormir... de dormir... de faire des activités physiques et cela varie dans la journée. Et si mon rythme cardiaque n'est pas toujours régulier. Quelle est l'importance finalement ? Si... mais de ce côté-là elle est un peu qu'elle voudrait que quand même... ce soit comme on enseigne à la faculté. Et là on sent l'influence spécialiste qui leur dit : « non il faut que votre patient soit comme ça comme ça ». Mais bon, on discute là-dessus (...) Par exemple il y avait des statines. J'ai dit : « les statines je ne les prendrai pas ». Parce que ce ne sont pas des médicaments qui sont suffisamment étudiés et qu'on généralise comme ça et qu'on ne sait pas encore à long terme ce qu'il va se passer ! Et Sinon cholestérol de temps en temps... en plus il n'est pas haut... Il est un peu trop selon les normes des sociétés scientifiques de cardiologie. Mais pas plus que ça ! Et donc, moi, je dis je ne prendrai pas parce que je crois que le médicament est moins bénéfique que de ne pas prendre de médicaments dans ce cas-là.(...) Donc là, elle ne fait pas l'ordonnance parce que j'ai dit que je ne le prendrai pas. Je dis : « on contrôlera de temps en temps" et cela reste stable. i :Et vous avez l'impression que vous décidez ensemble ou c'est vous qui dites : « non moi je ça je ne veux pas » et elle qui s'adapte ? Non. Il y a tant des choses que j'ai acceptées et d'autres qu'elle a acceptées.(Oscar, PA15, médecin retraité)
Type 3.2	Il y a un médicament qu'on a absolument voulu me faire essayer, c'était une véritable catastrophe. Je n'avais pas compris. Mais personne n'avait compris que ça ne me convenait pas. C'est suite à un concours de circonstances que j'ai découvert que c'est ça qui me rendait encore plus malade. Et là, j'ai dit : « j'arrête ! », je ne pose même pas... toute façon on m'aurait dit n'importe quoi j'arrêtais ! i: Oui, bien sûr. Et donc dans ces cas-là, vous revenez chez lui... comment ça se passe ? Mais non, il dit OK. Il sait bien que j'ai été au bout de ce qui était possible. Il n'y a aucun doute là-dessus. (...) Le médecin traitant, non. Le rapport, vous voyez, il est long. Le médecin traitant à une totale confiance dans ce que je fais (Rires), il n'y a aucun doute. S'il est marqué 100, il sait que c'est 100 et que ce n'est pas 90. D'ailleurs, il dit toujours : « il n'y a qu'une patiente ou c'est noté comme ça ». (Adèle, PA1)
Type 4.1	J'ai eu des problèmes rénaux et tout le traitement antibiotique ne permettait pas d'arrêter l'inflammation rénale. Donc, finalement, j'ai fait une réaction aux antibiotiques et en un temps quand même relativement court j'avais perdu 30 kg et j'avais une hépatite ! Et donc, on a hospitalisé. Je suis sortie de l'hôpital avec des documents pour faire une razzia sur une pharmacie et j'ai jeté tout ça à la poubelle ! Et j'ai été voir un homéopathe ! Et donc les six mois étant passés, je suis retournée chez le médecin qui avait fait les prises de sang et j'étais guérie. Il a dit : « je suis content le traitement marche ! ». Et je lui ai dit : « je ne l'ai pas pris ! ». Cela n'est pas passé, ça ! Ce n'est pas passé ! (...)Maintenant, je reprends la maîtrise de mon corps et de ma santé (rires) et de ma qualité de vie. Je ne me laisse plus embobiner. (...) Et voilà, j'ai pris cette décision-là et je m'en porte très bien puisque cela me permet de vivre à peu près normalement. (Susie, PA17) Ce médicament là que j'ai pris pour le VIH. Comme maintenant je prends ce médicament pour les névralgies... j'ai essayé de diviser le médicament par moi-même. Je prends un petit morceau le matin et un petit morceau le soir. Ça c'est moi-même qui ai décidé ça. Je n'en ai pas parlé avec le médecin. i: D'accord. Donc à la place de prendre un complet, le comprimé complet. Vous prenez la moitié un moment et la moitié un autre ? Oui. Cela a marché un peu mieux... la cause des névralgies. i: D'accord. Pour que le médicament des névralgies fasse plus d'effet. Parce que sinon c'était atténué. Oui. C'est très fort le médicament. Maintenant cela va un peu mieux. Mais même comme ça il y a des jours où j'ai mal [montre où il a mal]. Il y a des jours je ne parle pas beaucoup j'ai envie de rester tranquille. (...) je vais parler avec le médecin plus tard après cinq mois un an. Je vais lui dire ce que j'ai fait. Comme ça, si lui est contre, c'est déjà fait !(Kirk, PA10)
Type 4.2	Comme je m'y connais... parce que en apprenant sur les plantes, j'ai aussi appris sur la médecine aussi. Donc, je m'y connais quand même pas mal. Et donc, quand j'ai vu tous mes symptômes je me suis dit : « Aïe, là, c'est un petit problème. Si jamais je vais chez un... parce que si je vais chez un médecin... un médecin qui ne va pas exclure tel et tel machin ». Et donc, c'est pour ça que je suis allée chez plusieurs, en fait. Et, voilà, après j'ai reçu mon diagnostic parce que j'ai moi-même exclu. En fait, quand je vais chez le médecin, j'expliquais ça et ça et je donnais une partie de mes symptômes pour être sûr que quand je fais la demande que je veux tels et tels examens, j'ai ce que je veux. Pour avoir le diagnostic le plus précisément possible. (Rires). (...) i: Et donc pour être sûr d'avoir été ce que vous vouliez vérifier vous êtes obligée de changer. Vous voulez un exemple assez concret ? Par exemple sur la thyroïde... je voulais être sûre parce que moi j'avais été diagnostiquée il y a très très longtemps avec une hyperthyroïdie. Mais je voulais être sûre que ça n'avait pas changé en hypo. Et en fait, le problème avec la mutuelle, ils laissent seulement [faire] deux ou trois tests sur le TSH, le un, T3, T4 et peut-être

	<i>un test en plus. Mais pas plus. Mais quand même pour vérifier l'un et l'autre, j'ai dû aller chez deux différents. Ce n'est pas pour embêter la mutuelle ou quoi mais c'est pour être sûr que ce soit cela ou cela. Parce que le problème c'est que le premier médecin avait vu des anticorps, mais les anticorps peuvent être chez hypo ou chez l'hyper. Il faut être un peu plus précis pour savoir si c'est l'hypo ou si c'est l'hyper. Là, c'est l'hyper. Mais je ne l'ai pas, en fait, j'ai seulement les anticorps. (Hélène, PA8)</i>
Type 4.3	<i>J'ai été chez un premier gastro-entérologue qui m'avait prescrit des probiotiques parce qu'a priori le problème vient de l'intestin. Et ces probiotiques cela coûtait un bras ! Et je ne voyais pas de suite. Et comme il n'avait pas non plus trop expliqué pourquoi... parce qu'il m'avait dit que je devais prendre cela à vie... cela me perturbait déjà un peu ! (Rires). Donc, voilà, j'ai simplement arrêté je ne suis plus retournée chez lui ! (France, PA5)</i>

2.1.1.2. SATISFACTION, FACTEURS LIÉS ET STRATÉGIES DÉPLOYÉES RELATIONS AVEC LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE

Huit patients se disaient satisfaits de leurs relations actuelles avec les médecins généralistes. Quatre patients en étaient très satisfaits. Deux autres n'en étaient pas pleinement satisfaits et les trois derniers s'en disaient insatisfaits. Le tableau de données est consultable en Annexe 1.

Le principal motif de satisfaction/insatisfaction réside dans l'attitude du médecin qui correspond ou non aux attentes du patient. Par ailleurs, les patients déploient/ont déployés (ou non) des stratégies pour parvenir au type de relations souhaités.

➔ **Les patients très satisfaits de leur relation avec le médecin généraliste** (n=4. 1,6, 11, 12) le sont parce que :

Le médecin rencontre **les attentes du patient**. Ces attentes sont toutefois **variées** : Les contacts sympathiques (6,11,12) et l'écoute (6,12), suivi de « penser à tout » : l'examen physique (6, Type 1.3), les explications, prendre le temps (12, Type 1.2), la compétence sur le plan médical (11, Type 3.2) ou encore, une vision holistique du corps (1, Type 3.2).

Un patient estime que c'est à elle de construire sa relation avec le médecin et **qu'elle tient l'historique de sa maladie**, des traitements et de ses rendez-vous médicaux, selon l'idée de maladie-métier (Herzlich, 1969). Il s'agit aussi de pallier les lacunes en matière de communication d'information entre spécialistes et entre le spécialiste et le généraliste (1, Type 3.2).

Le fait de noter ce qui vous ont dit et de faire le lien. Comment cela vous est venu de faire cela ?

Mais (rires)... parce que c'est mon métier ! Et donc, j'ai compris beaucoup plus de choses sur l'évolution de la maladie avec tout ce que j'ai noté. Au fil du temps, au bout 30 ans. J'ai commencé être malade quand j'étais à l'université. Là, je l'ai fait parce que en fait j'ai refusé de subir un traitement, je devais être hospitalisée et je voulais terminer mes études ! Donc, j'essaie de faire le premier traitement, les week-ends. Mais, donc, je devais noter tout ce qui se passait. Autrement, avec ma vie universitaire, je n'arrivais plus à retenir tout ce qui était nécessaire : les examens à faire, ...Après, j'ai continué. Et en fait, je me suis rendue compte grâce à ce que je notais que parfois certains médecins étaient à côté de la plaque, j'ai compris aussi certains traitements que j'avais eu. Bon, c'est intéressant aussi parce que parfois mon médecin traitant me dit : « Est-ce qu'on vous a dit ça ? Exactement ou... ? ». (Adèle, PA1)

A l'inverse, un autre précise que, selon lui, c'est le rôle du médecin de faire que cela se passe bien et non, celui du patient (12, Type 1.2)

Si le médecin reçoit bien le patient, la communication ira mieux. En fait, que je peux comparer avec le fait que le patient, c'est le client. C'est le client. Le médecin, c'est le vendeur. A savoir comment accueillir le client. Parler avec le client. Comme cela... tu vas vendre beaucoup de choses ! (Rires). Donc, tu veux accueillir vraiment bien le patient : « prenez place ». Le patient va être guéri... tu peux être guéri, sans prendre de médicaments ! De la façon dont le médecin te prend tu es guéri ! Même si tu as un problème... tu es guéri ! Tu te dis waouh. Il te touche, « comment ça va ? Quels problèmes tu as ? ». Et puis, il te sourit. Toi, tu es content. Tu dois parler, tu dois vraiment... tu vois ton médecin ! Et te sentir vraiment bien. Et tu te dis « ah mon médecin est chouette ».

i: Donc c'est l'attitude du médecin qui est accueillante, etc., qui fait que...

Oui. Qui fait bouger la relation. (Rires) (Marius, PA12)

➔ **Les patients satisfaits de leur relation avec le médecin généraliste** (n=8. 2,3,7R,8,9,13,15,16) le sont également parce que :

Leur médecin rencontre **leurs attentes**. Des attentes **variées également, qui recoupent partiellement** celles qui font la satisfaction de ceux qui se disent très satisfaits, à savoir :

Les contacts sympathiques¹⁸ voire empathiques (3,9,13,15,16-Tous de Type 2), l'écoute (3, 16), les explications (8), la compétence¹⁹ sur le plan médical (13,15) et la conscience professionnelle (9,13) ainsi qu'une vision holistique du corps (1,3,16.).

¹⁸ Les contacts peuvent être de l'ordre des « atomes crochus » (9,15), de l'amitié (3,13). Il peut également s'agir de prendre soin de ses patients en matière de santé sociale (ex. rompre l'isolement à la nouvelle année) (13).

¹⁹ à savoir : bon diagnostic (15), quelqu'un d'expérience, qui connaît ses limites et un bon carnet d'adresses (13).

D'autres caractéristiques/attentes sont en outre mentionnées : pouvoir discuter ou partager les options du patient en matière de choix de santé (3,15,16), la disponibilité (13,15,16), la proximité géographique (15) mais également prescrire l'examen que la patiente souhaite (7).

Afin de parvenir à des relations qui les satisfassent, certains patients ont mis en place les **stratégies suivantes** :

- Un patient sélectionne via internet (écrits, prises de position lors de conférence) des médecins qui partagent ses options de santé (à savoir : peu de médicaments, pas d'acharnement). Si la relation n'est pas conforme à ses attentes, elle change de médecin. (2)

J'ai fait des recherches sur chacun d'eux. Il y en a parfois vous trouvez un article ou vous trouvez qu'il est dans un congrès de ceci. Quand je vois que ça commence un peu à divaguer là. Vous savez, moi, les croyances je n'aime pas. Vous comprenez. Donc quand ça commence à divaguer, je dis « oh, non. Je n'irai pas chez lui ». Donc, je cherche. Google m'aide beaucoup. Elle, il n'y avait d'accroché à son nom de spécial.

I : -Ça sert plutôt à les éliminer d'après ce que je vois. Après vous prenez le risque parce que d'autres il n'y a rien dessus. Mais sinon, si vous voyez trop de choses un « peu fumantes » qui... Voilà, vous évitez, c'est ça ?

Oui. C'est ça, des choses qui ne correspondent pas à mes valeurs quoi. (...)

Je veux aller chez des médecins qui pensent comme moi. (...)

I : Par rapport aux professionnels de santé, est-ce que vous avez des choses que vous aimeriez mieux qu'elles se passent différemment ?

Sinon je le fais...

I : Sinon vous partez ?

Oui. Oui, voilà ou je fais que ça marche comme je veux ou alors, je pars. Je n'y peux rien. (Chloé, PA2, Type 3.2.)

- Un autre patient réduit le médecin à un rôle de prescripteur d'examen, suite à une expérience antérieure caractérisée par un manque d'explication adaptée, l'absence de solution thérapeutique et la rupture de confiance (7).

Je n'y vais pas souvent. J'aurais dû, je sais, mais je n'y vais pas. Je n'y vais pas parce que je n'aime pas les produits... chimiques. Je sais que ce n'est pas raisonnable mais c'est comme ça. Néanmoins je suis allée pour les diagnostics. Je sais environ ce que j'ai. Même pas mal. Mais pour les médicaments j'ai un petit problème, avec ça. Mais au moins je me suis mis dans les produits naturels. Ce n'est pas que je me néglige non plus. (...)
D'accord. Donc si je comprends bien quand vous arrivez vous avez vos différentes demandes et puis, le médecin va dire : « OK. Certains c'est possible et d'autres pas » ...

En fait, j'aurais dit sur un pourcentage, j'ai réussi ce que je voulais faire... j'aurais dit 80 % ! Il est 20 % je le laisse tomber. Parce que... il y en a que j'aurais bien voulu connaître mais bon ce n'est pas grave. Ce n'est pas grave. Que au moins j'avais 80 %, je suis satisfaite. (Hélène, PA7-Type 4.2)

- Un troisième mentionne avoir consulté de nombreux médecins avant de trouver son médecin actuel qui lui convient (15)

J'ai mis du temps à trouver le médecin généraliste qui me convient. Parce que à Bruxelles, c'est vrai que ce n'est pas simple, je trouve de trouver... Ce qui est important pour moi, chez le médecin, quand même c'est le diagnostic. Je trouve que c'est important. Quelqu'un qui a un bon diagnostic. Quelqu'un qui est quand même disponible et qui n'est pas loin de chez moi. (Rires). (Philae, PA15, Type2)

Si ces patients sont actuellement satisfaits de leur relation actuelle parce qu'elle rencontre leurs attentes, certains appréhendent la difficulté à re trouver ce type de relation lorsque ce médecin mettra un terme à ses activités (1,13,15).

➡ Les deux patients qui ne sont **pas pleinement satisfaits** (n=2 ; 10,14) de leur relation, ont en commun que la représentation que la décision leur revient, du moins partiellement.

Dans l'un des cas, le patient n'a pas d'autre attente vis-à-vis du médecin (que d'expliquer, de prendre le temps et référencer au besoin vers un autre médecin, il estime que la décision lui revient)(10).

Les choses que c'est nous qui décidons. Le médecin il est là pour nous expliquer un peu pour nous. Mais sinon on fait tout le temps comme il dit, comme un imbécile ce n'est pas bon. Il y a des choses ou c'est nous-mêmes qui devons sentir si c'est bon, si c'est pas bon. (Kirk, PA10, Type 1.2 → 4.1)

Dans l'autre, le médecin ne répond qu'incomplètement aux attentes du patient (parce que le médecin est très axé sur le biomédical) mais le patient estime qu'un espace de discussion est ouvert :

Ce qu'il y a c'est qu'elle a été formée ici. Enfin je vais dire à la faculté de médecine d'ici. Ce que je me rends compte c'est qu'ils sont fort fort orientés... c'est une généraliste, hein... mais qui sont fort orientés à vouloir absolument vérifier des paramètres (Oscar, PA14, Type 3.1)

➡ Enfin, les trois patients qui sont **insatisfaits** (n=3 ; 4,5,17²⁰) de leur relation, font état d'expériences de relation de Type 1.1 et 1.2, limitées à de l'information unilatérale, qualifiées d'insatisfaisantes.

²⁰ La relation est très récente avec ce médecin. La patiente met toutefois en place une relation de type 4.1 notamment avec les spécialistes lors que la pathologie lui est plus familière.

Ils déplorent : un manque de soutien sur le plan psychologique (4) ou l'absence d'un bon contact (5), le manque d'explication claire par le médecin de la maladie ou du traitement (4,5), le dogmatisme ou l'imposition d'un traitement qui entraîne la perte de confiance (5,17), le non-respect de ses options de santé (5-peu de médicament,17-qualité de vie, éviter les examens sans valeur ajoutée et coûteux pour la société), des échecs en matière de diagnostic (17) ou de traitement (5,17), le saucissonnage du patient(17), le manque d'écoute ou encore la disparition de l'examen physique au profit des examens techniques (17).

[Manque de soutien psychologique] *je trouve que bien souvent les médecins n'ont pas vraiment d'aptitudes pour, je dirais, les relations humaines dans leur métier. Je peux dire ça comme ça parce que, ou bien, il y a tous ceux qui sont ceux très très secs. Et puis, on vous dit « Voilà, c'est comme ça » [prends un ton sec]. Et puis, évidemment quand c'est un peu difficile à entendre, à ce moment-là je crois qu'ils ne savent pas très bien comment faire, comment dire, comment accompagner un petit peu la personne. Et donc, quand c'est un petit peu difficile, Eh bien on se sent très vite... pas soutenu, pas compris. (...). Bon, j'en meurs pas, évidemment, mais psychologiquement c'est... il n'y a pas d'accompagnement. (Eglantine, PA4, Type1.2)*

[Manque d'explication] *j'avoue que je n'ai pas toujours confiance parce que j'ai l'impression qu'on nous traite comme si on était un peu comme si on était complètement débile ! Et qu'on ne va pas nous donner l'information juste pour nous la donner, pas qu'on nous cache des trucs mais qu'on ne nous explique pas les choses. (...) j'ai l'impression que parfois c'est un peu... en tout cas le ressenti que l'on a comme patient, c'est que le médecin se croit tout puissant et donc s'il n'a pas trouvé la solution, de toute façon personne ne peut la trouver ! Et c'est juste comme cela. On est mal foutu, point. Et cela c'est un peu dommage ! (France,PA5, Type1.1)*

[Dogmatisme] *j'ai l'impression que parfois c'est un peu... en tout cas le ressenti que l'on a comme patient, c'est que le médecin se croit tout puissant et donc s'il n'a pas trouvé la solution, de toute façon personne ne peut la trouver ! Et c'est juste comme cela. On est mal foutu, point. Et cela c'est un peu dommage ! (France, PA5)*

[Non -respect de ses options en matière de santé au profit de la logique diagnostic-traitement] *je pense que les médecins sont braqués : « il n'y a que la médecine et les médicaments qui marchent et voilà, je n'écoute rien d'autre ». Et donc je pense que du coup, ce que cela provoque, c'est qu'on a moins confiance, on regarde plus vers Internet, on s'intéresse aux médecines parallèles, ... (France, PA5)*

En regard de cette situation, les patients²¹ qui ne sont pas en rupture radicale avec le monde médical (4,5), vont s'informer par ailleurs (4, 5²²) via Internet, les associations de patient et , faire ses produits de soins par elle-même ce qui lui permet de se réapproprier partiellement la compréhension (5).

2.1.2. RELATIONS AVEC LE MÉDECIN SPÉCIALISTE

Parmi les 9 patients qui consultent régulièrement des médecins généralistes et des médecins spécialistes, quatre (2,4,9,10) présentaient un type identique de relations avec l'un et l'autre (Annexe 1). Ils ont été intégrés à l'analyse des relations Patient-Médecin généraliste ci-avant. Cinq autres patients (1,3,8,11,17) établissent des relations distinctes avec les deux types de médecin. Leur relation avec les médecins spécialistes sont développées ci-après.

2.1.2.1. TYPOLOGIE DES RELATIONS PATIENT-MÉDECIN SPÉCIALISTE

TYPE PRINCIPAL DE RELATION

Trois patients décrivaient leur relation avec leur médecin spécialiste comme étant de type « activité-passivité » (Type 1), consistant en recevoir une information non personnalisée (n=2) comprenant le pourquoi, la justification (n=1). Un autre patient mentionnait des relations de type « guidance-coopération » (Type 2), comportant des éléments de personnalisation dans les explications, la motivation des choix thérapeutiques et un patient qui s'en remet au médecin. Un cinquième était dans une démarche d'autonomisme (Type 4), elle se rend chez le médecin mais suit les traitements comme elle l'entend. Aucun ne mentionnait des relations de type « partenariat mutuel », ce n'était d'ailleurs pas le cas des médecins spécialistes incorporés dans le point 2.1.1.1, ci-avant.

Le classement par type et les variations peuvent être consultés en Tableau PA3 ci-après, les illustrations des types présents dans l'échantillon sont communes avec ceux des généralistes et sont consultables au Tableau PA2.

Concernant **le type d'acteur à l'origine de ce type de relation**, le patient perçoit que le médecin comme davantage à l'origine des pratiques centrées sur le médecin (Type1, particulièrement 1.1), tandis qu'il se perçoit comme à l'origine des pratiques

²¹ La patiente 17 ayant plus de contacts avec les médecins généralistes. Les éléments la concernant seront développés au point relatif au médecin spécialiste.

²² La patiente précisera néanmoins qu'elle préférerait que le médecin le fasse (5).

centrée sur le patient (Type 4). L'association conjointe du spécialiste et d'une infirmière est mentionnée comme étant à l'origine de la relation de Type 2-Guidance-Coopération (Le spécialiste envoie le patient chez l'infirmière pour plus d'explication et argumente lui-même ses choix en matière de traitement).

VARIATIONS ENTRE TYPES DE RELATIONS

Trois patients présentent des variations entre le type de relation principal et un (3) voire deux (1) sous-types de pratiques.

- **Le passage à une approche plus centrée sur le patient** est lié à l'intervention d'une infirmière (passage du Type 1.1 au 1.2, traitement du diabète, 1)
- A l'inverse, **le passage à une approche moins centrée sur le patient** est lié au **manque de temps** et à la spécialité-l'anesthésie (passage du Type 1.1 au Type 0-aucune information,3).
- **Le saucissonnage du patient** (1) amène ce dernier à **rompre la relation** (Passage de 1.2 à 4.3).

J'ai changé par exemple d'un médecin spécialiste pour donner un exemple parce qu'il m'a dit : « vous êtes malade. Moi, mon domaine, ce n'est que cette ligne-là. Après ça ne me concerne plus ». Donc, vous voyez, vous êtes en petits morceaux. C'est vraiment compliqué quand vous êtes découpée comme cela en tranches et c'est à vous de maintenir l'ensemble. Ce que fait le médecin traitant, en fait. Mais, j'ai quitté un médecin qui m'avait suivi pendant de nombreuses années parce qu'il m'a dit « vous pensez bien que quand j'ai quelque chose. Moi aussi je dois appeler le médecin traitant ! », Parce que cela sortait, mais peu cela sortait peu de son domaine. Je semblais avoir une manifestation due un traitement qu'il donnait mais que moi je reliais à cela. Mais il me dit « non, non, non, cela s'est en dehors de ma sphère ! ». (Adèle, PA1)

- Enfin, **une aggravation de l'état de santé amènerait le patient à une attitude plus passive**. Le patient se ferait plus observant et s'en remettrait au médecin, « faute de choix » (Passage de 4.1 à 1.2).

i : Vous voyez le diagnostic et s'il vous semble circonstancié, vous dites « OK, je vais peut-être essayer. D'autant que j'ai la pression, à la maison, pour le faire. Et puis, c'est en fait à la longue sur un problème qui dure plus longtemps que vous dites « ceci je ne veux pas... ». [Voilà]. Un moment, où vous dites : « OK, là, je pense qu'on a fait un peu le tour du truc essayons de voir... ».

Jusqu'à un moment où j'arriverai à un stade ce choix je ne l'aurai plus, parce que cela peut aussi arriver. Donc, la maladie cardiaque elle est dégénérative, la neurologie aussi. Donc, il arrivera peut-être un jour où je n'aurai plus le choix. Mais tant que je l'ai, je l'ai. Et je constate que quand que je fais à ma façon, je gagne du temps et que si je devais écouter que « je dois tout le temps me reposer », je pense que mon état de santé se dégraderait beaucoup plus vite. (Susie, PA17)

Tableau PA3. Relations patient-médecin avec le(s) médecin(s) spécialiste(s), selon les patients.

		0 Aucune info	1 Autocratie Passivité-activité			2 Paternalisme Guidance- Coopération	3 Egalitarisme Participation Mutuelle		4 Autonomisme		
	Sous-types	0	1.1	1.2	1.3	2	3.1	3.2	4.1	4.2.	4.3
Type principal	Nb		n=3			n=1	n=0		n=1		
	Nb/sous- types		n=2	n=1		n=1			n=1		
	IDnum		1++, 3+	8		11			17R+		
	Acteur à l'origine		Le Dr : 1,3	Les 2 : 8		Le Dr et l'infirmier : 11			Le patient : 17		
Variations	Nb répondants		n=2						n=1		
	Nb/sous- types		n=2 (1++)						n=1		
	Vers :		→ 4.3 : 1 → 1.2.: 1 ← 0 : 3						← 17 : 1.2.		
Après variation	Nb variations	n=1	n=2						n=1		
	Nb/sous- types	n =1		n=2							n=1
	IDnum	3		1a,17							1b
	Acteur à l'origine	Le Dr : 3		Le Dr, la structure : 1 Le patient : 17							Le patient : 1

¹ La différence pouvant apparaître entre le « nb qui varient » et le nombre dans les types après variations provient du fait que dans un cas il s'agit du professionnel et dans l'autre des pratiques. Or, un professionnel peut présenter des plusieurs variations.

Un + : existence de variations. Deux + : variations vers deux types

En italique : les variations annoncées/escomptées par le répondant, non effectives.

2.1.2.2. SATISFACTION, FACTEURS LIÉS ET STRATÉGIES DÉPLOYÉES RELATIONS AVEC LE MÉDECIN SPÉCIALISTE

Concernant le niveau de satisfaction de la relation avec le(s) spécialiste(s), **il est utile de distinguer la situation de spécialiste de référence et celle des autres spécialistes. Les patients se disaient satisfaits des premiers tandis qu'ils sont insatisfaits des seconds.**

Au total, trois (1,8,11) se disaient satisfaits de leur relation avec leur spécialiste de référence, dont un très satisfait (11). Trois²³ (1,3,17) se disaient peu satisfait voire très insatisfait (3) de leur relation avec les autres spécialistes.

Un niveau très **élevé de satisfaction** est lié à la compétence médicale du spécialiste et **sa notoriété internationale** sur le plan scientifique (Type 2, 11). Les patients **satisfaits** du fait que le spécialiste rencontre **ce qu'il en attend** (à savoir **l'efficacité du traitement** et des **réponses à ses questions**) (8) ou que la patiente (1) tient à jour l'historique de sa maladie et son suivi (ce qui lui permet de pallier le déficit de communication entre ses différents médecins).

Cette même patiente se dit toutefois **moins satisfaite des autres spécialistes**, du fait de **leur hyper spécialisation**. Elle s'en fait toutefois une raison jusqu'à un certain stade (voir les variations ci-dessus). La patiente **insatisfaite** (17) l'était pour les mêmes motifs d'insatisfaction qu'avec les médecins généralistes. Celle qui était **très insatisfaite** (3) l'était en raison d'un **manque d'explications sur sa maladie** et ce qu'elle pouvait faire alors qu'elle dit aimer comprendre. Elle tente de mettre en place une stratégie de « questions au bon moment », qui toutefois ne fonctionne pas avec l'ensemble des spécialistes.

Par exemple l'orthopédiste qui me suit pour le moment. Je sais que c'est un excellent chirurgien orthopédiste. Mais je trouve qu'il a vraiment une très très mauvaise relation avec la patientèle et qu'il ne m'explique rien et j'ai bon poser des questions. Un jour il me dit : « bon, si vous voulez vraiment comprendre je vais vous expliquer ». Et cela m'a vraiment vexée parce que ce sont des choses qui sont difficiles à comprendre la colonne vertébrale etc. et j'ai besoin vraiment de savoir comment gérer l'évolution de la maladie. Et ce que je peux faire : marcher, faire du sport et tout. Et là, c'est Black-out. Enfin, pas Black-out. Il s'en fiche complètement. (Dina, PA3, Type 1.1)

A l'analyse, les différences dans les relations du patient avec le médecin qu'il soit généraliste ou spécialiste n'est pas systématique (5 sur 10 rapportent des différences, l'autre moitié non). Lorsqu'elle diffère, ce type de relation est moins centré sur le patient. Les motifs d'insatisfaction sont similaires mais sont plus manifestes (le manque d'explications compréhensibles, voire le manque d'explications et l'hyperspécialisation sur un organe ou une partie d'organe).

Les motifs de satisfaction étaient similaires en ce qui concernent les explications et la compétence. La notoriété peut venir s'y ajouter.

Relations Patients-Médecins.

La moitié de notre échantillon faisait mention de relations se limitant à de l'information non personnalisée. Il est toutefois à noter que certains patients ont déployé des stratégies pour parvenir à un niveau de santé ou de participation qui les satisfassent : poser des questions, adapter leur médication y compris pour des maladies chroniques (VIH, maladies orphelines), tenir un dossier de leur maladie et des traitements, se soigner par des plantes (y compris en reprenant des études), s'automédiquer en cas de douleurs non-résolues par le traitement, sélectionner des soignants qui semblent partager leur vision de la santé ...parfois proche de l'autonomisme. Si on prend en considération les relations avec les médecins généralistes et spécialistes, deux patients (7, 17) présentent l'autonomisme comme type principal avec des variations vers d'autres types de relations, en cas d'aggravation de l'état de santé (à savoir, l'apparition d'une pathologie plus grave ou d'une pathologie en stade inaugurale).

²³ Un patient (1) consulte régulièrement à la fois un spécialiste de référence et d'autres spécialistes. il est satisfait du premier et peu satisfait des seconds.

Toutes les variations (sauf une) dans la relation consistent en une progression vers plus de pouvoir pour le patient (mais pouvant aller jusqu'à la rupture avec le médecin). Le patient se perçoit généralement comme étant à l'origine de cette variation.

Les patients satisfaits de leur relation avec le médecin généraliste sont satisfaits de leur niveau d'implication dans cette relation. Ceux qui ne sont pas pleinement satisfaits estiment que la décision leur revient, tandis que ceux qui sont insatisfaits témoignent de pratiques peu centrées sur le patient (Type 1.1 et 1.2-information unilatérale non personnalisée).

Aux extrêmes, les motifs d'insatisfaction des uns sont le miroir inverse des motifs de satisfaction des autres (qualité du contact, niveau d'explication, respect des options de santé du patient, écoute, approche holistique du corps, compétences médicales et examen physique). Tous ceux qui sont satisfaits ne s'inscrivent toutefois pas tous dans une relation partenariale, tous ne sont pas demandeurs de jouer un rôle plus actif dans la relation. D'autres excluent le médecin (7).

S'il ne semble pas exister de tendance lourde entre leur niveau de satisfaction et le type de relation (voir Annexe 1). Toutefois, ceux qui sont insatisfaits (4,5,17) sont aussi ceux qui décrivent les relations centrées sur le soignant, les moins participatives (Type 1.1 : 4, 5 ; Type 1.2 : 17). Il semblerait qu'au minimum une relation de Type 1.2 soit attendue à savoir une explication unilatérale non personnalisée comprenant le pourquoi. Un autre motif de rupture et d'insatisfaction semble être la non-prise en considération des options du patient en matière de santé (ex. peu de médicaments, pas d'acharnement, éviter les examens invasifs) ou du problème de santé prioritaire pour le patient.

Enfin, soulignons que l'apparition d'un problème de santé perçu comme « plus grave » (5,6,7,11) ou l'aggravation du problème de santé (17) peut modifier les attentes des patients en matière de participation. Néanmoins, les attentes ne vont pas toutes dans la même direction sur le plan de la participation : alors que certains s'en remettent au médecin (11,17) ou consulteraient et se feraient observants (7), d'autres souhaiteraient être associés à la décision (5,6). Par conséquent, l'apparition/l'aggravation d'une pathologie amènerait, en fonction des patients, à des attentes plus fortes ou à l'inverse, à des attentes plus faibles sur le plan de la participation.

L'autonomisme (Type 4) apparaît le plus souvent lors d'une variation. Il fait suite à un échec, une insatisfaction ou l'absence d'approche concertée. Il ne s'agit toutefois pas d'une rupture totale avec le monde médical, les patients sont « non-observants » (ils ne suivent pas le traitement, l'adaptent ou s'automédiquent) (4,5,10,16a) ou encore, consultent un autre praticien (2,5,7). Ce type de variation comprend les patients insatisfaits de leur relation avec le médecin (4,5) mais aussi des patients satisfaits (2,7,10,16). Cette variation, qui consiste à adapter le traitement ou à changer de médecin, pourrait peut-être s'avérer être une stratégie permettant lors de maintenir un niveau de relation satisfaisant, un « niveau de confort », pour le patient avec ce médecin (en adaptant le traitement) ou plus globalement avec le corps médical (en changeant de médecin).

2.2. RELATIONS AVEC LE(S) PHARMACIENS(S)

Parmi les 17 patients-citoyens, douze se rendent toujours dans la même officine, trois²⁴ (5,9,11) se rendent dans deux officines distinctes, les deux derniers (7,15) se rendent indifféremment dans n'importe quelle pharmacie.

2.2.1. TYPOLOGIE DES RELATIONS PATIENT-PHARMACIEN

TYPE PRINCIPAL DE RELATION

Quatre patients décrivaient leur relation avec le pharmacien comme de la délivrance (i.e. le pharmacien vend la boîte sans aucune information) (Type 0). Dix autres mentionnaient des relations de type « activité-passivité » (Type 1), consistant en recevoir une information non personnalisée (n=5) comprenant le pourquoi, la justification (n=2) ou encore, une approche plus personnalisée qu'une relation interpersonnelle se soit tissée au fil des années (n=3). Un autre décrivait une relation de type « guidance-coopération » (Type 2), comportant des éléments d'apprentissages. Les deux derniers faisaient état de relation de type partenariat mutuel (Type 3), sur un mode d'une relation de confiance mobilisable en cas de problème et de

²⁴ La première pour disposer d'une officine qui partage son approche -réaliser les produits par soi-même- et d'une autre officine en cas de problème aigu ; les seconds pour la délivrance de la trithérapie à proximité du centre de référence et d'une autre officine pour les autres médicaments.

conversations d'égal à égal. Aucune relation de type autonomisme n'est mentionnée. Il semblerait toutefois que les relations s'établissent relativement peu ²⁵ sur un mode interpersonnel.

Le classement par type et les variations peuvent être consultés en Tableau PA4 ci-après, les illustrations des types présents dans l'échantillon sont consultables au Tableau PA5.

Concernant **le type d'acteur à l'origine de ce type de relation**, le patient perçoit que soit le pharmacien ou lui et le pharmacien comme étant à l'origine des relations centrées sur le pharmacien comprenant au mieux de l'information unilatérale non-personnalisée (Type 0 et 1). Les relations de type « Guidance-Coopération » (Type 1) et Participation Mutuelle (Type 3) sont perçus comme étant générées à la fois par le patient et le pharmacien. Plus rarement observé, un seul patient (12) se dit être à l'origine de sa relation avec le pharmacien. Ce patient estime en effet que c'est à lui, en tant que patient, qu'il advient d'établir les relations avec le pharmacien, afin de sortir de l'anonymat et de bénéficier de services personnalisés. Il prend rendez-vous avec le pharmacien pour exprimer ses attentes. En revanche, aucun travail de type éducatif n'est réalisé. Le pharmacien met à disposition du patient les médicaments de manière proactive.

VARIATIONS ENTRE TYPES DE RELATION

Sept patients²⁶ présentent des variations entre le type de relation principal et un (3,11,15), voire deux (5,6,14,16) sous-types de pratiques. Ces variations concernent tous les types des relations à l'exception des pratiques de type « participation mutuelle » (Type 3), qui elles ne varient pas.

Les variations vont dans le sens de moins d'information ou d'explication à destination du patient, à l'exception du patient dont la relation principale s'établit sur le mode de la délivrance simple :

- **La principale variation consiste à passer en mode de délivrance simple** (Type 0), à savoir « vendre sans donner d'information ». L'information (Type 1) fait place à la délivrance simple (Type 0) : **en l'absence d'ordonnance** (11,14), lors de **la prise d'un traitement récurrent** (14), en cas d'**affluence** dans l'officine (16) ou encore, s'il **s'agit d'autres membres du personnel** dans la même pharmacie (6,16). L'explication et le conseil personnalisé (Type 2) font place à la délivrance simple lors que la personne se rend dans une **autre pharmacie**, plus proche de son domicile (5).
- Un autre type de variation consiste à recevoir **moins d'information/explication**, à savoir de l'information mais sans la raison le pourquoi (Passage du Type 1.2 au Type 1.1 ; 3,6) ou d'un conseil personnalisé partant de ce que le patient souhaite savoir à une information incluant le pourquoi (Passage de 2 à 1.2 ; 5). **Les raisons sont similaires : l'affluence dans l'officine (3), la prise d'un traitement récurrent (6) ou encore, un autre membre du personnel (5).**
- **La variation qui va dans le sens de plus d'information** est relevée dans **une autre officine** en présence d'une ordonnance (Passage du Type 0 au Type 1.1 ; 15).

Les patients identifient majoritairement le pharmacien comme étant à l'origine de cette variation. Un seul pointera le contexte (d'affluence). Notons que dans certains cas (5,14,15,16), il s'agit simplement d'une autre personne : un autre pharmacien ou un autre membre du personnel.

L'absence de prescription médicale amène certains pharmaciens à ne pas fournir d'information lors de la délivrance, tandis qu'ils fournissent des informations en présence d'une prescription. Les spécialités en vente libre « bénéficient » dès lors de moins d'information (11,14,15). Alors que comme le diront certains patients, généralement lors de la délivrance d'un médicament sous ordonnance « le pharmacien répète ce qui a été communiqué par le médecin » (11). Par ailleurs deux personnes (9,11) mentionnent qu'ils leur incombent, en tant que patients, de vérifier la composition des spécialités en vente libre afin de vérifier leur compatibilité avec leur traitement, que ce n'est pas du ressort du pharmacien (9). Ils le font après achat quitte à ne pas utiliser la spécialité si elle s'avérait incompatible.

²⁵ Comparativement à la relation patient-médecin. Cinq patients mentionnent des relations plus personnalisées (Type 1.3 : 4,12 ; Type 2 : 5 ; Type 3.2 : 13,17).

²⁶ Sept patients présentent des variations, pour un total de onze variations. En outre, des variations avec des causes distinctes font apparaître le même type de relations et ce, chez deux patients. Ce qui explique les 9 « types de relations » obtenus au final.

Non, non. Disons que ce sont des consommations plus qu'épisodiques. Bon, je n'ai pas une boîte à pharmacie qui est...

I : Oui mais à un moment donné, vous vous auriez pu avoir besoin d'un sirop. Je ne sais trop quoi.

Non. Là, il n'y a aucun problème. Bon, il n'y a pas... je lis la notice. Je lis la notice de toute façon.

I : Vous la lisez dans la pharmacie alors? Avant de l'acheter ou...

Non, non. Une fois que je l'ai l'acheté.

I : D'accord. Et si jamais ce n'est pas compatible avec votre traitement, vous faites quoi?

Ben ce n'est pas compatible. (Rires) Là, je me dis OK. (Louis, PA11)

Elle voit les anti malaria qu'on m'a prescrit. Elle me dit que je ne peux pas les prendre avec mes médicaments anti VIH. J'ai dit : « heureusement » parce qu'il peut y avoir des interactions. Alors que l'autre ne le savait pas. Il ne savait pas. Mais l'autre le savait bien parce qu'elle suit beaucoup de patients africains qui voyagent là-bas. Elle savait de quoi elle parlait.

I : Et le pharmacien n'avait rien vu non plus lui ?

Bah le pharmacien n'avait rien vu parce que le pharmacien, il faut lui demander ! Peut-être quand on prend l'ordonnance et que tu pointes comme ça comme ça comme ça. Mais des fois, il ne faut pas s'attarder. Des fois il y a d'autres clients qui sont derrière toi et puis, ce n'est pas aussi bien d'aller... ce n'est pas une consultation tu ne vas pas exposer tout ce que tu prends, il est au comptoir il y a d'autres pat..., clients derrière toi. Donc, il ne va pas tout expliquer. (Janis, PA9)

Tableau PA4-Relations pharmacien(FA)-patient, selon les patients.

		0 Délivrance simple	1 Passivité-activité			2 Guidance- Coopération	3 Participation Mutuelle		4 Autonomisme		
	Sous-types	0	1.1	1.2	1.3	2	3.1	3.2	4.1	4.2	4.3
Type principal	Nb	n=4	n=10			n=1	n=2		n=0		
	Nb/sous-types	n=4	n=5	n=2	n=3	n=1	n=0	n=2			
	IDnum	7,9, 10, 15+,	1,2,11+,14++, 16++	3+,6++	4, 8,12	5++		13,17			
	Acteur à l'origine	Les 2 : 7, Le FA : 9,10,15	Les 2 : 2, 11 Le FA : 1,14, 16	Les 2 : 3 Le FA : 6	Le FA : 4, 8 Le patient : 12	Les 2 : 5		Les 2 : 13,17			
Variation	Nb répondants	n=1	n=5			n=1					
	Nb/sous-types	n=1	n=3 (2++)	n=2 (1++)	n=0	n=1++					
	Vers :	→1.1 :15	←0 :11,14ab,16ab	← 1.1 : 3, 6 ←0 :6		←0 : 5 ←1.2 : 5					
Après variation	Nb	n=5	n=4								
	Nb variations	n=5	n=3	n=1							
	IDnum	5a, 6a,11, 14ab, 16ab	3, 6b, 15	5b							
	Acteur à l'origine	Le FA : 5, 6, 11, 14, 16)	Le contexte: 3 Le FA : 6,15	Le FA : 5							

Tableau PA5. Illustration des différents (sous)-types observés dans la relation patient-pharmacien.

Type 0	I : Donc, là, vous allez chercher les médicaments et il vous explique quelque chose ou pas, il dit qu'il y a des états interactions entre les médicaments ou pas trop ? Non. Pas trop. I : Il vous donne les boîtes... Oui. Il me donne la boîte et puis parler... I : Mais vous parlez de foot plus que de traitements. Oui. Voilà. (Rires). (Kirk, PA10) C'est vrai que quand est du Dafalgan quoi... voilà, ils donnent la boîte et puis c'est bon, quoi ! Ils ne vont pas vous dire : « attention ne prenez pas plus que X par jour ». Cela, ils ne disent pas. Il faut lire la notice. (Philaë, PA15)
Type 1.1	Je dois dire, plus systématiquement maintenant quand il y a un nouveau traitement, en général, ils donnent une mise en garde. Ils disent : « attention, il pourra avoir ceci. N'oubliez pas de prendre un verre d'eau ». Avant, c'était presque de la distribution. (Adèle, PA1) i : OK donc pour le moment c'est plutôt comment les prendre éventuellement prenez ceci avec plutôt un repas ou avant le repas. Ou ce genre de conseil.

	Voilà. Exactement. i. Cela ne va pas au-delà... Non cela ne va pas au-delà (Philae, PA15)
Type 1.2	Est-ce que c'est un problème avec des petits boutons aux pieds. Mais donc elle m'a expliqué que c'est quelque chose qui doit être mis en traitement et pas en préventif, ou sur tout le pied. Donc ça, je trouvais intéressant qu'elle me l'ait dit. Parce que comme cela j'ai bien mis ça comme il fallait. (France, PA5)
Type 1.3	Spécificité pour les pharmaciens en regard des Médecins : plus un service personnalisé tenant compte de la situation du patient que des informations personnalisées du fait du contexte. Par contre, j'y repense je prends aussi un médicament depuis à mon avis 20 ans, parce que j'ai l'ouverture qui ne se referme plus. Je sais que ça porte un nom mais je ne sais... --Les reflux, etc. Oui. Et donc, ça reste ouvert. Donc, je prends un médicament tous les matins pour diminuer l'acide et pour il n'y ait pas de remontée. Et donc il y a quelques mois de ça, elle m'a dit... Parce que je venais chercher du Pantomed®. Elle m'a dit « Tiens ça fait longtemps que vous prenez ça ? » « Oh, ben oui quand même. 20 ans ». « Vous devriez peut-être quand même voir si ça n'a pas évolué ». Donc, je ne l'ai pas encore fait parce qu'il faut avaler ce truc [gastroscopie] et on va voir et donc je n'aime pas trop. Mais je me dis qu'un jour je devrais peut-être, parce que si elle me le dit, peut-être qu'elle ne me le dit pas par hasard. Et donc, je le ferai. (Eglantine, PA4) Parce que même si le médecin explique il y a des patients qui n'ont pas vraiment de bonne mémoire comme la mienne... j'oublie souvent ! J'oublie souvent. Donc, le médecin me le dit et puis, le pharmacien le sait. Il le sait aussi. Même dans les médicaments que je prends depuis 10 ans, je peux oublier. C'est pour cela qu'il écrit "moi je dis par sécurité écrit « ! i : Vous oubliez... De le prendre ! Je prends deux au lieu d'un. Parce que j'en prends beaucoup ! (...) Souvent je trouve dans ma boîte aux lettres, les médicaments. Je regarde les médicaments et les médicaments c'était fini. Mon Dieu qu'est-ce que je fais ! Et le pharmacien n'a pas encore eu l'ordonnance... et puis après-demain il me téléphone déjà « vous avez vu les médicaments ? Alors quand vous allez chez le médecin il faut demander une ordonnance en plus. », « OK ». (Marius, PA12)
Type 2	J'avais un pharmacien qui est parti maintenant à la pension qui expliquait plus. Donc, justement, par exemple j'aime bien pour ma petite fille faire des produits moi-même... le liniment, ce genre de choses. Et donc, il m'a expliqué comment je pouvais le faire. Il m'a donné l'info. Comme il a vu que je fonctionnais un peu comme ça, il m'explique ce genre de choses. Ça, je trouvais chouette ! (France, PA5)
Type 3.1	---
Type 3.2	Il me demande comment je vais. Il me parle de ses vacances. Grâce à moi, il est allé au Vietnam. Je lui ai expliqué comment c'est. Il part toujours un mois en vacances et il est remplacé par des jeunes qui font très bien leur boulot aussi. Et comme je dis, il est de bons conseils. C'est agréable d'aller chez lui.(...) i : Ok. Donc c'est plutôt quelqu'un niveau contact humain... Contact humain et confiance surtout. i : ...et puis confiance dans ce qu'il peut proposer comme alternative... Oui. Là, chaque fois qu'il me dit "écoutez, ça c'est moins cher et c'est la même chose". Je dis "c'est certain ?". "Oui, oui, c'est certain". Ben j'ai confiance. (Nathael, PA13) Donc, il me connaît bien. Il connaît bien mon traitement. Je suis persuadée que je viendrais lui demander quelque chose etc., il prendrait le temps de parler avec moi. Voilà. Et de me dire : « Ah bon et qu'est-ce que... pourquoi est-ce que vous souhaitez cela ? ». Mais en étant dans une discussion, comment je vais dire ? Dans une discussion empathique ! Parce qu'il y a déjà un lien... quand vous allez toujours chez le même pharmacien c'est comme l'épicier du village... cela cause. On fait la file, les gens se parlent et les gens discutent avec le pharmacien ! Et le pharmacien explique des choses. Donc, c'est une relation humaine différente ! (Susie, PA17)
Types 4	---

2.2.2. SATISFACTION DE LA RELATION PATIENT-PHARMACIEN ET FACTEURS LIÉS.

Huit patients disaient satisfaits de leurs relations actuelles avec les pharmaciens²⁷. Trois patients en étaient très satisfaits. Quatre autres n'en n'étaient ni satisfaits, ni insatisfaits. Un autre s'en disait insatisfait. Un dernier se rendait très rarement en officine et rapportait n'en avoir aucune attente.

²⁷ À l'exception des personnes qui ne se rendent pas dans une unique pharmacie (7, 15).



➔ **Les patients très satisfaits de leur relation avec le pharmacien** (n=3. 12,13,17) le sont du fait de :

La relation interpersonnelle, avec des conversations d'égal à égal, tissée par les deux (13, 17) ou par le patient (12) *versus* l'anonymat. Cette relation les aide (le pharmacien l'aide à penser à son traitement) (12) ou est perçue comme mobilisable en cas de situation nécessitant l'aide du pharmacien(13,17).

Une patiente apprécie particulièrement être considérée en tant que personne et non tant que pathologie. (17)

Je ne suis pas d'abord malade. Je suis d'abord moi et puis, je suis malade.(Susie, PA17)

Un autre souligne que créer la relation avec le pharmacien est primordiale pour lui. Toutefois, contrairement autant c'est au médecin de créer la relation avec son patient, autant c'est à lui, en tant que patient, qu'incombe la création de cette relation, parce que le pharmacien est un vendeur (12)

J'ai créé vraiment l'amitié.

I :Donc quand on crée les choses il se comporte aussi d'une autre façon ?

Oui on se parle, on se dit comment va travailler ensemble ce que je veux ce que je ne veux pas. Et il dit ce qu'il veut ce qui ne veut pas. Donc, on cause en cause et on dialogue. Voilà OK donc c'est bon. (...)

Le pharmacien vend. Les pharmaciens sont des vendeurs ! Il vend. (...)

i: Mais, autant chez le médecin j'ai l'impression que c'est le médecin qui doit aider Autant avec le pharmacien, c'est le patient en tout cas dans votre cas... c'est vous qui l'avez créé !

Oui. Oui. Oui parce que c'est moi, oui. La pharmacie a aussi besoin de ce contact... Il faut aussi que la pharmacie trouve le temps, trouve le temps pour toi. Parce que ce n'est pas évident. (Marius, PA12)

Notons que parmi ceux-ci se retrouvent les deux personnes (13,17) qui rapportent des relations de type « participation mutuelle » potentielle (Type 3.2), le troisième (12) rapporte une relation de type 1.3.

➔ **Parmi les patients satisfaits de leur relation avec le pharmacien** (n=8. 3-8,11,14,16), deux groupes peuvent être distingués:

Ceux qui se disent **contents** (5,8,14,16) de leur relation et Ceux qui rapportent **ne pas en attendre plus** (3,4,6,11)

- **Ceux qui se disent contents, apprécient** : la transmission de savoirs et de savoir-faire (les préparations) lui permet de se réapproprier certains éléments de sa santé, de les comprendre, contrairement à ce qui se passe avec les médecins (5) ou les conseils concernant les produits (16), sa discrétion dans la délivrance de certains traitements pour les pathologies sensibles (8) ou encore de pouvoir de pouvoir se reposer sur ce pharmacien pour identifier un éventuel problème dans la médication (16) et un aspect commercial mis au second plan, contrairement à d'autres pharmacies (14). L'aspect « contact interpersonnel » est également souligné (5,16).
- **Ceux qui n'en attendent pas plus, apprécient** : la disponibilité des médicaments (11), la franchise dans les rapports, admettre qu'ils puissent s'être trompés (3), la personnalisation du service (suggérer un examen, avancer la médication) (4). L'une d'entre elles se dira toutefois avoir été choquée par sa réponse à d'autres clientes, il y a quelques années (refus de délivrance de la pilule du lendemain, sans suggestion d'alternatives (6)

Dans les deux groupes, certains (3,16) soulignent que le pharmacien est **un vendeur**. Toutefois, le fait de le considérer ou non comme une aide en matière de santé varie. Ceux qui sont contents présentent le pharmacien comme une aide sur le plan de la santé (16). Ceux qui n'en attendent rien de plus, ne perçoivent pas le pharmacien comme un partenaire de santé (3).

➔ **Les personnes qui n'en sont ni satisfaites, ni insatisfaites** (1,2,9,15), sont similaires au sous-groupe précédent, mais les attentes sont plus réduites. Elles attendent de la pharmacie la **délivrance** des produits, leur disponibilité (1,9,15) et éventuellement une information standard (vu le manque de confidentialité) (1). L'un accueille néanmoins positivement que le pharmacien attire l'attention sur une possible interaction (1). Un autre souligne que le pharmacien pourrait donner plus d'explication et que cela les différencierait de la parapharmacie (15).

La représentation que le pharmacien est un vendeur pas un partenaire de soins (2,9,15) prévaut dans cette catégorie.

Le rôle du pharmacien en premier, c'est de vendre les médicaments. (...) Mais peut-être que si tu viens, il va se dire que tu achètes quelque chose que tu connais. Ce n'est pas à lui de te dire... le pharmacien, ce n'est pas ton ami, ce n'est pas ta copine. Donc tu viens tu dis : je veux un complément alimentaire pour mes cheveux... Lui, il va-t'en donner et tu l'achètes.

Le rôle du pharmacien normalement, pour moi, c'est de connaître les médicaments et puis, si tu as d'éventuels problèmes, des questions à poser ou quoi qu'il soit en mesure de te répondre. Sinon, le pharmacien il vend, il vend. La plupart sont des commerçants.(Janis, PA9)

I : -Oui, donc vous ne leur faites pas trop confiance...

Non, c'est un magasin finalement. Et je ne suis pas tellement vraiment certaine que les pharmaciens connaissent tous ces médicaments.(...) Les pharmaciens, ils ne savent rien. Je ne suis pas d'accord que les pharmaciens décident quoi me donner. Oui, je ne demande presque jamais. Eux, ils ne sont pas mon partenaire. Le médecin, oui. Mais eux, non.) (Chloé, PA2)

➡ La personne (10) qui juge ses relations avec son pharmacien **insatisfaisantes**, les perçoit comme empreintes de trop de familiarité et plus assez professionnelles. Elle a le sentiment que le pharmacien abuse de la situation pour lui imposer des invendus (?). Dans ce cas également, le pharmacien est perçu comme un vendeur par opposition au médecin.

i: Vous n'avez pas un très très bon contact entre vous deux !

Non. Oui. Je pense que le problème c'est ça. Quand tu as beaucoup de contacts, tu peux le traiter comme ton frère. Beaucoup de contacts... ça c'est pas bon ! Normalement le pharmacien tu passes là-bas tu parles un peu du médicament et pas plus. Quand vous parlez de foot, quand vous parlez de politique. D'un côté c'est bon mais d'un autre côté ce n'est pas bon. Parce que lui après il va exagérer, à cause de la confiance. (Kirk, PA10)

➡ Enfin, une personne (7), qui se soigne par les plantes, se rend très rarement en officine. Elle n'est pas intéressée par les produits proposés.

Relations patient-pharmacien.

Moins de relations partenariales sont rapportées en comparaison aux relations patient-médecin. Certaines relations ne comportent aucune information (Type 0), tandis que l'autonomisme (Type 4) et le partenariat mutuel effectif (sous Type 3.1) sont totalement absents. Les relations entretenues avec le pharmacien, souvent impersonnelles, pourraient expliquer que l'autonomisme soit mal aisé à identifier comme tel.

L'attente la plus citée vis-à-vis du pharmacien est celle de la disponibilité des produits. Toutefois, des initiatives concernant les interactions, la suggestion d'une consultation... sont accueillies positivement.

C'est le pharmacien ou éventuellement le patient qui sont pointés comme étant à l'origine de ce niveau de relation. Un seul patient s'identifie comme étant à l'origine de celles-ci. Dans ce cas, il estime du reste que c'est son rôle de patient que de développer cette relation.

Lorsque le niveau de satisfaction de la relation est élevé (12,13,17), la satisfaction repose sur une relation interpersonnelle (parfois) égalitaire (13,17), sur laquelle « il peut/pourrait compter en cas de problème ».

L'information semble varier en fonction de l'existence d'une prescription (plus systématique en cas de prescription et moins en cas de spécialités en vente libre), mais aussi du professionnel y compris dans une même officine et l'affluence dans l'officine.

Enfin, notons que la représentation que le **pharmacien est un vendeur est présente** chez certains répondants (2,3,9,10,12,15,16). Il n'y a toutefois pas de lien avec le niveau de satisfaction de la relation avec le pharmacien. Tous les niveaux de satisfaction sont représentés dans ce groupe. Toutefois, ceux qui rapportent n'être « ni satisfaits, ni insatisfaits » (2,9,15) ou « insatisfaits » (10) de cette relation, précisent systématiquement que le pharmacien n'est pas un partenaire de soins, qu'on ne peut compter sur lui pour prendre soin de sa santé.

2.3. RELATIONS PATIENT-MÉDECIN-PHARMACIEN

Taux de réponse : 7 sur 17 (6,8,11,13,15,16,17)

Cette section est peu élaborée. Lorsqu'ils abordent cette question, les patients commentent essentiellement ce qui est de l'ordre du rôle du pharmacien et du médecin (sur le plan des explications et particulièrement des décisions en cas de problèmes de médication). Une seule commente le fait d'être considérée comme une personne par les deux professionnels, est important pour elle.

L'explication du traitement est réalisée par le médecin, pas par le pharmacien (8). Dans le même ordre d'idée, s'il a un problème avec le traitement, le médecin est considéré comme le professionnel de préférence, pas le pharmacien (11, 13,15). L'un d'eux précise toutefois qu'il pense que le pharmacien référerait vers le médecin si tel était le cas (15). Par ailleurs, un autre mentionne que les suggestions d'alternatives moins onéreuses pour les médicaments sans prescription sont appréciées (13). Une situation qui est explicitement mentionnée par un autre. En cas de problème de médicament : le pharmacien soit invite le patient à prendre contact avec le médecin, soit propose de prendre contact avec le médecin (6). Enfin, une patiente

(16) qui se soigne par homéopathie, précise qu'elle demande des choses différentes au médecin et au pharmacien et qu'elle demande conseil au pharmacien si une consultation médicale ne s'avère pas nécessaire.

Une autre patiente souligne qu'elle se sent être considérée comme une personne (versus être ramenée à ses pathologies), par les deux professionnels, ce qui est important pour elle (17).

3 - REPRÉSENTATIONS DES AUTOTESTS À VISÉE DIAGNOSTIQUE

Ce chapitre concerne les représentations sociales des patients-citoyens relatives aux autotests à visée diagnostique (ATVDs) ainsi qu'aux représentations relatives aux utilisateurs d'ATVD.

Notons que seuls deux patients (3-Infections urinaires, 14-hélicobacter Pylori) ont une expérience effective des ATVDs (voir détails dans « connaissances préalables ci-après »).

3.1. REPRÉSENTATIONS (ET CONNAISSANCES) CONCERNANT LES ATVDs

Ce chapitre aborde respectivement les connaissances préalables à l'interview et puis, les représentations relatives aux ATVD après clarification de ce qui est entendu par ATVD dans cette recherche. Une fiche précisant ce qui était entendu par « autotests à visée diagnostique » dans le cadre de Care-test était présentée au répondant après lui avoir préalablement demandé ce qu'était pour lui un ATVD. Cette fiche permettait d'une part, de distinguer les ATVDs des mesures en monitoring, souvent mises en place à la demande du médecin. D'autre part, de prendre connaissance des différents ATVD existants.

3.1.0. CONNAISSANCE DE LEUR EXISTENCE EN COMMENÇANT L'INTERVIEW

Taux de réponse : 14 sur 17 (pas de réponse : 1,4,8)

Le paragraphe suivant fait état des connaissances de l'existence des ATVD par les « patients », au début de l'entretien.

Sept « patients » (3,5,9,10,11,14,17) rapportent connaître l'existence des ATVD. Le degré de connaissances varie toutefois. Deux en ont fait l'expérience effective (3, 14), pour lui-même (3-infection urinaire) ou pour un proche (14-hélicobacter pylori). La prise de connaissance peut avoir eu lieu par l'intermédiaire d'une émission télévisée, on n'est pas des pigeons, les présentant comme non fiables (5). Enfin, le dispositif peut être connu (l'existence des tests salivaires pour le VIH à l'étranger) sans que la personne n'y associe dans un premier temps le terme autotest (à visée de diagnostic) (9).

Six autres n'en connaissaient pas l'existence (2,6,7,12,15,16). Certains évoquent d'autres tests sans préciser qu'il s'agit d'autotests (6 & 16-Hémocult), ou en précisant qu'il s'agit d'autre chose. (7, 15 & 16-grossesse)

Enfin, **une personne confond les ATVD avec les campagnes de dépistage** (VIH, cancer colorectal). Cette confusion persistera au cours d'entretien, malgré les précisions. (13).

Connaissances et expériences des ATVDs

- La moitié de notre échantillon connaissait l'existence des ATVD, l'autre non.
- Seuls deux « patients » avaient, au printemps 2019, une expérience effective des ATVD.
- Lorsqu'ils ne connaissent pas l'existence des ATVD, les patients évoquent d'autres dispositifs comme le test de grossesse ou le dépistage organisé du cancer de l'intestin. Certains précisent néanmoins qu'il s'agit d'autre chose.
- Enfin, les ATVD peuvent être connus sans que la personne n'y associe le terme d'ATVD. A l'inverse, après plusieurs clarifications, elles peuvent continuer à associer le terme « ATVD » aux campagnes de dépistage.

3.1.1. REPRÉSENTATIONS CONCERNANT LES ATVDs

Cette partie comprend la perception générale des patients vis-à-vis des ATVD ainsi que leurs « points forts » et de leurs « points faibles », qui sont d'autres termes pour les arguments pour ou contre les ATVDs. C'est en effet en ces termes que se sont exprimés les 3 types de répondants. Ces éléments sont suivis des conditions que les ATVDs devraient respecter ainsi que la représentation de leur fiabilité et des réactions que suscitent leur éventuelle commercialisation en grande surface²⁸. Les considérations sur le prix des ATVDs closent ce point.

3.1.1.1. PERCEPTION GÉNÉRALE DES PATIENTS RELATIVE AUX ATVD

La catégorisation suivante est établie sur base de l'appréciation globale que le « patient » émet à propos des ATVD. Elle vise à donner une idée globale de la valence. Lorsque le « patient » se prononce clairement en faveur ou en défaveur des ATVD, il est classé en « pour » ou « contre ». Lorsque le patient se prononce en faveur de certains éléments et en défaveur d'autres, il est classé dans la position intermédiaire.

Huit patients (1,3,4,7,8,11,12,16) sont pour les ATVD. Deux (2,15) sont contre. Six (5,6,9,10,14,17) optent pour un positionnement nuancé ou conditionnel. Enfin, un patient ne peut se prononcer : il confond (13) les ATVDs avec d'autres dispositifs.

Parmi les patients, deux positionnements coexistent : celui concernant leur propre utilisation des ATVD (fût-elle anticipée) et celui concernant l'utilisation pour d'autres personnes. Soulignons que peu de patients répondants (n=5 sur 17 ; 3,4,5,6,7) se sentent concernés par une utilisation des ATVD pour eux-mêmes. Une partie importante de notre échantillon dit s'inscrire dans un suivi médical régulier, souvent du fait d'une maladie chronique. La mesure de certains paramètres prend dès lors place dans ce suivi. Deux patients (7 et dans une moindre mesure 5) ne s'inscrivent toutefois pas dans des relations patient-médecin sur le long terme. Ce sont aussi les deux « patients » les plus jeunes.

3.1.1.2. RAISONS AVANCÉES À CE POSITIONNEMENT

Différentes raisons sont avancées en regard de ce positionnement par rapport aux ATVDs. Il s'agit de la ou les raisons déterminante(s) perçue(s) par le patient. Le positionnement des patients comporte en effet souvent des nuances qui sont reprises sous les rubriques : points forts, points faibles et les conditions requises (voir 3.1.1.3). Le tableau de données (Type de relation médecin-patient, niveau de satisfaction de la relation et positionnement en regard des ATVDs) est consultable en Annexe 1.

➔ **Les personnes qui sont “pour” les ATVD** (1,3,4,7,8,11,12,16), le sont en raison de l'autonomie, la *réappropriation de la santé qu'ils procurent* (1,3,4,7,8,11,12,16), parfois en raison d'une *expérience positive de dispositif similaire* (3-ATVD,4-tigettes concernant les infections urinaires) ou de l'expérience positive de l'autonomie en santé mais dans certains contextes (1-diabète; 12-autosondage urinaire). A l'exception de trois personnes diagnostiquées VIH+ (qui affirment que s'ils sont encore en vie c'est grâce à leurs médecins), *il existe une forme d'insatisfaction de la relation avec le médecin* (1,3,4,7) *ou une forme d'autonomisme* (1,4,7,16). Une seule personne (7-naturopathe) inscrit toutefois les ATVD dans une démarche d'autonomisme pour elle-même : pouvoir diagnostiquer la nature du problème, se soigner avec des plantes puis, mesurer l'évolution. Si toutes les personnes qui sont insatisfaites ou présentent une forme d'autonomisme ne sont pas nécessairement en faveur des ATVD, le positionnement en faveur de l'ATVD semble néanmoins lié au rôle que peut exercer le patient ou à l'expérience d'un rôle « plus actif ».

Tout ce qu'on peut faire soi-même je trouve que c'est intéressant. Donc, c'est là c'est intéressant (...)Le fait que l'on puisse mesurer. Bon, pour le diabète, c'est très très important. C'est comme cela que moi j'ai compris l'influence de la nourriture sur l'augmentation de la glycémie. Un bête exemple, moi, je n'avais jamais compris que les pâtes, que je n'aime pas, que je n'aime pas, avaient une telle incidence ! Mais, enfin, le fait d'avoir mangé des pâtes, de m'être forcée la veille de manger des pâtes. Et le lendemain, voir que la glycémie fait un bond, vous avez compris, vous vous

²⁸ Ces deux derniers points étaient systématiquement abordés avec l'ensemble des répondants. La question relative à la commercialisation en grande surface a été insérée en cours de recherche lors que cette commercialisation a fait partie des intentions ministérielles. Elle est néanmoins une question indirecte en ce qui concerne le rôle du pharmacien.

dites « pourquoi je me force à manger cela ? ». Cela, si le médecin vous le dit, vous avez bien les tableaux. Bon « c'est tel aliment ». Mais le fait de le voir, concrètement, vous savez détecter tout suite ce qui ne va pas dans votre alimentation. Donc, cela s'est très bien. Donc, cela change vraiment le rapport, parce que parfois certains taux (peut-être pas celui-là pour moi), certains taux m'incitent à y aller. Par exemple l'acide urique, cela m'incite à aller voir le médecin (Silences). (...). Le pouvoir est dans la connaissance du résultat. (Adèle, PA1)

L'autonomie, l'autonomisation pour le patient, c'est bon. Avec le test que vous m'avez montré, c'est positif pour le test. (Marius, PA12)

Je trouve ça génial aussi quoi. Moi, je trouve que c'est une bonne idée. C'est sûr que la responsabilité alors revient peut-être plus directement au patient. Donc il se sent... il doit faire la démarche. Plutôt que d'aller chez le médecin, on se dit "Ah, c'est peut-être ça. Je vais aller demander à la pharmacie". (Rachel, PA16)

➔ Des personnes (5,6,14,17) adoptent un positionnement nuancé ou conditionnel : ils sont "pour mais..." :

- Les uns (5,6) sont pour les ATVDs (sur le plan de l'autonomie du patient) mais s'interrogent sur la fiabilité de ces derniers (5-Test) ou se méfient des intentions ministérielles au travers d'un tel dispositif dans un contexte de restriction des dépenses publiques de santé [et son impact sur la qualité des soins ?](6-Contexte). Le fait de devoir d'adresser à un pharmacien est, par ailleurs, relevé comme étant un potentiel obstacle à l'accessibilité (6-Dispositif).

Bah, j'ai entendu une émission où il disait que ce n'était vraiment pas fiable. Donc, voilà, de nouveau si on me dit : « c'est fiable ! ». Je trouve cela chouette parce que on ne va pas ennuyer le médecin pour savoir si on a une allergie ou du cholestérol. Comme cela, si on ne l'a pas, au moins on n'a pas été le déranger pour rien ! Mais, voilà, je pense qu'il faut quand même qu'il y ait une certaine fiabilité ou qu'on me l'explique, de nouveau, jusqu'où c'est acceptable. (France, PA5)

Je me suis dit : « est-ce que c'est pour faire des économies, laboratoire, médecin, etc. ». Moi je, je ressens ça comme ça ! Connaissant Maggie de block pour le moment, la ministre de la santé qui fait des économies un peu partout. Je me méfie ! Je ne me méfie pas du test. Mais, je me dis : « c'est encore une histoire d'économie ! » (Rires).

i: Oui. Vous pensez que comme ça c'est le patient qui fait ses histoires et après il ne va pas dans le système de soins, plus coûteux etc.

Voilà, c'est ça. Ma première idée c'est ça. Je peux me tromper mais bon... j'espère me tromper ! (Gretel, PA6)

- Les autres (14,17) soulignent la pertinence de certains tests dans certains cas ou pour certains publics : lorsqu'il y a présomption (sous forme de risque ou de signe de l'existence d'un problème-14) ou lorsque la personne est à même de déterminer si elle doit consulter (17).

L'infection urinaire de faire un test pour voir si c'est bien ça ou pas ?

Mais là c'est peut-être un peu diff... parce que là la personne a déjà des symptômes et alors plutôt que de d'aller... s'il peut déjà savoir lui-même savoir ou pas... parce qu'il y a déjà quelque chose. Ce n'est pas qu'il n'y ait rien. Ce n'est... là c'est peut-être un peu différent parce que si vous avez eu des symptômes et que le test vous dit... « oui c'est en effet ». Donc, à ce moment-là, vous allez consulter. Et s'il vous dit qu'il n'y a rien vous pouvez peut-être attendre un petit peu. Cela va peut-être passer... là c'est peut-être un peu différent dans ce cas-là. (Oscar, PA14)

Je dirais que cela demande une éducation aussi de la part des personnes qui l'utilisent et de se dire que c'est juste un outil pour donner une piste mais que ce n'est pas quelque chose... je suppose que quelqu'un qui constate qu'il n'est plus du tout couvert pour le tétanos et qui s'est coupé dans son jardin en travaillant la terre, il aura le réflexe instantané d'aller se faire faire un rappel. Mais c'est une hypothèse. Pour le même prix, il va dire : « ah bon ça va ! ». (Susie, PA17)

Aucune tendance n'apparaît sur le plan de ce positionnement en regard des ATVD et la relation avec le médecin et la satisfaction qui en découle (Voir Annexe 1). L'une d'entre elles (17) soulignera que le manque de dialogue et le fait que ne pas se sentir écouté, pousse les personnes à recourir aux ATVD.

➔ Sorte de sous-ensemble de la catégorie précédente : des personnes présentent une position nuancée mais se prononcent uniquement concernant l'ATVD VIH (9,10). Favorables à l'ATVD VIH, parce qu'il permet à certaines personnes de franchir le pas, d'oser faire le test sans devoir demander à un professionnel de santé (9,10-Relation), une personne exprime des craintes sur l'absence de suivi si le test est positif, mieux vaut être accompagné par un proche ou un professionnel (10). Toutes deux (9,10) soulignent qu'une consultation avec un médecin est préférable, lorsqu'elle est possible.

Mais, pour moi, je crois que c'est mieux d'aller chez le médecin.(...) Cela peut dépanner... ici, je ne vois même pas pourquoi on ne peut pas aller chez le médecin... peut-être dans des régions anarchiques ou les hôpitaux sont un peu loin et tout. Là, on peut utiliser ça. Mais, je trouve que c'est faute de mieux (Janis, PA9)

➔ Les personnes « contre » les autotests (2,15) ont en commun d'être contre l'automédication et ses dérivés. Ils tendent à s'en remettre au médecin. Les arguments sont de l'ordre de la relation.

Mais ça, je trouve que c'est pas bien de laisser les gens faire tout seul. C'est du charlatanisme presque. Maintenant, ils savent qu'ils ont ci ou là. Maintenant, ils vont aller chercher sur Internet ou ils vont demander à leur copine ou à je ne sais qui ou à leur grand-mère ou quoi. « Qu'est-ce qu'on va faire ? » « Ah, des herbes ou de ceci » j'en sais rien comment les gens... Les laisser libres comme ça dans la nature.

I : Oui, donc ça vous semble dangereux en fait ?

Oui, oui. Je pense que les médecins ont leurs connaissances. Ils ont passé du temps à apprendre. On espère qu'ils sont intègres. (Chloé, PA2)

- ➔ Enfin, le positionnement (changeant) d'un patient (13) n'a pu être pris en considération du fait la persistance d'une confusion avec les campagnes de dépistage (VIH, cancer colorectal) et ce, malgré les explications en cours d'entretien.

Appréciation globale des ATVDs parmi les patients :

- Les patients sont **souvent à même d'exprimer un avis** sur les autotests. Toutefois, une **partie seulement de notre échantillon se sent concernée par une utilisation effective d'un ATVD** : la majorité de notre échantillon bénéficie d'un suivi médical régulier, souvent lié à une pathologie chronique.
- La tendance **semble être plus favorable aux ATVDs** que dans les deux autres groupes (médecins, pharmaciens).
- Les deux positionnements extrêmes sur le plan des ATVDs (« pour », « contre ») présentent aussi des positionnements spécifiques sur le plan de la relation ; ils sont plus ou moins en faveur de l'autonomie. [Voir Annexe 1](#)
 - * Ceux qui sont « pour » les ATVDs le sont en raison de l'autonomie (« se réapproprier sa santé ») que ce dispositif procure (avec parfois, une expérience positive dans ce sens). Ils mentionnent également une forme d'insatisfaction dans leur relation avec leur médecin ou une forme d'autonomisme préexistant et ce, à l'exception des personnes qui bénéficient d'une prise en charge pour le VIH.
 - * Ceux qui sont « contre » les ATVDs, sont aussi opposés à l'automédication et ses dérives.
 - * Ceux qui présentent une position moins tranchée introduisent comme éléments déterminants des aspects « test-dépendant » mais aussi la dimension du contexte politique (de restriction des dépenses de santé).

Au-delà de ces tendances, l'établissement d'un lien entre la perception des ATVD et le type de relation préexistante avec les médecins (et la satisfaction liée) est mal aisée.

- Enfin, le **terme « autotests à visée diagnostique »** peut évoquer, les campagnes de dépistage. Il importe de prendre cette dimension en considération lors de la communication.

3.1.1.3. POINTS FORTS & POINTS FAIBLES DES ATVDs, SELON LES PATIENTS

Taux de réponse : 16 sur 17 (pas de réponse de 13, confusion avec les campagnes de dépistage à grande échelle)

. Nous entendons « points forts » au sens de forces, avantages, éléments en faveur des ATVDs, ... et « points faibles », au sens de faiblesses, désavantages, éléments en défaveur des ATVDs, les craintes qu'ils suscitent ... Le point 3.2, dédié aux représentations de l'utilisateur d'ATVDs offre une vision complémentaire aux points forts et faibles des ATVD.

Les personnes formulent deux types de réponses : pour eux-mêmes et pour les autres patients, en général. Toutefois comme mentionnés ci-avant (3.1.1.1), peu de répondants se sentent concernés par une utilisation pour eux-mêmes. Lors de l'entretien, le patient commence par parcourir la liste des ATVD et identifie ceux qui lui seraient utiles (notamment 3,4,7), leurs connaissances des pathologies (8).

Oui, le cholestérol peut-être. C'est vrai. Oui. Les allergies, ben... Déficience en fer, ah oui tiens. Intolérance au gluten, oui ça peut être intéressant parce que bon, on parle tellement du gluten. Finalement, vous ne savez pas si vous le supportez ou pas. Donc oui, pourquoi pas. Oh ben, je l'achèterai bien. Ménopause, ça, c'est plus la peine (Rires). (Eglantine, PA4)

POINTS FORTS

Nous distinguerons les représentations concernant les ATVDs, en général et celles concernant des ATVDs spécifiques (souvent l'ATVD VIH).

Les différents points forts ou avantages des ATVDs tels que perçus par les patients sont²⁹ de :

- ➔ **Contribuer à l'autonomie du patient, à le rendre actif (versus passif) dans la gestion de sa santé de:** (1,3,4,5,7,8,11,12,16),
- **Faire quelque chose par soi-même, pour sa santé** (1,3,4,5,7,8,12,16). Il s'agit du point fort le plus fréquemment cité³⁰.
Les ATVDs participent à la logique de prendre part à la gestion de sa propre santé (1,3,5). Certains de ces patients ont une expérience très positive de l'autonomie, au travers des ATVDs (3) ou d'autres dispositifs (1,4,12). Ces dispositifs

²⁹ Ces représentations sont toujours le fait d'un ou d'une partie des patient(s). Il n'existe pas une représentation commune/unique.

³⁰ Pour les deux premiers tirets : voir point PA 3.1.1.2-pour les verbatim.

ont permis à certains de prendre conscience de l'influence de certains comportements et de les réguler (1,4). Ces dispositifs³¹ ont toutefois souvent été mis en œuvre avec l'accord (3) voire sur l'avis du médecin (1,4,12).

Je trouve cela super pratique, par contre. Donc, cela évite une visite chez le médecin, sauf que c'est parce que j'avais le médicament à la maison évidemment (Dina, PA3).

- **Avoir un accès direct aux résultats d'analyse, sans intermédiaire** (1,4,5). L'un d'eux en outre souligne de cela supprime la crainte que l'absence de nouvelle suite lors d'un test ne soit lié à un oubli, plutôt qu'à l'absence de problème (4)

I : Pas de nouvelles, bonnes nouvelles ou alors échantillon perdu, on ne sait pas trop. C'est ça ?

Oui. Ça, ce n'était pas une bonne idée.

I : Oui, ici c'est tous des tests où la personne a les résultats.

...a le résultat. Oui, c'est mieux (Eglantine, PA4)

Un autre (1) précise que l'objection selon laquelle la personne va être seule face au résultat ne tient pas. Ce n'est pas mieux d'avoir un soignant qui se sent mal par rapport à un résultat négatif (qu'il faut parfois rassurer). La présence du soignant lors du résultat n'aide pas.

- **Maîtriser l'ensemble du processus** (5)

(Rires) ben pour moi cela rentre dans le même cadre qu'Internet : on essaye de trouver d'autres endroits où on peut avoir une info. Là, on est du début à la fin par la conception du truc et donc c'est d'avoir l'info rapidement et maîtriser le truc aussi. Parce que c'est vrai que justement les analyses de sang, il faut vraiment avoir coché nous-mêmes volontairement après sinon, on ne reçoit même pas la copie de nos analyses. Donc, cela contribue aussi au fait que c'est un peu nébuleux, mystérieux, on ne sait pas quoi. Et donc, je pense que cela pousse à ce genre de comportement. (France, PA5)

Autour du diagnostic :

- ➔ **Permettre au patient d'obtenir une réponse rapidement, sans délai d'attente** (1,5,17). L'attente d'un résultat est pénible (1).

C'est vrai. Mais, par contre, plusieurs sont dans le même cas que moi, le fait d'attendre, de ne pas recevoir des analyses, de ne pas savoir si on doit prendre la double dose que le médecin a mis si ça s'aggrave (« si cela s'aggrave, prenez la double dose »), cela s'est embêtant ! Et si vous devez attendre 30 jours, avec le dossier partagé, vous voyez dans quelle situation vous êtes !

i : D'accord, c'est dans ce cadre-là que les autres mesures vous paraissent aussi intéressantes ?

Voilà. C'est pour cela que j'ai répondu...(Adèle, PA1)

- ➔ **Rassurer le patient, permet de lever un doute** (3,4,5,8,16,17). Certains pensent que ce serait pour les « petits stress » tels que les infections urinaires, la ménopause, infections vaginales (16), d'autres pour l'ensemble des pathologies (17). Enfin, l'un des répondants précise que cela pourrait s'avérer particulièrement positif pour les patients qui se posent des questions et vont avoir un résultat négatif (4). Enfin, Certains précisent qu'un ATVD peut donner une première indication (17) ou lever un doute (3) **avant d'aller chez le médecin** (3,17), d'autant que le délai pour avoir un rendez-vous peut être long (17).

A rassurer quelqu'un. À ce qu'il ait une réponse rapidement. Parce que parfois cela prend du temps pour avoir un rendez-vous chez le médecin et que cela peut déjà donner une indication. Si on a déjà un test positif, si on n'est plus vacciné, au tétanos. On va aux urgences ! On galope chez le médecin, on n'attend pas. Quitte à aller aux urgences, si nécessaire. Pour les autres, je pense que si on a une infection urinaire. Déjà quand on va à la pharmacie, on aura une réponse. Il existe des choses sans ordonnance, voilà. (Susie, PA17)

- ➔ **Assurer un confort, une flexibilité de réalisation, pratique à réaliser** (7,9,12,14), à savoir : **chez soi** (3,4), **« quand » on le souhaite** (7) et **soi-même** (14) plutôt que d'aller attendre chez le médecin (7). **C'est un gain de temps pour le patient qui ne doit pas aller consulter pour faire un examen** (7,9,14). Il permet au patient de prendre soin de sa santé même s'il est très occupé sans devoir aller chez le médecin (cf. il s'y rendra si le résultat est problématique) (12). **L'ATVD accroît l'accessibilité aux « examens ».**

Mais bon, c'est quand même pratique de pouvoir faire ça... Moi, je trouve que c'est très pratique de pouvoir faire ça chez soi. (Eglantine, PA4)

C'est aussi que parfois on n'a pas le temps. Parce que par exemple quand on est au travail, on va aller après, à six heures du soir, attendre une heure chez le médecin pour pouvoir avoir un truc qu'on aurait pu faire à la maison quand on veut... à six heures du matin, après la douche, on essaye et tout ça... c'est beaucoup plus facile quand même. On le fait quand on veut (Hélène, PA7)

Ce serait un peu bête que quand on pense que quelque chose fait penser pourquoi alors ne pas faire soi-même l'examen? Cela évite des consultations inutiles et des trucs comme ça. (Oscar, PA14)

³¹ Y compris dans le cas de la personne (3) qui a réalisé directement un ATVD. La patiente avait l'accord de son MG pour utiliser des tigettes pour les infections urinaires. La pharmacienne lui a conseillé l'achat d'un ATVD dans la mesure où la patiente n'utiliserait pas toutes les tigettes.

➡ **Eviter une consultation inutile (3,14)** parce le résultat est **négatif (14)** ou encore, qu'elle **consistera à faire le test qui aurait pu être réalisé par le patient lui-même**, au préalable (14) voire à **prescrire l'examen (3)**. L'ATVD permet aussi **d'en économiser le coût (3,16)**.

Le travail des médecins, alors que c'est si simple de vérifier par soi-même ! Je trouve que c'est quand même un gain pour tout le monde ! (Dina, PA3)

➡ **Permettre de gagner du temps également au niveau du diagnostic (4,7,14), d'obtenir un diagnostic plus rapidement, en débrouillant le terrain pour le médecin**, qui affinera le diagnostic sur cette base (4,7) **et dès lors une prise en charge plus rapide du problème de santé (14)**.

Parce que je trouve que quand vous allez chez le médecin « je sais pas. Je sais pas, je ne vais pas bien ». Ben, pff. Tandis que si vous lui dites « vous savez je sais ce que j'ai. J'ai une infection urinaire. J'ai pris ce qu'il fallait. Je trouve que ce n'est pas tout à fait bien passé. Faudrait peut-être faire autre chose ». A ce moment-là, vous déballez quand même le terrain. (Eglantine, PA4)

i: C'est d'abord pour débrouiller le terrain, en fait, de pouvoir faire cela. Et puis, par la suite, aller chez le médecin, plutôt que d'aller chez le médecin, demander si éventuellement etc. et puis après... c'est une perte de temps, pour les deux, ou... ? Pour le médecin. Ils excellent plus dans les diagnostics une fois qu'ils ont entendu qu'il y a ça, ça et ça. Disons que s'il y a une allergie... la personne montre une allergie... il y a une infection urinaire... quand la personne vient avec les deux boîtes en disant: j'ai ça et j'ai ça. En même temps, c'est plus facile pour le médecin à diagnostiquer et à donner le vrai diagnostic, en excluant justement les autres tests que la personne a fait (Hélène, PA7)

Un répondant mentionne dès lors que les ATVDs sont surtout **pertinents pour les pathologies d'évolution rapide** qui peuvent entraîner des problèmes importants, s'ils ne sont pas traités rapidement **ou s'il y a un signe** (notamment d'infections urinaires).(14)

Dans cette recherche de « diagnostic », les personnes pensent à un test afin de :

➡ **Soit objectiver un problème ressenti** (elle l'utiliserait si elle pense avoir qqch) (6,7) sur base des signes (6,7,8-VIH,14), tandis que d'autres soulignent que l'ATVD.

➡ **Soit ne pas attendre les signes de la maladie, pour certaines maladies silencieuses** (ex. VIH, Chlamydia) (8,14). Ils les trouvent intéressant dans une **optique de dépistage (8,14)**.

Cette dimension est « test-dépendant » mais pas uniquement, un répondant mentionne les deux utilisations pour l'ATVD VIH.

*I : L'infection urinaire de faire un test pour voir si c'est bien ça ou pas ?
Mais là c'est peut-être un peu diff... parce que là la personne a déjà des symptômes et alors plutôt que de d'aller... s'il peut déjà savoir lui-même savoir ou pas... parce qu'il y a déjà quelque chose. Ce n'est pas qu'il n'y ait rien. Ce n'est... là c'est peut-être un peu différent parce que si vous avez eu des symptômes et que le test vous dit... « oui c'est en effet ». Donc, à ce moment-là, vous allez consulter. Et s'il vous dit qu'il n'y a rien vous pouvez peut-être attendre un petit peu. Cela va peut-être passer... là c'est peut-être un peu différent dans ce cas-là. (...) si on fait le parallèle avec le test de grossesse. Si la personne pense qu'elle est enceinte parce qu'elle a un doute ou qu'elle a des signes... le test de grossesse va lui donner une indication claire. Mais sinon vous n'allez pas faire un test de grossesse comme ça... est-ce que vous vous dites : « tiens je veux voir si je suis enceinte ». Non. C'est parce que vous avez quand même quelque chose... ici, s'il y a quelque chose qui vous fait penser que vous pourriez avoir infection urinaire parce que ça vous fait mal parce que ceci et cela... il y a déjà des signes qui sont apparus. Ce n'est pas quelque chose qui est en l'air. À ce moment-là je pense que cela peut être utile, ou bien d'autres... mais ça il faudrait le voir cas par cas. Pathologie par pathologie. Cela je ne pourrais pas dire comme ça.(Oscar, PA14)*

L'ATVD permet au patient de:

➡ **Amorcer une démarche, « de faire un premier pas » vers un avis médical(11, 15)**

*I : Et vous en pensez quoi en fait de ces tests ?
Je trouve que c'est une excellente chose. Les gens font à ce moment-là la démarche. Mais il faut que cette démarche soit suivie en cas de doute ou de problèmes avérés. Il faut que ça soit suivi par un contact médical. Ça, c'est impératif pour moi. De toute façon, se contenter simplement du résultat... S'il est négatif, il est négatif.(Louis, PA11)*

➡ **Prendre conscience afin de pouvoir agir, d'anticiper la suite (1, 14)**

Les situations familiales sont parfois tellement bizarres que peut-être cela permet à des gens de faire un contrôle ou d'avoir une première idée de la situation et de réfléchir comment ils peuvent s'y prendre pour gérer et puis, le VIH, c'est aussi une responsabilité sociale. Si vous savez que vous êtes atteints, certains comportements à risque peuvent sans doute être évités. Donc, je suppose qu'il y a des personnes que cela doit être vraiment intéressant pour eux d'avoir réponse rapidement. (Adèle, PA1)

➡ **Affiner ses hypothèses (1,16-gluten)** Avoir une première idée, savoir si c'est une piste [**inférence : n'ose/ne peut pas en parler au médecin ?**]

Intolérance au gluten. Ben voilà, ça, ça permet vraiment bien de cibler est-ce que déjà on peut partir vers ça ou pas. (Rachel, PA16)

➡ **Obtenir un diagnostic différentiel (distinction entre infections urinaires et infections vaginales) (3)**



➔ Amorcer la discussion avec un professionnel de santé. (14)

Ce qui par la suite, va permettre au patient de :

➔ Identifier le type de médecin (généraliste ou spécialiste) (16) et l'urgence(4, 17), à consulter.

C'est tout à fait perso, si moi je vois qu'au niveau ménopause c'est tout à fait négatif. Je vais me dire "bon, ben déjà j'enlève cette... Je ne vais pas aller peut-être chez mon gynécologue, alors je vais peut-être aller plutôt chez mon généraliste". Donc déjà essayer de cibler vers qui aller pour ne pas multiplier le nombre de consultations.(Rachel, PA16)

Si on a déjà un test positif, si on n'est plus vacciné, au tétanos. On va aux urgences ! On galope chez le médecin on n'attend pas. Quitte à aller aux urgences, si nécessaire. Pour les autres, je pense que si on a une infection urinaire. Déjà quand on va à la pharmacie, on aura une réponse. Il existe des choses sans ordonnance, voilà. (Susie, PA17)

➔ Se monitorer, pour voir ce qu'il a. Puis, si ce qu'il a été mis en place fonctionne (7)

La plupart des options je pourrais me guérir moi-même. C'est la bonne nouvelle.

I: D'accord, donc si le résultat est positif. Vous prenez en charge vous-même quand vous pouvez.

Oui. Mais je rajoute une deuxième boîte quand même... tout dépend de ce que c'est mais disons que ci-après trois semaines je pourrais réessayer. Je pourrais vérifier l'avant et l'après, ce qui serait aussi assez sympa. (...)Pour voir l'évolution.

i: Pour voir si cela fonctionne ce que vous êtes en train de faire? Ah oui pour cela j'aime bien ! Là, j'y vois encore une plus grande motivation.(Hélène, PA7)

L'ATVD présente par ailleurs l'avantage de :

➔ Eviter un acte médical invasif (16-sang dans les selles/coloscopie) ou inutile (16-vaccination contre le tétanos)

➔ Désengorger les cabinets médicaux (5,7,12,16), en particulier ceux des généralistes, s'il faut consulter un spécialiste. Les médecins sont surchargés (5,7). Le patient ne consulterait que si le résultat est positif/préoccupant (5,7). Ce qui allègera le travail des médecins, qui devront voir moins de patients³².

Mais le médecin aussi il est soulagé quelquefois mais le lien entre le médecin et le patient il faut que cela reste...

i: Oui donc ça c'est vraiment une condition pour que les choses fonctionnent bien.

C'est une condition sine qua non. Mais l'autonomie c'est bon. C'est bon. Mais donc quand le médecin, voire 30 personnes par jour. Avec ce test, il peut voir 15 personnes.(Marius, PA12)

Pourquoi à chaque fois embêter les médecins si on peut le faire de cette façon-là ? (...) Ben là on peut aller chez le médecin. Parce qu'ils sont déjà surchargés et je ne vois pas pourquoi on ne peut pas les faire avant et après, ...(Hélène, PA7)

Mais je trouve que ça permet de désengorger éventuellement quelques petits stress qu'on pourrait avoir. Par exemple, je dirais l'infection urinaire. Moi, je n'en ai jamais eu mais j'ai des personnes qui en ont très souvent. Je pense que ça pourrait vraiment... La ménopause, oui. Infection vaginale mais a priori, je pense qu'on le sent. Intolérance au gluten. Ben voilà, ça, ça permet vraiment bien de cibler est-ce que déjà on peut partir vers ça ou pas. Déficience en fer aussi. Tétanos, c'est génial pour ne pas se refaire vacciner alors qu'en fait il ne faut pas (Rachel, PA16)

➔ Eviter d'engorger les urgences (5)

i: D'accord, donc ça permettrait d'éviter d'aller embêter le médecin pour certains tests ou...

Oui. Je pense qu'il y a des personnes qui sont vraiment très très stressées pour le cholestérol et ce genre de choses. Je pense que cela peut leur permettre de juste se calmer. Ou des gens qui débarquent aux urgences parce qu'ils sont persuadés qu'ils ont chopé quelque chose. Donc là je pense que cela peut un peu calmer les choses. (France, PA5)

➔ Dépanner pour les régions ne disposant pas/plus d'hôpital à proximité mais, « ce n'est pas le cas en Belgique », précise le répondant (9)

Cela peut dépanner... ici, je ne vois même pas pourquoi on ne peut pas aller chez le médecin... peut-être dans des régions anarchiques ou les hôpitaux sont un peu loin et tout. Là, on peut utiliser ça. Mais, je trouve que c'est faute de mieux (Janis, PA9)

CONCERNANT L'ATVD-VIH, PLUS SPÉCIFIQUEMENT :

➔ Permettre à certain(e)s personnes/publics de réaliser le dépistage, d'oser faire le test, de franchir le pas. Les caractéristiques même des ATVDs permettent de lever les freins/obstacles à sa réalisation :

- **Réalisable sans devoir aborder le sujet avec le médecin** (4,6,9,10,11,14). Une consultation avec un médecin peut être un obstacle, pour différentes raisons :
 - * **Un blocage chez le patient** (4,6,9,10,11,14). La consultation peut être une barrière pour le patient (14) : qui n'ose pas (6,9,10), ou ne veut pas en parler au médecin/font difficilement d'aller la démarche d'aller chez le médecin (11).

³² En fonction de leur représentation de la relation médecin-patient, l'un souligne que le patient doit rester en contact avec le médecin (12), un autre que l'ATVD peut être utilisé pour monitorer un problème de santé (7).

L'ATVD lui permet de le réaliser seul (10) et en préservant l'anonymat notamment du fait de la stigmatisation dans certaines communautés (11), il permet au patient de franchir le pas mais il est nécessaire de consulter, si les résultats sont préoccupants (10,11)

Je connais même un copain, que je connais déjà depuis 8-9 ans qui n'a jamais fait de tests parce qu'il avait peur. Même si je lui ai expliqué qu'il n'y avait pas besoin d'avoir peur comme avant. Mais même comme ça il a encore la tête qui n'est pas grandie. La tête est petite encore.

i: Il ne sait pas se décider ? C'est ça ?

Oui (Rires).

i: Et donc vous lui dites maintenant que le traitement ça va mais ça ne décide pas aller faire le test.

Peut-être qu'une chose comme ça lui va le faire. Mais avec un médecin. Jamais. Il avait peur. Mais si c'est un truc qui est plus facile pour lui-même le fait en cachette. (...)

Si c'est un test comme ça normalement il va le faire (Kirk, PA10).

*** Un blocage chez le médecin (4)**, qui n'est pas à l'aise avec ce type de sujets « délicats » ; L'ATVD permet alors de « court-circuiter la demande au médecin » (4) (Verbatim dans Partim patient 4.2.1. Changement dans la relation médecin-patient. Changement positif-Court-circuiter le médecin qui n'est pas à l'aise avec la thématique VIH).

- **Garantir l'anonymat**, ce qui est recherché y compris du fait de la stigmatisation dans certaines communautés (11)

Beaucoup de gens atteints du VIH, ou qui craignent d'être atteints par le VIH, font difficilement la démarche d'aller voir un médecin. Enfin, il y a des centres de référence, mais il y a cette hantise de rester dans l'anonymat. Surtout pour certaines communautés. Où là, évidemment le fait d'être séropositif, c'est une véritable catastrophe. C'est risquer l'exclusion sociale. C'est risquer la stigmatisation. Ça peut être source de beaucoup, beaucoup de problèmes.(Louis, PA11)

- **Accessible à tous**, y compris les personnes qui ne connaissent pas la langue, le système de soins, le système de centres de dépistage spécialisés, notamment les migrants (11).

L'avantage de l'autotest, entre autres pour le VIH, c'est que ça peut amener des gens à faire un test qu'ils n'auraient jamais fait s'ils avaient dû... parce que tout le monde n'a pas connaissance de centres spécialisés où on peut se présenter, avoir un entretien avec un médecin, avec une psychologue ou un psychologue. Il y a beaucoup de gens qui ne sont pas du tout informés. Il y a parfois aussi la barrière de la langue. Moi, je pense surtout au niveau de la communauté migrante, il y a des gens, du fait de l'absence de suivi dans leur lieu d'origine. (Louis, PA11)

➔ Permettre de rassurer le partenaire au début d'une relation (8)

Quelqu'un qui s'inquiète comme elle (sa compagne) au début. Allez, on y va, on fait le test. (Ivan, PA8)

➔ Rassurer la personne, y compris pour une utilisation en routine (11)

Donc, l'autotest quelque part va leur permettre de se rassurer. Il y a ceux qui évidemment ont des relations à haut risque et qui se disent "Bon, je fais régulièrement un autotest. Ça reste entre moi et le test et on me dira, à un moment donné, bon, ben voilà : Vous n'avez rien ».(Louis, PA11)

➔ Eviter d'autres contaminations en adoptant les comportements de prévention ad hoc (1)

Le VIH, c'est aussi une responsabilité sociale. Si vous savez que vous êtes atteints, certains comportements à risque peuvent sans doute être évités. Donc, je suppose qu'il y a des personnes que cela doit être vraiment intéressant pour eux d'avoir réponse rapidement (Adèle, PA1)

➔ Très simple à réaliser : une goutte de sang (11)

Enfin,

➔ Permettre, à un professionnel de soins de santé qui n'a pas accès aux outils de diagnostic, de montrer à ses patients ce qu'ils ont afin de les motiver à suivre leur traitement naturopathe ou conventionnel (7)

L'autotest est utile pour pouvoir faire en sorte que le patient mesure ce qu'il a. aussi, pour le professionnel de santé [la personne est naturopathe]. Montrer au patient ce qu'il a. Faire un traitement et pouvoir mesurer si le traitement fonctionne. C'est d'ailleurs comme cela que je l'utiliserais elle-même. L'autotest peut aussi permettre à la base de montrer aux patients ce qu'il a, donc, le convaincre de suivre le traitement.(Hélène, PA7)

En outre,

➔ La plupart des ATVD sont perçus comme très fiables (11)

Donc, la plupart de ces tests, pour ne pas dire la totalité, ont un degré de fiabilité qui est quand même très élevé. Donc... Maintenant, il y a des problèmes...(Louis, PA11)



Points forts des ATVDs-Le principal point fort perçu consiste en l'**autonomie que les ATVDs** confèrent au patient. Cette autonomie prend toutefois des **formes diverses**, en fonction de la manière dont la personne considère sa relation au médecin en particulier, jusqu'où elle peut gérer elle-même un problème de santé. Aussi, un ATVD déboucherait ou non sur une consultation, remplacerait ou non une consultation (si ATVD-), consisterait à réaliser une première démarche avant consultation ou encore, permettrait de gérer un problème de santé par soi-même (ATVD+).

En quelque sorte, l'ATVD est un « **outil au service de l'autonomie du patient** » (dont la représentation et les pratiques sont variables). Il peut être aussi une « aide à la consultation » (débroussailler le terrain, amorcer la discussion, déterminer l'urgence et le médecin à consulter ...).

Aussi en matière de consultation post-test, le patient consulterait le médecin surtout en cas de **tests positifs**, quoique tous ne consulteraient pas. Par ailleurs, un test négatif peut néanmoins donner lieu à une consultation, si le test est réalisé pour être rassuré.

Les autres points forts sont : le confort d'utilisation offert par le test (rapidité, flexibilité), la réduction des consultations chez les médecins et aux urgences, la non-réalisation d'un acte médical invasif/inutile, la possibilité de dépanner en l'absence de structure de soins (pas pour BXL) ou l'encouragement pour le patient à suivre son traitement.

L'ATVD-VIH dispose d'un statut particulier : le principal point fort est de permettre au patient d'oser faire le test. Il peut aussi permettre de le rassurer (y compris en routine), de rassurer le partenaire ou encore, d'éviter d'autres contaminations.

POINTS FAIBLES

Les différents points faibles ou désavantages perçus par les patients sont de :

➔ **Risquer d'encourager/engendrer l'automédication (1,2,11,15).** Cela peut dès lors s'avérer **dangereux**, (1, 15), le patient risque d'être en marge du système de soins (15).

Je pense que... par exemple déficience en fer. Vous allez faire une mesure, et alors ? Vous ne savez qu'aller voir le médecin. Il ne s'agit pas de jouer avec le fer vous-même. Parce que c'est quand même dangereux ! (Adèle, PA1)

Mais ça, je trouve que ce n'est pas bien de laisser les gens faire tout seul. C'est du charlatanisme presque. Maintenant, ils savent qu'ils ont ci ou là. Maintenant, ils vont aller chercher sur Internet ou ils vont demander à leur copine ou à je ne sais qui ou à leur grand-mère ou quoi. « Qu'est-ce qu'on va faire ? » « Ah, des herbes ou de ceci » je n'en sais rien comment les gens... Les laisser libres comme ça dans la nature.

i : Oui, donc ça vous semble dangereux en fait ?

Oui, oui. Je pense que les médecins ont leurs connaissances. Ils ont passé du temps à apprendre. On espère qu'ils sont intègres. (Chloé, PA2)

D'aucun (11) voit dans le fait que cette médication repose sur des **bases incomplètes un danger supplémentaire. Les ATVDs présentent le désavantage de :**

➔ **Se limiter à un seul paramètre de santé (11,14)**

Mais disons que le problème des tests c'est que c'est pour ce problème-là. Et si vous le faites... parce que maintenant peut le faire disons pour le cholestérol... mais qu'en est-il des autres ? On ne sait pas. Et alors me multiplier en va faire une batterie de 40 tests tandis que si vous mangez sainement c'est bon pour le cholestérol et pour le sucre et pour cela et pour ça.(Oscar, PA14)

Les ATVDs sont en effet perçus comme :

➔ **Ne valant pas un avis médical (1,11,15).** C'est un premier pas (11,15). L'ATVD fournit une indication (1,15), une réponse partielle (11) mais ce n'est pas suffisant, cela ne remplace pas une consultation chez le médecin (1,15). C'est une réponse partielle contrairement à un examen conventionnel (11). Aussi, si le test est positif, cela nécessitera « des précisions » (via consultation) (15) ou « des analyses complémentaires pour identifier les causes et envisager le traitement » (11). Notons que cet avis est présent chez des patients qui ont des avis très divers concernant les ATDS, nous retrouvons les différents positionnements : en faveur des ATVDs (1,11) qu'en défaveur des ATVDs (15) ou encore un avis partagé (9).

"Là, votre taux de cholestérol est trop élevé". Oui mais, j'en reviens à ce que je disais tout à l'heure, quelle est la cause? Est-ce un problème médical? Est-ce un problème de mode de vie? De comportement alimentaire et tout ça? Donc tout ça entre en ligne de compte. Il y a des problèmes d'hérédité... Enfin, tout ça entre en ligne de compte. Ça, seul le médecin est à même de pouvoir l'identifier. (Louis, PA11)



Sur le plan de la relation patient-médecin, dans le même ordre d'idée mais formulé de manière plus radical, les ATVDs sont perçus comme susceptibles de :

➔ **Mettre à mal de la relation patient-médecin. Le médecin= le partenaire de soins, est mis de côté (2)**

Verbatim en partim Patients 4.2.1. Changements potentiellement négatifs pour Relations Patient-Médecin.

➔ **Présenter un coût élevé (3,7,15,17)**

Le lui [au Pharmacien] dis : « mais non je voulais savoir le nom et le prix parce que je trouvais que c'était quand même vraiment très cher. C'était 13,20 € pour deux tiges est alors que... mais je trouve cela super pratique par contre. Donc, cela évite une visite chez le médecin, sauf que c'est parce que j'avais le médicament à la maison évidemment. (Dina, PA3)

L'idée que ces personnes se font du prix est toutefois assez variable. Un lien est souvent établi avec la consultation médicale, pour souligner le peu d'intérêt des ATVDs. Ceux-ci sont perçus comme « coutant aussi cher que d'aller chez le médecin » (15, coût estimé entre 10 et 30 euros) ou que c'est « cher comme tout ce qui est en vente libre » le prix est perçu comme élevé dans la mesure où il n'y a pas de suivi (17, coût estimé 15-20 euros).³³

➔ **Potentiellement, participer de la stratégie d'économie sur les soins de santé ? (6,15)** Les intentions politiques (6,15), en particulier les intentions de la Ministre de la santé (2014-2020) suscitent la méfiance(6). Aussi, l'ATVD vise-t-il peut-être à faire des économies en matière de soins de santé, en particulier sur les frais de personnel (médecin, analyse en labo), dans la lignée de ce qui « a été réalisé par cette Ministre » (6). Ce qui pourrait nuire à la qualité des soins de santé (?) voir verbatim en Partim Patients 3.1.1.2 et 3.1.1.6.

➔ **S'inscrire dans une perspective de santé négative, de médicalisation de la vie.** L'ATVD induit l'idée de **maladie**, plutôt que de faire quelque chose de bénéfique (et de préventif) pour sa santé. Des intérêts économiques et commerciaux encouragent probablement cette logique. Aussi, il ne doit pas être utilisé comme un test tout public ou s'il n'y a pas une utilité spécifique. Et ce, d'autant qu'il y a un risque de faux positifs et faux négatifs (comme dans tout test) (14)

Je suis assez critique de ce qui est médicalisation de la vie habituelle. De mettre dans la tête des gens qu'ils peuvent être malades. Parce qu'on présente que c'est pour votre santé. Mais en fait, c'est pour la maladie... ce n'est pas pour la santé. C'est pour essayer de mettre en évidence des maladies. Et tout concourt... je crois qu'il faut mieux et expliquer aux gens... au niveau individuel... au niveau des mesures générales de toute la population comment vivre sainement sans se préoccuper s'ils ont une maladie. Parce que ce qui m'ennuie un peu avec cette approche, c'est que l'on induit dans la psychologie des gens l'idée de la maladie et donc, vous connaissez l'effet placebo. Mais il y a aussi l'effet nocebo. Si la personne se dit : « est-ce que je n'aurais pas ça ? ». Il finira par l'avoir. Donc, là, je pense qu'il faut être très prudent avant de généraliser... Autant je suis d'accord qu'il faut généraliser comment aider les gens à vivre en bonne santé, comment éviter de boire de l'alcool de fumer, de faire des exercices... de toute façon ce sera bon ! L'autre... pour moi cela ouvre la porte à une médicalisation de la vie de tous les jours. Et qui apporte des effets négatifs qu'on a tendance à considérer comme « non ce n'est pas grave. Au moins...On en saura que je n'ai rien ». (...) En plus je pense que derrière... il y a des intérêts commerciaux derrière. Aussi. Économiques et commerciaux. Et donc, c'est cela aussi qui pousse dans un sens. Et pas dans l'autre.(Oscar, PA14)

➔ **Risque d'incompréhension des conditions à respecter pour garantir la validité du test, pour certains patients (11), notamment le délai de trois mois après le rapport à risque, pour le test VIH**

Encore une fois, il y a des gens qui risquent de comprendre que, entre autres, en matière d'autotests, dans le cas de quelqu'un qui a eu un rapport à risque avec quelqu'un. Ce n'est pas dans les jours qui suivent que l'autotest, que ce soit pour celui-là ou que ce soit pour d'autres maladies transmissibles par voie sexuelle, va leur dire "Oui. Il y a quelque chose qui est occupé à se mettre en route". Il faut un délai de latence.(Louis, PA11)

CONCERNANT LES ATVDs POUR LES PATHOLOGIES PLUS SENSIBLES (TELS QUE LE VIH, CHLAMYDIA, ETC.)

➔ **[VIH] Présenter des obstacles à l'accessibilité (6,8).**

Le fait de devoir **demandeur au pharmacien voire l'existence même d'un interlocuteur** lors de l'achat (y compris lors du passage en caisse en grande surface) sont perçus comme des obstacles. Les personnes craignent en effet le regard de l'autre (6,8) et la traçabilité (8)

Mais peut-être qu'ils n'oseraient pas aller en pharmacie l'acheter. (Gretel, PA6)

La pharmacie ? Oui... mais déjà il faut se faire petit. [Parle à voix basse] je voudrais un test...

i: Pas évident, quoi !

Bah oui. (Rires nerveux) Je me vois mal... je n'ai rien et puis tout d'un coup « elle a la Sida » ou « plutôt le HIV ». Mais si je devais acheter cela en pharmacie je ne sais pas comment je demanderai cela. Je vais me faire tout petit, ou je me déguise. C'est un peu la honte mais enfin... c'est mieux chez son généraliste (...)

³³ voir aussi le point 3.1.1.6 pour les éléments relatifs au prix.

i: D'accord. Il y a une idée aussi de la ministre de mettre ces tests en supermarché. Vous en pensez quoi ?

Ben, il faut quand même passer à la caisse.

[Epouse] : Cela le blesse quand ... que les gens regardent comme ça.

Et avec la carte de fidélité c'est vite fait de pouvoir voir le nom. Et il y a des gens qui sont malintentionnés. C'est comme ça, c'est la vie. (Ivan, PA8)

➡ [VIH] Se limiter à une pathologie, alors qu'il est nécessaire de faire un bilan global sur le plan des IST, ce que permet une visite chez le médecin (9)

Mais, je crois que c'est mieux d'aller voir le médecin parce qu'il y a beaucoup d'IST que tu ne peux pas examiner toi-même. Donc, c'est mieux d'aller voir son état de santé... parce qu'il y a des Chlamydia il y a des HPV, il y a beaucoup d'IST, il y a l'herpès et tout. (Janis, PA9)

➡ [VIH] (Risque d') engendrer une situation difficile à gérer sur le plan émotionnel (dénî-10,11, acte désespéré-3,5,17). Particulièrement si la personne le réalise seule et que l'ATVD-VIH est positif. Mais c'est le cas pour toute maladie grave (5,11). Ce dispositif n'assure pas le lien vers une prise en charge médicale (10). Or, il y a aussi un risque de faux positif (11). (voir 3.1.1.4. Conditions d'accompagnement).

Moi je pense qu'émotionnellement être tout seul, faire son test et découvrir qu'on a le VIH, cela doit quand même être « chaud patate ». Il faut quand même avoir un peu de... self control (rires) parce que si l'on sait que cela se guérit etc. c'est quand même un sacré truc qui nous tombe dessus ! (France, PA5)

Je connais une histoire où la personne a dit qu'elle allait aller chez le médecin... Il s'est passé quatre ans pendant lesquels elle n'a pas été chez le médecin et elle était très mal. Beaucoup de maladies. Je sais qu'elle a eu trois maladies qui sont très dangereuses, ici, en Belgique : la tuberculose, la méningite et une autre maladie du foie dont j'ai oublié le nom. Elle était très mal est restée à l'hôpital W 15 jours... après dans un autre hôpital elle est restée un mois et quelque. Maintenant c'est un garçon... si vous le voyez, vous vous dites ce n'est pas lui... il était comme un cadavre, très maigre. Maintenant plus... et le travail, il a repris sa vie normale.

Il ne faut pas penser : « maintenant je vais mourir ». Non. Tu vas mourir si tu ne consultes pas un médecin. (Kirk, PA10)

Pour certaines personnes, ça peut être un véritable coup de massue. (...). Le danger aussi c'est qu'à ce moment-là, la personne qui a fait la démarche de faire l'autotest ne s'enferme en quelque sorte dans le déni. Ça, c'est aussi un risque, comme dans d'autres maladies plus graves. (Louis, PA11)

➡ [VIH] Présenter un coût élevé. Ce qui peut constituer un obstacle pour les jeunes, en tout cas s'il est utilisé dans le cadre d'un suivi en routine.

Pour certains jeunes, ça peut constituer un obstacle. Sortir 30 euros pour un test. Disons qu'on peut le faire une fois mais on ne peut pas le faire de manière répétitive (Louis, PA11).

Les ATVDs sont en outre perçus comme :

➡ Manquant pour certains de pertinence (ex. le Tétanos) (14) ou de sérieux (ex. Intolérance au Gluten) (15)

Ce ne serait pas plus simple de simplement revoir vacciner automatiquement... parce que ça je suis d'accord que certains vaccins sont exagérés mais ça c'est un vaccin qui a tellement d'histoires, depuis tellement longtemps... simplement le tétanos serait vacciné tous les 10 ans. (Oscar, PA14).

➡ Moins « sûr » (fiable) qu'un test chez le médecin ou à l'hôpital (9)

Mais je crois que c'est plus sûr d'aller chez le médecin, à deux, et puis de faire les tests, tout simplement. Au lieu de le faire soi-même, à la maison. Parce que je ne vois pas pourquoi on ne peut pas aller à l'hôpital. (Janis, PA9)

➡ Certains sont plus utiles que d'autres, en fonction de la pathologie (VIH) ou d'un groupe-cible (les infections urinaires pour les dames) (6)

Certains tests sont plus utiles que d'autres, notamment les infections urinaires pour les dames. le VIH pour les jeunes (mais pas uniquement) (Gretel, PA6)

3.1.1.4. CONDITIONS

Certains patients (n=8 ; 4,5,7,9,10,11,14,17) posent des conditions pour que l'utilisation des ATVD puisse être intéressante ou moins délétère. Ces éléments sont repris sans être développés dans la section 5-Suggestions/Propositions.

➡ S'assurer de certaines qualités techniques des ATVDs (4,5,7) : aisés sur le plan de l'utilisation et « fiables »

Les ATVD doivent être « faciles sur le plan de l'utilisation » (4). Ils doivent en outre atteindre un « certain niveau de fiabilité » (5,7). Sur ce dernier critère, il apparaît qu'il s'agit surtout -pour le patient- de savoir à quel point ils sont fiables plus que la fiabilité elle-même (5). Un autre souligne que la fiabilité importe peu dans la mesure où la recherche améliorera celle-ci au fil

du temps. Cet élément est dès lors « accessoire » en regard de l'intérêt de l'ATVD sur le plan de l'autonomie (7) (voir Partim patient 3.1.1.1).

➡ Informer le patient sur certains éléments relatifs aux ATVDs et plus largement, assurer son éducation pour la santé

Le patient doit pouvoir déterminer quand l'ATVD doit être réalisé (14) et quand il est nécessaire de consulter (14,17). Le patient devrait percevoir qu'il est nécessaire de consulter le médecin en cas de doutes, plutôt que de réaliser d'autres tests (14). Il doit aussi pouvoir percevoir dans quelle mesure il est nécessaire de consulter rapidement et dès lors, connaître les pathologies (17).

➡ Consulter, Prendre en charge le problème en cas de tests positifs/préoccupants (5,9-11) ou en cas de doute (11) (cf. l'ATVD n'est qu'une première étape (5,9-11))

Je pense tétanos, allergies et ce genre de choses... intolérance au gluten, on peut le faire et comme ça on sait quoi ! Mais que l'on sache aussi que si on l'a que c'est important que l'on fasse une démarche derrière.(France, PA5)

En ce sens, il serait intéressant de :

➡ [Pour les tests à pronostic lourd (VIH)] Être accompagné lors de la réalisation du test par une personne (10) qui peut gérer « quelqu'un qui risque d'apprendre une mauvaise nouvelle »(5) et assurer le lien avec le suivi (5,10). Il peut s'agir d'un professionnel de soins de santé³⁴ ou une personne de son entourage (5,10).

Pour certains tests je pense que c'est quand même bien qu'il y ait quand même un petit accompagnement ou qu'on soit dans certaines conditions pour se rendre compte des choses vraiment très graves de... de ne pas être tout seul face à ce test.

i: Ce serait quoi « une bonne condition » ?

Je pense que si on peut être avec un médecin ou avec une autre personne (...) peu importe la personne qui va le faire tant qu'elle est compétente pour pouvoir gérer quelqu'un qui va apprendre une mauvaise nouvelle, je pense que ça c'est bien.(France, PA5)

➡ Maintenir le lien avec le médecin (12).

L'autonomie par rapport aux ATVD est perçue comme positive mais l'autonomisme est rejeté.

➡ Accompagner les ATVDs d'un véritable dialogue Patient-Médecin-Pharmacien.

En somme, la bonne relation patient-médecin-pharmacien serait une condition pour que les ATVDs puissent améliorer la qualité de soins. Ils ne généreraient pas une plus-value sur le plan de la relation.

Donc je crois que cette mesure, si on la remet dans un contexte plus global cela doit permettre d'améliorer la qualité des soins si cela s'accompagne d'un véritable dialogue entre les acteurs, les trois acteurs. Sinon, cela ne va rien changer dans le fond sauf créer des situations compliquées, des malentendus éventuels et tout ça.(Oscar, PA14)

Points faibles des ATVDs- Les points faibles sont liés à la relation avec le médecin et **au risque d'autonomisme** (La forme d'« autonomie » extrême dans laquelle, le médecin n'est plus un partenaire. C'est par exemple le cas de l'automédication). Des positionnements plus ou moins affirmés sont observés : les répondants qui craignent l'automédication, soulignent que si l'ATVD donne une première indication, « **cela ne vaut pas un avis médical** ». **D'autres perçoivent que l'ATVD peut mettre à mal la relation patient-médecin** (le médecin est mis de côté). La méfiance vis-à-vis des intentions ministérielles en matière d'économie sur les soins de santé est également évoquée.

Les autres points faibles sont : le coût élevé, la perspective de médicalisation de la vie ou le risque de mésusage lié à l'incompréhension des conditions d'utilisation.

Ici également l'ATVD-VIH dispose d'un statut particulier, quoique certains points soient communs avec les autres ATVDs, à savoir : se limiter à une pathologie (alors qu'un bilan global serait plus judicieux), le coût élevé et le risque lié à l'absence d'accompagnement. C'est dans ce dernier cas, le déni ou l'acte désespéré à suite à un test positif, qui sont évoqués pas la gestion autonome du problème. A noter que ce sont les patients VIH+ qui soulignent le risque de déni alors que les autres craignent un acte désespéré.

³⁴ La présence même d'un professionnel de soins la santé lors de l'obtention d'un résultat (non limité à celui d'un ATVD), n'est toutefois pas toujours perçue comme aidant pour le patient, sur le plan émotionnel. La charge émotionnelle reste la même voire il faut rassurer le professionnel! (1)

Par ailleurs, si l'ATVD a été souligné comme facilitant l'accessibilité, il est aussi mentionné comme ne résolvant pas tous les problèmes d'accessibilité. Le fait même qu'il y ait un interlocuteur lors de l'achat peut constituer un obstacle.

Tableau PA6- Représentations des patients en RBC concernant les points forts et les points faibles des ATVDs

Points forts	Points faibles
➔ Contribue à l'autonomie du patient (faire quelque chose pour sa santé, avoir un accès direct au résultat ; maîtriser l'ensemble du processus, se monitorer). ➔ Assure un confort de réalisation (choix du moment, du lieu), sans devoir aller chez le médecin → accroît l'accessibilité. ➔ Rassure le patient. Permet d'obtenir <u>rapidement</u> une réponse. ➔ Permet d'éviter une consultation (résultat négatif, test réalisé préalablement par le patient), d'en économiser le coût. Permet de désengorger les cabinets médicaux et les urgences. ➔ Permet d'éviter un acte médical invasif ou inutile. ➔ Permet une prise en charge plus adéquate : un diagnostic plus rapide, en « débroussaillant » le terrain pour le médecin ; une identification du type de médecin et de l'urgence, à consulter. ➔ Permet d'amorcer une discussion avec un professionnel de santé. ➔ [Motive les patients à suivre leur traitement lorsque le professionnel n'a pas accès au diagnostic]. La plupart des ATVD sont en outre perçus comme : ➔ Très fiables. Pour l'ATVD VIH Sida : ➔ Oser de franchir le pas : sans devoir demander à un professionnel, anonymat, accessible. ➔ Rassurer le partenaire au début d'une relation. ➔ Rassurer le patient, y compris pour une utilisation en routine. ➔ Eviter d'autres contaminations. ➔ Très simple à réaliser	➔ Risque d'encourager l'automédication ➔ Risque d'incompréhension des conditions à respecter pour garantir la validité du test ➔ Ne vaut pas un avis médical, se limite à un (seul) paramètre de santé ➔ Coût élevé ➔ Risque de mettre à mal la relation médecin-patient (de « mettre de côté » le médecin) ➔ S'inscrit dans une perspective de santé négative, de médicalisation de la vie ➔ Impact délétère sur la qualité et l'accessibilité des soins ? Participent-ils aux intentions de la Ministre de faire des économies sur les soins de santé? Les ATVDs sont en outre perçus comme : ➔ Manquant, pour certains, de pertinence ou de sérieux. ➔ Moins fiables qu'un test chez le médecin ou à l'hôpital. ➔ Utilité variable, de certains, en fonction de la pathologie ou du public cible. Pour l'ATVD VIH Sida : ➔ Présenter des problèmes d'accessibilité (existence d'un interlocuteur et traçabilité de l'achat). ➔ Se limiter à une pathologie (versus un bilan global IST) ➔ [VIH+] Peut engendrer une situation difficile à gérer (acte désespéré, déni-absence de consultation) (><) ➔ Présenter un coût élevé (un obstacle pour une utilisation régulière par les jeunes)
Conditions à une utilisation intéressante ou moins dommageable : ➔ S'assurer de certaines qualités techniques des ATVDs: simple d'utilisation et « fiables » ➔ Informer le patient sur certains éléments relatifs aux ATVDs et plus largement, assurer son éducation pour la santé ➔ Consulter, prendre en charge le problème en cas de tests positifs/préoccupants ou de doute ➔ [Pour les tests à pronostic lourd] Être accompagné lors de la réalisation de l'ATVD par une personne de son entourage ou un professionnel de soins de santé. ➔ Maintenir le lien avec le médecin ➔ Accompagner les ATVDs d'un véritable dialogue Patient-Médecin-Pharmacien.	

Il est largement question ici de la relation au médecin, qu'il s'agisse de pouvoir poser des actes autonomes pour se réapproprier sa santé ou d'éviter l'autonomisme, dans lequel le médecin est « hors-jeu »

Notons qu'il n'existe pas 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 ATVD+, particulièrement le VIH. Quoique dans ce dernier cas, l'aspect de l'accompagnement (y compris par un proche) soit souligné, encore que pas par tous.

3.1.1.5. REPRÉSENTATIONS RELATIVES À LA FIABILITÉ

Taux de réponse : 15 sur 17 (pas de réponse : 1,13-confusion avec campagne de dépistage)

Les patients étaient invités à se prononcer sur la fiabilité des ATVDs. Les éléments repris ci-après sont l'appréciation donnée par le répondant suivi de commentaires apportés par celui-ci pour nuancer ou pour argumenter son choix.

Six patients ne savent pas si les ATVDs sont fiables ou non (quoique pour 4 d'entre eux les ATVDs ne sont pas fiables à 100%, ce qui les rapprochent de la catégorie suivante). Quatre patients pensent qu'ils sont plutôt fiables (mais pas à 100%). Quatre pensent qu'ils sont (très) fiables. Un dernier précisera que la fiabilité dépend de la nature du prélèvement effectué.

➡ **Six patients rapportent ne pas/plus savoir si les ATVDs sont fiables ou non (5,7,9,15,16,17)**

Quatre d'entre eux partagent toutefois l'idée avec le groupe suivant que, à l'instar d'autres mesures, les ATVDs ne sont probablement pas fiables à 100% et que le risque zéro n'existe pas (7,15,16,17). Le fait que les ATVDs soient « nécessairement » validés et vendus en pharmacie laisse penser que la fiabilité est bonne (15). Le risque de faux négatifs est jugé problématique (15,16) ([voir plus loin](#)).

Une patiente (5) précise s'interroger sur la fiabilité des ATVDs suite à une émission télévisée³⁵ au cours de laquelle, les ATVD ont été décrits comme « pas vraiment fiables » (5). Une autre patiente précise qu'elle ne connaît pas la fiabilité des ATVDs actuellement, mais qu'elle s'informerait si elle pensait en utiliser un (15).

Les avis sont partagés sur les points suivants :

- *L'influence sur la fiabilité de l'ATVD, de sa réalisation par le patient.* Les uns pensent que cela n'a pas d'incidence sur la fiabilité (5³⁶,9), les autres que cela n'aura d'incidence que si la personne ne respecte pas les instructions (Or, tous ne les respecteront pas, précise le répondant) (15).
- *La fiabilité différentielle en regard des tests de laboratoire.* Les tests de laboratoire peuvent être perçus comme plus fiables (5). Leur fiabilité relative peut aussi être inconnue (17). Les tests de laboratoire sont eux-mêmes perçus comme n'étant « pas tout à fait fiables » (17).
- *La nécessité pour les ATVDs d'être fiables pour être intéressants:* une patiente subordonne l'intérêt des ATVDs à une certaine fiabilité (5,15) ou du moins à ce que le patient soit informé de cette fiabilité (5) ; une autre défend l'idée que la fiabilité actuelle importe peu au final. En effet, celle-ci devrait est améliorée au fil du temps grâce à la recherche. Ce qui importe c'est dès lors l'autonomie que 'ATVD confère au patient (7).

Mais, en fait ce n'est pas tellement important [la fiabilité]. Pourquoi ? Parce que déjà qu'il y a déjà c'était cela et qu'il y a cette mentalité. Après un temps avec la recherche, ils vont plus d'affiner de toute façon ! Donc, je soutiens cela à 100 %. (Hélène, PA7).

Enfin, Les ATVDs vendus par Internet sont perçus comme moins fiables (17).

En somme, la vision de la fiabilité est ,pour une partie des répondants, assez similaire au groupe qui suit « fiables mais pas tout à fait ». Il semblerait toutefois que dans ce groupe, le degré de confiance dans la réponse à donner soit, plus faible, dans ce groupe. Les personnes « préfèrent » dire qu'elles ne savent pas.

³⁵ Il s'agit de la même émission télévisée auquel le patient 8 fera allusion ci-après.

³⁶ Parce que les ATVDs sont simples (5)

➡ **Quatre patients (2,4,8³⁷,14) pensent que les ATVDs sont plutôt fiables mais pas à 100%, pas « tout-à-fait » fiables.** Le risque de faux positifs est souligné (4).

Surtout que pas mal de ces tests ne sont pas tout à fait fiables. J'imagine que c'est écrit dans la notice. Je suis sûre que c'est écrit. Ils ne sont pas toujours fiables. Il faut en faire deux ou trois ou quatre de suite pour être sûr. (Chloé, PA2)

Cette perception peut soit provenir d'une émission télévisée ayant présenté les ATVDs comme peu fiables (8) soit être lié au principe général selon lequel « dans tout test, il y a toujours des faux positifs et des faux négatifs » (14). Le répondant précise espérer 95% de sensibilité et spécificité. Il espère aussi que les analyses ont été réalisées sur base de suffisamment de données (14).

Le professionnel est perçu comme étant plus à même de réaliser le test que le patient parce la charge émotionnelle est moindre (8). Toutefois, les ATVDs auraient possiblement été optimisés pour diminuer les risques que le patient se trompe (4).

*i: Et le fait que le patient fasse le test lui-même cela donnera le même résultat que c'est un professionnel qui le fait ?
Moi, je pense que le professionnel est plus adapté, parce qu'il est professionnel. Moi, je n'ai pas le HIV, on me dit : voilà quand il est bleu c'est bon. Quand c'est vert ou rouge, ce n'est pas bon. Tu te piques trop dans ton doigt, tu as déjà ton test qui est tout mouillé. Plein de sang ! « Ah c'est rouge ! ». Mais oui. Parce qu'il panique ! (Ivan, PA8)*

Enfin, les tests de laboratoires sont perçus comme plus fiables (quoique ces derniers le soient aussi incomplètement (2)

Tandis que quand vous allez faire en laboratoire, je ne sais pas, ce n'est pas exactement les mêmes produits qu'ils emploient. Je ne sais pas comment ils font.

i : Les tests en labo, ils vous semblent toujours fiables ?

Oui. Encore que là aussi... C'est vrai. Là aussi parfois...

I : En tout cas, ils vous semblent plus fiables que ceux-là ?

Oui. Oui (Chloé, PA2)

➡ **Dans le même ordre d'idée, un patient (10) mentionne que certains tests sont plus fiables que d'autres, en fonction de la nature du prélèvement visant à réaliser le test.**

Le sang est perçu comme étant une source plus fiable que la salive, en ce qui concerne le VIH³⁸. (10). L'idée que le sang est une source plus fiable est également rapportée par une patiente et ce pour l'ensemble des tests (15), qui rapportait ne pas savoir les ATVDs étaient fiables)

[VIH] Avec la salive on a le résultat en 10 minutes. Mais je ne sais pas par sécurité je pense qu'il faut que je fasse encore (plutôt) le test avec une prise de sang.

i: Donc, vous n'êtes pas sûr que c'est sérieux comme test. Pas à 100 %.

Je pense que ce n'est pas bon. (...)

i : D'accord. Donc, les tests, VIH avec la salive on avait dit ce n'est peut-être pas très sérieux. Ici le test pour voir si on a le VIH c'est avec une goutte de sang est-ce que vous pensez que c'est sérieux ou pas ?

Oui. Parce que la base, c'est le sang. (...)

C'est comme la tuberculose si vous faites le test avec la peau. Ce n'est pas 100 %.

i: Il faut avec le sang pour y arriver ?

Oui. Oui. Je pense que le VIH la même chose. (Kirk, PA10)

➡ **Enfin, Quatre patients pensent que les ATVDs sont fiables (3,6,12) voire très fiables (11).**

Cette perception lorsqu'elle est argumentée repose sur le fait que les ATVDs ont été mis sur le marché. L'ATVD est perçu comme étant aussi fiable qu'un test de labo et le fait que le patient le réalise n'influence pas la fiabilité. Du moins, si cela a été bien expliqué au patient (6). Le fait de ne pas en avoir utilisé, de ne pas en avoir fait l'expérience pratique, semble lié à un degré de confiance plus faible quant à la réponse à donner concernant la fiabilité (3,12). Un patient (12) précise ne pouvoir confirmer ce qu'il pense sur le plan de la fiabilité parce que n'en ayant pas utilisé. A l'inverse, une patiente (3) ne s'exprime que sur la fiabilité de l'ATVD (infections urinaires) qu'elle a utilisé

Je pense. Parce que je ne sais pas, je ne peux pas vraiment confirmer. Je n'ai jamais utilisé ce test et je ne sais pas comment ils fonctionnent. (Marius, PA12)

Penser qu'un ATVD est très fiable, ne signifie pas que la personne pense qu'ils sont fiables à 100%. L'un d'eux mentionne l'existence de faux positifs pour le VIH Sida (11).

³⁷ Un seul patient ne se prononce que concernant un seul test, le ATVD-VIH. (8)

³⁸ Les ATVDs-VIH salivaires ne sont pas commercialisés en Belgique. La personne mentionne qu'elle parle de tests commercialisés aux USA.

➡ **Aucun patient pense que les ATVDs ne sont pas (du tout) fiables.**

% DE FIABILITÉ, FAUX POSITIFS/NÉGATIFS & INFLUENCE DE LA RÉALISATION PAR LE PATIENT

Les argumentaires et nuances ne sont pas le fait de l'ensemble des répondants. Seuls certains se prononcent. Aussi, il nous est apparu intéressant de proposer en complément le relevé de ce que les patients pensent d'une fiabilité à 100%, de l'évocation de faux positif/négatif ainsi que de l'influence sur la fiabilité de sa réalisation par le patient.

➡ **Dix patients (4,15) mentionnent que les ATVDs, comme les autres tests, ne présentent pas une fiabilité de 100%.** Huit d'entre eux étaient professionnels de soins de santé (7,14), parent d'un professionnel (2,16,17), ou encore actif dans une association pour la prévention du VIH (8,10,11).

➡ **Le risque de faux-positifs/négatifs est évoqué chez cinq d'entre eux.**

- Un évoque à la fois les faux positifs et les faux négatifs. Il souligne la nécessité de ne pas généraliser les ATVDs à un public tout venant (14)
- Deux (4,11) évoquent le risque de faux positifs. Le premier n'emploie toutefois pas le terme de « faux positifs ». Le second évoque le risque de prostration suite à un résultat positif qui amènerait à ne pas consulter.
- Les deux derniers (15,16) mentionnent le risque de faux négatifs, qui amène le patient à être faussement rassuré (15), à reporter la consultation et dès lors la prise en charge avec le risque d'être potentiellement contaminant (dans le cas du VIH) (16).

➡ **Six évoquent la possible influence de la réalisation du test par le patient sur la fiabilité du test :** un (8) souligne l'impact négatif émotionnel sur la réalisation du test ; deux soulignent un impact conditionné au suivi des instructions (15) et à l'existence d'explication (6) ; deux font mention d'une fiabilité semblable (5,9). Deux mentionnent que les ATVDs ont dû être pensés de sorte à éviter que les personnes ne se trompent (4) ou encore, qu'ils sont simples (d'utilisation) et que dès lors, le patient peut les réaliser sans que cela n'affecte la fiabilité (5).

Fiabilité des ATVDs- La perception de la fiabilité est assez nuancée. Ils donnent alors leur appréciation des ATVDs sur ce principe que « **aucun test n'est fiable à 100%** ». Au-delà de leur appréciation de la fiabilité, dix patients mentionnent que les ATVDs, comme les autres tests, ne sont « **probablement pas tout-à-fait fiables** ». Cela semble lié au fait notre échantillon soit composé en partie d'un public averti en matière de santé.

Une partie des patients préfère toutefois ne pas se prononcer sur la fiabilité des ATVDs. Aucun patient n'estime toutefois que les ATVDs ne sont (pas du tout) fiables.

3.1.1.6. REPRÉSENTATIONS DE LA VENTE DES ATVD EN « GRANDES SURFACES »

Taux de réponse : 16 sur 17 (pas de réponse de : 2)

Cette disposition (Décision de la Ministre De Block) est intervenue en cours de recueil des données. Il était prévu que les ATVDs soient (ultérieurement) disponibles en grande surface. Si la situation n'était pas effective lors du recueil de données, il est néanmoins paru intéressant de recueillir la perception et les éventuelles représentations des patients à ce propos. Ce type d'enjeu pouvant être notamment un indicateur du rôle perçu du pharmacien, sur le plan du conseil.

➡ **Six patients se disent (plutôt) défavorables à la commercialisation des ATVDs en grande surface (4,5,13,15,16,17)**

Les raisons avancées sont l'association du lieu et du produit qui « dessert » le produit (4,5,13,15,16) ; un effet négatif pour le patient (5,15) ; la mise à l'écart du médecin (4,13,15) et celle du pharmacien (13,17). Le rôle de ce dernier est alors souligné dans l'information permettant de prévenir une utilisation délétère chez le patient.

Leur commercialisation en grande surface induirait l'idée de « banalisation », de « manque de sérieux » pour « quelque chose à ne pas prendre à la légère ». Elle décrédibiliserait le produit (4,5,16). Par ailleurs, le mélange « alimentation » et « médicament » ne plait pas (13). Il y aurait « inadéquation des segments de marché » (16).

J'ai encore une petite question, les autotests disponibles en supermarché plutôt qu'en pharmacie, ça vous inspire quoi ?

Ouffff... Non ! C'est quand même un geste médical, je trouve. C'est un geste médical, sinon c'est comme une banalisation. Non. Non, non, même pas en parapharmacie. Ça doit quand même être quelque chose de médical et donc, il ne faut pas prendre à la légère. Et donc, je crois quand on peut acheter des trucs comme ça au GB, ben c'est vraiment banalisé et donc, ça n'a plus ce côté sérieux.(Eglantine, PA4)

Je trouve qu'il faut quand même que l'on se rende compte qu'on ne fait pas un test comme on achète un biscuit.(France, PA5)

Cette commercialisation renforcerait en outre les suspicions sur le fait que les ATVDs participent à la stratégie ministérielle d'économies sur les dépenses de soins de santé (15) et sur l'influence des lobbys de l'industrie pharmaceutique (15). Les ATVDs permettraient de reporter les coûts habituellement pris en charge par la sécurité sociale sur les patients (notamment en faisant l'impasse sur les consultations médicales). Les firmes et lobbys pharmaceutiques sortiraient alors gagnants de cette commercialisation (15). Un positionnement de principe, contre des « médicaments sans médecin » est également avancé (13).

Cela confirmerait peut-être quelque part ce que je penserais de ces tests. C'est qu'il y a un côté marketing.

On sait bien qu'il y a les lobbys derrière. Je ne sais pas quel serait l'objectif de cette mesure. Hormis le fait que les firmes qui font ça seraient gagnantes puisque ce serait en accès libre et que n'importe qui pourrait les acheter. Mais pour la santé publique, ces tests sont réalisés par des médecins. Donc, c'est là où je me pose des questions.(Philae, PA15)

Au **niveau du patient**, la vente en grande surface risquerait d'encourager la surconsommation (d'ATVDs) (5,13) et d'encourager l'automédication inappropriée (15). L'impossibilité d'obtenir de l'information dans ce cadre est soulignée (5,13,17). L'acteur censé pourvoir cette information et le contenu de celle-ci est parfois précisé (13,17), parfois non-précisé (5). Par contraste, le **pharmacien** pourrait fournir une information pour pallier le manque d'information (13) ou de compétences (17) du patient, permettant ainsi de limiter la surconsommation d'ATVDs (13) ou encore, susciter le dialogue, inviter les personnes à venir le revoir et communiquer ce qu'il y a lieu de faire en fonction du résultat du test. (17)

i: Donc, le fait que ce serait disponible comme cela, cela donne l'impression que l'on peut en acheter un peu...

Oui. Qu'à la limite vous le faites toutes les semaines. C'est un peu comme le tensiomètre. Mes parents ils ont ça, et c'est le truc tous les matins, on prend sa tension (rires). Je ne vois pas trop l'intérêt en fait de faire cela.

i: Donc, cela crée une demande qui n'est pas utile ?

Oui. (France, PA5)

Je pense qu'il faut quand même quelque part avoir ce dialogue ...avec le pharmacien. Voilà. C'est lié à la santé. Les gens n'ont pas suffisamment de compétences. Et donc, je pense que c'est quand même intéressant déjà d'avoir quelqu'un quand on a fait le test et qu'on n'est pas sûr de pouvoir aller lui montrer et de lui demander : « qu'est-ce que vous en pensez ? » Des choses comme ça. Moi, je ne mettrai pas cela dans une grande surface.

Quelqu'un qui a une déficience en fer... et puis ?

I : Donc qu'il puisse y avoir un professionnel qui soit disponible rapidement pour pouvoir en discuter...

De lui dire : « oui mais ce n'est pas significatif » ou « oulala, il faudrait consulter ! » (Susie, PA17)

➡ **Trois patients se disent (plutôt) favorables à ce type de commercialisation (1,9,14)**

La principale raison invoquée est d'accroître leur accessibilité (1,9,14), dans une logique de santé publique (1,14). Or, le pharmacien (1,14) et le manque de confidentialité en officine, la difficulté de parler d'éventuels problèmes de santé devant le voisinage (1), peuvent rester des barrières. Par ailleurs, que ce soit commercialisé en officine ou en grande surface, cela ne changerait pas le fait que cela reste sous la responsabilité du patient (14).

Si je prends... si j'assimile avec les préservatifs. Ce serait mieux ! Parce qu'il est évident qu'il y a encore toute une catégorie de gens qui n'iront pas en pharmacie, qu'ils l'achèteront en magasin.

i: Oui, donc pour l'accessibilité...

Ce n'est peut-être pas le rayon central dans un supermarché. Mais, bon dans un but de santé publique... il y a peut-être même des gens qui vont passer devant et qui vont se dire « je ferais bien de faire le test » qu'en pharmacie... (Adèle, PA1)

➡ **Deux patients (7,10) y sont actuellement défavorables, mais pourraient y devenir favorables dans le futur**, en fonction du niveau d'éducation santé de la population, d'une part (7) et de l'accessibilité, d'autre part (10).

Actuellement la population n'est pas éduquée en matière de santé, elle n'aura pas cette information en grande surface. Dès lors, les explications du pharmacien seraient nécessaires pour éviter que la personne achète n'importe quoi, se fasse du souci inutilement ou surconsomme. Toutefois, dans le futur, quand la population sera éduquée, les ATVDs devraient être disponibles partout (7).

À la pharmacie c'est bien et la raison pourquoi c'est parce que justement le pharmacien va donner les explications dont il a besoin. Parce que disons la personne va l'acheter dans un supermarché, il risque de ne pas savoir d'acheter n'importe quoi d'abord, et trop aussi. De se faire du souci pour rien, à cause du manque d'éducation en fait. Mais cela, en fait, ... (silence) en fait la réponse est oui et non. Oui, pour le moment, dans les pharmacies. Mais dans le futur c'est supposé être acheté un peu partout tant que les personnes sont bien éduquées. Mais on est censé éduquer la population normalement.(Hélène, PA7)

Par ailleurs, il existe actuellement suffisamment de pharmacies pour garantir l'accessibilité des ATVDs. Aussi, maintenir leur vente en pharmacie est préférable afin d'éviter de réunir dans un même lieu des produits alimentaires et d'autres produits. Toutefois, s'il devait y avoir moins de pharmacies dans le futur, cela pourrait devenir intéressant. (10)

➡ Trois patients estiment que ce type de commercialisation n'induit pas de différence (3, 8,12)

Les raisons invoquées sont différentes pour chacun d'entre eux : l'absence d'attentes vis-à-vis du pharmacien perçu comme un vendeur (3) ; La honte, le regard de l'autre et le risque de traçabilité présents dans la grande distribution comme en pharmacie, (8-VIH, *verbatim en Partim Patients*3.1.1.3) ou encore, le fait que cette situation encouragera que le comportement habituel de la personne, à savoir soit prendre soin de sa santé et faire un test (ce qui est positif), soit s'automédiquer (ce qui est négatif) (12).

➡ Les deux derniers n'ont pas d'opinion tranchée (6, 11). Ils y sont favorables sous certains aspects et défavorables sous d'autres.

Une commercialisation en grande surface permet d'accroître l'accessibilité des ATVDs (6,11), particulièrement en zone rurale où les personnes se connaissent, le demander est alors mal aisé (11-VIH). En revanche, les intentions ministérielles en regard des ATVDs suscitent la méfiance (s'agit-il de faire des économies en matière de santé ?). En outre, cette commercialisation risquerait d'encourager la surconsommation (6) et ne permet pas à la personne de disposer d'information (11-tous). Enfin, le nombre d'officines en milieu urbain, particulièrement à Bruxelles, est considéré comme suffisamment élevé pour assurer leur l'accessibilité. Une commercialisation via la grande distribution en vue de garantir une plus grande accessibilité ne se justifie dès lors pas (11).

ATVDs en grandes surfaces- Le positionnement en regard d'une telle commercialisation des ATVDs est assez contrasté (en faveur, en défaveur, en évolution vers une appréciation plus favorable, l'absence de différence ou encore l'absence d'opinion tranchée). L'analyse ne fait pas apparaître de lien entre le positionnement en faveur/défaveur des ATVDs et le positionnement en regard de sa commercialisation en grande surface.

Différents éléments sont transversaux à différents positionnements. La commercialisation en grande surface présente l'avantage d'accroître l'accessibilité socioculturelle (cf. il s'agirait de lever les barrières d'ordre psychologique dans une Région comme celle de Bruxelles Capitale qui dispose de suffisamment d'officines pour en garantir l'accessibilité géographique). Elle présente le désavantage de ne pas disposer d'un interlocuteur auprès duquel obtenir de l'information. L'association de produits alimentaires et de dispositifs médicaux dans un même espace ne rencontrent pas l'adhésion des patients. Enfin, les intentions ministérielles au travers de cette commercialisation incitent à la méfiance.

3.1.1.7. PERCEPTIONS & REPRÉSENTATIONS RELATIVES AU PRIX

Taux de réponse : 11 sur 17 (pas de réponse :1,2,8,9,13,16)

Cette catégorie est émergente. Elle est évoquée spontanément par de nombreux « patients »-citoyens. Trois positionnements peuvent être relevés.

➡ Des coûts absolu et relatif considérés comme élevés.

Le coût absolu est considéré comme un frein, un point faible (3,7,15,17)

Je lui [au Pharmacien] dis : « mais non je voulais savoir le nom et le prix parce que je trouvais que c'était quand même vraiment très cher ». C'était 13,20 € pour deux tiges est alors que... mais je trouve cela super pratique par contre. Donc, cela évite une visite chez le médecin, sauf que c'est parce que j'avais le médicament à la maison évidemment. (Dina, PA3)

Les personnes réfléchissent également en coût relatif, par comparaison avec celui d'une visite chez le médecin (15,16,17) ou avec une analyse en labo (12,16). Elles pensent alors qu'un ATVD est aussi coûteux qu'une consultation (15, prix estimé entre 10 et 30 euros) ou encore que le prix soit élevé, « comme tout ce qui est en vente libre » et ce, précisément parce qu'il n'y a pas de suivi (17, prix estimé entre 15 et 20 euros).

*Le prix, ça dépend... vous allez arriver avec le prix normal... le prix au labo. Il faut voir. Si c'est 80. Je suppose aussi que c'est 80 mais si vous mettez 100. Qu'est-ce qui va ? Personne. Mais si c'est 80 au labo, vous mettez 60 c'est 20 moins. Avec le monde actuel c'est comme ça. i: D'accord. Donc pour vous cela doit coûter moins cher qu'un test en labo c'est ça ?
Oui, oui.*

*i: Et les prix vous avaient une idée, une fourchette de prix ou vous n'avez pas d'idée ?
Je n'ai pas d'idée je n'ai pas d'idée. (Marius, PA12)*

Qu'il s'agisse de coût absolu ou de coût relatif, le coût, jugé élevé, donne lieu à des **Suggestions/Propositions**. Ainsi, l'ATVD devrait avoir un coût inférieur à la procédure classique (une consultation médicale et une analyse en laboratoire) (12,16), l'idée étant que le patient « doit pouvoir y gagner quelque chose » (12-prix souhaité inférieur à 10 euros). Une intervention de la mutuelle pourrait également permettre d'en alléger le coût (7).

D'autres personnes nuancent toutefois :

➔ Soit que le coût est considéré comme secondaire, en regard de l'importance d'obtenir rapidement une information en matière de santé (5).

Après, je pense qu'en termes de santé, on est parfois prêt à mettre le prix si on a l'info. Je pense que si on vient de se blesser et que l'on pense qu'on a le tétanos, je pense qu'on est prêt à payer même 50 € pour faire le test pour savoir de suite (France, PA5).

➔ Soit que les prix seront progressivement revus à la baisse au fur et à mesure de leur commercialisation (4)

Parce qu'au début je suppose que ce sera plus cher que...

I : ... que par la suite ça va diminuer au niveau du prix ?

Ah, ça devrait normalement.

I : Oui, oui, oui. Quand les coûts sont soit amortis, vous voulez dire ?

Oui. Au début, ça va coûter cher. Puis bon, au plus on en vend... Maintenant, je me demande s'il y a beaucoup de gens qui vont prendre ça. Il y a des kamikazes comme moi mais (Rires) (Eglantine, PA4)

➔ Enfin, les derniers, n'ont pas d'idée du prix (6,11,12).

Concernant spécifiquement l'ATVD VIH-Sida,

➔ Le prix est considéré comme un obstacle (11,14 ; Prix : 30 euros) pour une utilisation régulière chez les jeunes (11). Sur le plan des Suggestions/Propositions le remboursement par une mutualité n'est pas considéré comme étant une solution, soit parce que les jeunes sont inscrits sur la mutualité sur leurs parents (et que dès lors cela constituera un obstacle) (11), soit parce que la prescription serait alors exigée, ce qui constitue un changement de logique³⁹, à moins que le remboursement ne se base sur le ticket d'achat (11).

Le problème c'est que si on met un remboursement on va devoir mettre une ordonnance. Parce que cela marche comme ça en Belgique. Il n'y a pas remboursement sans ordonnance. Et on change logique. Ou alors il faudrait que l'on accepte que la simple facture est suffisante pour rembourser. Cela. Je ne sais pas s'ils sont prêts à faire ce saut-là. Ce serait comme cela parce que sinon on retombe dans l'autre logique. Mais si on veut le rendre accessible je crois qu'il faut le rembourser au moins en partie (Oscar, PA14)

➔ D'autres, n'ont d'idées du prix mais soulignent que les dépistages peuvent être réalisés gratuitement auprès des associations (et remboursés par les mutualités).

i: D'accord. Par rapport au prix des tests de dépistage... vous avez une idée du prix que c'est combien ça coûte ?

Si vous avez envie de payer... c'est possible de payer mais ici normalement c'est tout gratuit.

i: Par l'association ?

Par l'association et par la mutuelle aussi. La mutuelle tu ne paies pas beaucoup. Je pense qu'avec la mutuelle doit payer cinq euros, plus ou moins.

i: Mais ceux-là et ne sont pas remboursés par la mutuelle en ce moment. C'est chez le pharmacien mais ne sont pas remboursés.

Je ne sais pas combien ça coûte 15,20,30 € ? Je ne sais pas...(Kirk, PA10)

3.2. REPRÉSENTATIONS DE L'UTILISATEUR D'ATVD

Lors des entretiens avec les médecins⁴⁰, il a été question de 4 profils de patients d'utilisateurs d'ATVD (Tableau PA7) : l'utilisateur « cible », l'utilisateur « redouté », l'utilisateur-type et le non-utilisateur-type. Afin de faciliter la mise en perspective des tendances des différents groupes, nous avons repris les mêmes subdivisions pour l'analyse des données en provenance des patients eux-mêmes quoique, certains profils soient relativement peu ou pas développés.

³⁹ Le médecin serait réintroduit dans la procédure et ce, dès le départ.

⁴⁰ Les entretiens des médecins ont commencé quelques mois avant ceux des deux autres groupes de répondants.

Il peut exister une redondance partielle avec des éléments évoqués sous d'autres rubriques. Chaque catégorie n'est pas illustrée par un verbatim dans la mesure où celui-ci a déjà été cité précédemment.

Un tableau récapitulatif des différents profils d'utilisateur peut être consulté à la fin du point 3.2.

3.2.1. L'UTILISATEUR « CIBLE »

L'utilisateur « cible » est celui pour lequel, l'ATVD aurait été conçu, d'après le patient.

- ➔ **La personne qui ne consulte pas, qui ne bénéficie pas d'un suivi médical** (9,15)
- ➔ **La personne qui souhaite une réponse rapide** (15)
- ➔ **Un patient éduqué (sur le plan de la santé), en mesure de déterminer s'il y a lieu de consulter (en fonction du résultat).**

Je dirais que cela demande une éducation aussi de la part des personnes qui l'utilisent et de se dire que c'est juste un outil pour donner une piste mais que ce n'est pas quelque chose... je suppose que quelqu'un qui constate qu'il n'est plus du tout couvert par le tétanos et qui s'est coupé dans son jardin en travaillant la terre, il aura le réflexe instantané d'aller se faire faire un rappel. Mais c'est une hypothèse. Pour le même prix, il va dire : « ah bon ça va ! ». (Susie, PA17)

- ➔ **Idéalement, des patients qui présentent des signes** (ex. infections urinaires), **un risque** (ex. le tétanos suite à une blessure, le VIH suite à un rapport à risque non-protégé) pas les patients tout venants et ce, afin d'optimiser l'utilisation du test. Il existe de fait toujours des faux positifs et des faux négatifs (14).

3.2.2. L'UTILISATEUR « REDOUTÉ »

L'utilisateur « redouté » est la personne que le médecin ne souhaiterait pas voir utiliser l'ATVD. Celle pour laquelle, l'ATVD n'est pas destiné.

- ➔ **La personne qui panique** qui dès lors ne sera pas à même de réaliser correctement le test (9)

On me dit : voilà quand il est bleu c'est bon. Quand c'est vert ou rouge, ce n'est pas bon. Tu te piques trop dans ton doigt, tu as déjà ton test qui est tout mouillé. Plein de sang ! « Ah c'est rouge ! ». Mais oui. Parce qu'il panique ! (Rires).

I : Oui. Oui je comprends.

Il faut voir dans quel état psychologique ils sont les gens (rires). Parce qu'une personne n'est pas l'autre. (Ivan, PA8)

3.2.3. L'UTILISATEUR-TYPE

L'utilisateur-type est la personne qui typiquement se tournerait vers l'ATVD, selon le répondant.

- ➔ **Le patient qui n'entretient pas de relation de confiance avec un médecin** (9,15)

Si certains patients ne consultent pas de médecins⁴¹, d'autres sont perçus comme bénéficiant d'un accès limité au médecin non pas parce qu'il ne consulte pas mais parce qu'il n'ose pas parler de certains problèmes de santé avec « son » médecin (9) ou qu'il n'entretient pas une relation de confiance avec lui/elle (15). Toutefois, dans ce dernier cas, le répondant (15) souligne que la réalisation d'un ATVD risque de conforter la personne dans la méfiance, surtout en cas de non-concordance entre le résultat à l'ATVD et celui du médecin. Cette tendance irait en outre dans le sens de la tendance actuelle qui consiste à s'automédiquer.

- ➔ **Une personne plutôt diplômée** (au minimum de l'enseignement secondaire) **et plutôt aisée** (14)

Ces caractéristiques correspondraient au public qui connaît l'existence des ATVDs (14)

Un profil le plus exhaustif est dressé pour les Utilisateurs-types d'ATVDs-MST ou -VIH :

- ➔ **[VIH] N(eutre) La personne qui souhaite préserver son anonymat** (11), **qui n'ose pas consulter un médecin, qui préfère le faire seul** (10,11) **ou plus largement, qui ne souhaite pas en parler à quelqu'un d'autre**, médecin ou proche (2, 15). Cette attitude est appréciée diversement par les répondants : la compréhension du fait de la stigmatisation dans certaines

⁴¹ Mentionnés au point 3.2.1. Utilisateur-cible

communautés (11-voir sous « population migrante »), l'incompréhension voire l'opposition au fait de cacher ce type d'information (au médecin ou au partenaire) (2-VIH et Chlamydia)

Des gens ne voudraient pas aller chez le médecin, qu'il le sache. Pas devoir le dire à leur partenaire ou je ne sais pas trop quoi peut-être alors. C'est quoi ça? Un monde où on se cache des trucs... il faut être il faut informer. Donc, non. Je trouverais ça... mais je sais que, j'entends. Je n'ai pas la télé, moi. J'ai mon pc bien sûr, je n'ai pas la télé, j'ai la radio que j'écoute toute la journée et toutes sortes d'émissions intéressantes. Et on entend des trucs, je suis la première étonnée. (Chloé, PA2)

Différentes catégories de population sont en outre citées comme des utilisateurs-types de l'ATVD-VIH

➔ N. Les jeunes (6,8,9), mais pas uniquement (6), les jeunes sont cités parce qu'ils n'aiment pas aller à l'hôpital (9) ou qu'il s'agit de populations touchées par le VIH-Sida (6) ou encore que, certains qui sortent et prennent des risques (8)

C'est ça ! Le sida, peut-être. Peut-être que certains... je vais dire des jeunes. Mais bon, il n'y a pas que chez les jeunes, le sida.(Gretel, PA6)

Peut-être pour les jeunes, je crois, les jeunes ils n'aiment pas d'aller à l'hôpital. Ça, c'est surtout pour les jeunes.(Janis, PA9)

En tout cas, ce n'est pas mal. Pour les étudiants, ceux qui sortent, et qui sont imprudents. (Ivan, PA8)

➔ ☺. Une personne qui vit une situation familiale qualifiée de « bizarre », pour se faire une première idée et anticiper la suite (1)

➔ Une personne qui a des **relations sexuelles à haut risque**. Ce public réalisera toutefois l'ATVD, en routine. (11)

➔ La **population migrante** qui ne connaît pas la structure des centres spécialisés de dépistage, du fait de la méconnaissance de la langue (et pour laquelle l'ATVD offre une opportunité de savoir sans craindre le rejet de la communauté).(11)

3.2.4. LE « NON-UTILISATEUR »-TYPE

Le « non-utilisateur »-type est la personne qui n'utilisera pas l'ATVD, selon le répondant.

➔ Le patient qui bénéficie un suivi médical régulier, sous -entendu, avec des liens de confiance.

Lorsque le patient consulte régulièrement les contrôles nécessaires seront réalisés dans le cadre d'un bilan annuel (15). La patiente précisera que c'est son cas. Si un répondant mentionne formellement cette catégorie, nombre d'entre eux se sentent peu concernés par les ATVDs pour eux-mêmes du fait qu'ils s'inscrivent dans un suivi médical régulier⁴². Ces patients constituent une partie de « non-utilisateur »-type.

Tableau PA7. Représentations du type d'utilisateur d'ATVD, selon les patients

Utilisateur « cible »	Utilisateur « redouté »
➔ La personne qui ne consulte pas de médecin. ➔ La personne qui souhaite une réponse rapide. ➔ Le patient éduqué (en matière de santé), qui pourra déterminer s'il y a lieu de consulter. ➔ Idéalement, celui qui présente un risque ou des signes.	➔ La personne qui panique (=> ne peut réaliser correctement le test).
Utilisateur-type	Non-Utilisateur type
➔ Le patient qui n'a pas de relations de confiance, qui n'ose pas parler de certains problèmes avec le médecin. ➔ Une personne diplômée, plutôt aisée (=> connaissance de l'existence des autotests). L'utilisateur-type du ATVD-VIH et MST : ➔ Une personne qui n'ose pas en parler au médecin voire qui n'ose pas en parler à quiconque ; les jeunes ; quelqu'un dans une situation familiale ; une personne qui a des relations sexuelles à haut risque (utilisation en routine) ; la population migrante.	➔ Le patient qui bénéficie d'un suivi médical régulier, avec des liens de confiance. [Soit une partie des répondants].

⁴² voir l'introduction du point PA 3.1.1.1

4 - CHANGEMENTS PERÇUS DANS LA RELATION PATIENT-MÉDECIN-PHARMACIEN

Deux types d'analyses des changements induits par les ATVDs sur les relations du patient avec les médecins et les pharmaciens étaient prévues: les **changements perçus par les patients**, d'une part ; une **comparaison entre les pratiques habituelles avec une pratique avec un ATVD**, d'autre part.

Toutefois, en raison du faible nombre des personnes ayant eu recours à un autotest (2 sur 17 ; 3,14), seule la perception de ce que les ATVDs pourraient introduire comme changements sur le plan de la relation sera présentée ci-après.

Les différents types de changements perçus par les patients seront présentés selon la séquence suivante : les changements perçus globalement, les changements sur le plan des rôles, les changements sur le plan des relations ainsi que les changements tels que perçus par les médecins, les pharmaciens et les autres patients (selon le patient)

4.0. CHANGEMENTS PRINCIPAUX PERÇUS SUR LE PLAN DE LA RELATION.

Taux de réponse : 16 sur 17 (pas de réponse de :13-confusion avec campagne de dépistage)

Les « patients » étaient d'abord invités à s'exprimer sur le fait que les ATVDs changeraient globalement quelque chose sur le plan de la relation patient-médecin-pharmacien. Les données ci-après donnent une idée globale que ce qui, pour les « patients » changerait, dans la relation, une idée des « tendances » principales. Elles permettent aussi de mettre en évidence les principales tendances en tension.

Ces changements peuvent être ressentis comme plutôt positifs, plutôt négatifs, positifs pouvant se muer en négatifs en fonction du suivi. Ils peuvent aussi être absents. Enfin, leur existence peut être conditionnée au type de relation antérieure à l'introduction des ATVDs. Les changements perçus peuvent par ailleurs concerner une partie seulement de la relation patient-médecin-pharmacien. Afin d'attribuer une appréciation globale et sa valence, nous avons pris en considération la réponse à la question de savoir si « l'introduction des ATVDs changeait quelque chose dans les relations des patients avec les médecins et les pharmaciens ? ». Les différents arguments seront détaillés dans les points 4.1 & 4.2.

Onze « patients » perçoivent que les ATVDs vont induire un changement dans la relation, quatre que cela ne produira pas de changement et le dernier que la présence/l'absence de changement sera fonction de la relation préexistante.

➔ **Changements plutôt positifs dans la relation (n=9 ; 1,3,4,5,7,10,12,16,17).**

Ces changements sont positifs **pour eux, en tant que patient**. Trois d'entre eux (7,16,17), y voient des changements positifs également pour d'autres acteurs (7- les médecins et les pharmaciens ; 16- les médecins ; 17- les pharmaciens). Enfin, Trois mentionnent que ce changement positif pour le patient pourrait d'accompagner d'un changement (ou un ressenti) négatif chez un autre acteur (3&4-le médecin ; 16-le pharmacien).

Grâce aux ATVDs, le patient peut exercer une autonomie (1,3,4,5,7,10,12,16,17) en matière de santé. L'exercice de cette autonomie concerne **la relation médecin-patient**⁴³. Les contenu et étendue de cette autonomie sont toutefois variables⁴⁴, en fonction de la représentation qu'ils s'en font et au gré, des difficultés rencontrées: un meilleur accès aux données (1,5) ; obtenir une réponse directement (3), se rassurer (5), pouvoir réaliser le test soi-même, sans intermédiaire (10), rester acteur (7,17) ou encore, reprendre le pouvoir sur sa santé (17). Les ATVDs permettraient également de rester une personne, de ne pas être réduit à sa pathologie (17). **Il s'agit le plus souvent de gagner de l'autonomie et non de se passer du médecin (à l'exception du patient 7).**

Les ATVDs pourraient également présenter des changements positifs pour le médecin et le pharmacien. Pour le médecin, l'ATVD permettrait de désengorger les cabinets médicaux ce qui permettrait au médecin de se concentrer sur les patients qui

⁴³ La relation avec le pharmacien n'est pas évoquée.

⁴⁴ Tous ne détaillent pas ce qu'ils entendent par autonomie.

en ont réellement besoin (7,16). L'ATVD lui permettrait en outre de gagner du temps (7) dans la mesure où il dispose déjà de certaines « données » (7). Pour le pharmacien, l'ATVD pourrait lui permettre de jouer un nouveau rôle (7), d'être plus actif (17)

Deux patients soulignent que ce changement à la faveur de plus d'autonomie du patient peut néanmoins être ressenti comme négatif par le médecin s'il le vit comme une perte de pouvoir⁴⁵ (3,4). Ce changement globalement positif peut également s'accompagner d'un changement négatif pour le pharmacien : les questions des patients risquent de les mettre à mal par rapport aux médecins (seule fois que la relation médecin-pharmacien est évoquée) (16).

Enfin, certains préciseront que ce changement positif pour le patient, ne produit pas de changement chez le pharmacien (3,4, 10, 12). L'un d'eux justifie sa manière de voir du fait que « le pharmacien reste un vendeur » (12).

➡ **Changement positif qui peut devenir négatif (n=1 ; 11) :**

L'ATVD peut permettre au patient d'amorcer, de manière autonome, une démarche qu'il n'aurait pas réalisée. Ce qui constitue un changement positif pour le patient. Toutefois, si suite à cette démarche le patient ne consulte pas (en cas de tests positifs), s'il s'adonne à l'automédication ou au déni. C'est un changement négatif (11). En d'autres termes, le **changement est positif pour le patient** sur le plan de l'autonomie et de l'accès au test mais le **changement deviendrait négatif si l'absence de relation médecin-patient persiste**. La valence positive est conditionnée à l'existence d'un suivi lorsque cela s'avère nécessaire

➡ **Changements plutôt négatifs dans la relation (n=1 ; 2)**

Ces changements concernent le médecin, la **relation médecin-patient** et potentiellement le patient. Avec les ATVDs, le médecin est mis hors-jeu, la relation médecin-patient est mise à mal. Ce qui peut également porter préjudice au patient, s'il poursuit dans une logique d'autonomisme, qu'il ne consulte pas. (2)

➡ **Absence de changements dans la relation (n =4 ; 6⁴⁶,8,9,15)**

L'ATVD ne changera en rien la **relation médecin-patient** parce que: le médecin ne se fiera pas au test réalisé par le patient et en réalisera un autre (9) ; quel que soit le résultat, il est nécessaire de consulter (8) ou encore, que l'ATVD s'inscrit dans la tendance déjà présente du manque de confiance et de l'automédication (15).

➡ **Présence/absence de changements, fonction de la relation préexistante (n=1 ; 14)**

C'est la **relation patient-médecin-pharmacien** qui est ici concernée. Si cette relation tripartite est bonne, s'il y a un bon dialogue, l'ATVD ne changera pas la relation. L'ATVD contribuera à l'amélioration de la qualité des soins, s'il s'accompagne d'un véritable dialogue patient-médecin-pharmacien. En revanche, en l'absence d'une relation de confiance entre les 3 parties, l'ATVD aggravera la situation, créera des malentendus, ...). Ce changement sera négatif (14).

ATVDs et changements principaux sur le plan des relations- Le changement est perçu comme positif principalement pour le patient avec des effets tant positifs que négatifs sur les deux autres acteurs. Ce changement positif concerne essentiellement la relation avec le médecin (pas avec le pharmacien). Il semble que cela se joue essentiellement dans la relation patient-médecin.

Concernant les liens entre la perception d'un changement dans la relation et les autres catégories/tendances :

- Il n'y a pas de relation manifeste entre la perception d'un changement et le fait d'être favorable ou défavorable aux ATVDs.
- Sur le plan d'un lien entre la perception d'un changement dans la relation et la satisfaction de la relation avec le médecin, ceux qui se disent insatisfaits de leur relation avec le médecin (4,5) perçoivent dans les ATVDs, un changement positif.

⁴⁵ L'un d'eux (3) précisera que « ce n'est pas un pouvoir extra » (de faire -faire- des tests) et elle considère cela comme positif que le médecin n'ait plus à réaliser ce type de tâche.

⁴⁶ Pas de précision.

4.1. CHANGEMENTS PERÇUS SUR LE PLAN DES RÔLES DES DIFFÉRENTS ACTEURS, SELON LES PATIENTS

La notion de « changement de rôle » est entendue dans un sens englobant. Rappelons que par ailleurs, il s'agit de changements potentiels perçus : peu de « patients » ont eu recours à un ATVD (2 sur 17, dont un indirectement).

Un tableau récapitulatif de l'ensemble des changements de rôles (Tableau PA8) est consultable à la fin du point 4.1.

4.1.1. CHANGEMENTS (POTENTIELS) POUR LE PATIENT

Taux de réponse : 16 sur 17 (pas de réponse de:13)

Le « patient » peut percevoir que les ATVDs induisent/induiront un changement dans le rôle du patient (12 sur 16) ou qu'ils n'induisent/induiront pas de changement dans le rôle du patient (4 sur 16). Les recoupements sont importants avec l'appréciation globale de changements dans la relation. Lors que l'évocation des changements principaux (point 4.0, ci-avant), les « patients » s'étaient en effet essentiellement exprimés sur ce que cela induirait comme changements pour les patients.

EXISTENCE DE CHANGEMENTS POUR LE PATIENT

12 sur 16 (1,2,3,4,5,7,10,11,12,14,16,17)

Lorsque les ATVDs sont perçus comme induisant un changement de rôle chez le patient, ce changement peut être perçu comme positif (11 sur 12) ou négatif (1 sur 12).

CHANGEMENTS POSITIFS⁴⁷

(11 sur 12 ; 1,3,4,5,7,10,11,12,14,16,17)

Ceux-ci sont de l'ordre de l'exercice d'une **plus grande autonomie pour le patient**. Une autonomie, qui comme mentionné précédemment, peut recouvrir une grande variété de contenus, de degré de liberté vis-à-vis du médecin mais également d'abstraction sur le plan de la formulation.

Concrètement, avec les ATVDs, il va s'agir pour le patient de :

➔ **Initier/Enclencher la démarche vers le diagnostic** (7,10,11,12,14,16), l'ATVD va permettre au patient de pouvoir faire le test lui-même (10,11,14). Ce qui constitue un changement de rôle sur le plan du « diagnostic ». Le patient peut alors éviter une consultation inutile si le test est négatif (3,14,16), préparer la consultation en ayant déjà certaines pistes (7,14), éliminer certaines de ses hypothèses (16-Gluten) et s'auto-médiquer pour certains problèmes (16-les carences en Fer). Néanmoins, si le test est positif, anormal ou s'il y a un doute, le patient doit consulter le médecin (10,11,12,16), il ne doit pas être « coupé du monde médical » (insiste le patient 12). Par la suite, les rôles restent alors identiques (10). Chacun exercera son rôle « habituel » (10).

C'est bon parce qu'il y a des patients qui travaillent, il y a des gens qui prennent soin d'eux-mêmes, en cas de problème c'est là qu'il peut aller voir le médecin. Donc il faut vraiment se prendre, se rendre responsable de soi-même mais en cas de problème, c'est pour ça que je vous ai dit qu'il faut vraiment que ça soit qu'il faut qu'il y ait un lien avec le médecin qui reste vraiment... (...) Cela peut aider. Tu peux avoir un problème... on fait un travail... au lieu d'aller au laboratoire tu le fais toi-même. Si tu vois une anomalie vas chez le médecin. Donc, voilà, l'autonomie c'est bon ! (Marius, PA12)

Cette démarche permettrait de **responsabiliser le patient** (12,16), qui peut prendre soin de sa santé y compris s'il n'a pas le temps de se rendre chez le médecin (12)

➔ **Obtenir un direct accès aux résultats, sans temps d'attente, sans intermédiaire** (1,5). Cette possibilité offerte par l'ATVD est perçue comme permettant de pallier une situation jugée insatisfaisante, à savoir : 1/ un accès aux résultats d'examen différé pour le patient. La procédure actuelle pour obtenir un résultat (à savoir un délai d'attente de 30 jours pour voir

⁴⁷ Ce point est partiellement redondant avec le premier point fort des ATVDs (voir 3.1.1.3) et l'appréciation des changements principaux (point 4.0-ci-avant). Le relevé des éléments sur le plan de l'autonomie est néanmoins le plus exhaustif ici.

apparaître un résultat dans le dossier partagé ou une consultation chez le médecin) est jugée anormale (1,5). Or, « le pouvoir est dans la connaissance du résultat » (1) ; 2/ le non-partage des données par le médecin (5).

Le fait d'attendre, de ne pas recevoir des analyses, de ne pas savoir si on doit prendre la double dose que le médecin a mis si ça s'aggrave (« si cela s'aggrave prenez la double dose »), cela s'est embêtant ! Et si vous devez attendre 30 jours, avec le dossier partagé, vous voyez dans quelle situation vous êtes !

i: D'accord, c'est dans ce cadre-là que les autres mesures vous paraissent aussi intéressantes ?

Voilà. C'est pour cela que j'ai répondu... (...)le pouvoir est dans la connaissance du résultat (Adèle, PA1)

Il n'est pas question ici d'un rejet complet du médecin. Selon ces patients, le patient doit pouvoir se rendre compte qu'il n'est pas médecin et déterminer quand il est nécessaire de consulter (5,7,17). Toutefois, dans les pratiques rapportées de deux de ces patients, des pratiques d'automédication -pour la plupart de pathologies dont le pronostic vital n'est pas engagé- (7) et de consultation de médecines alternatives -lorsque le nombre de médicaments est jugé trop élevé- (17). L'un de ces répondants (7) soulignera que les ATVDs pourront apporter ces changements chez les autres patients, mais que cela n'entraînera pas de changement pour elle. Elle est en effet dans la démarche d'essayer de comprendre sa pathologie au moyen de différents examens demandés aux médecins et de mettre en place un traitement (7).

Cette patiente voit dans les ATVDs, l'opportunité de :

➤ **Procéder à des mesures avant et après un auto-traitement.** Les mesures vont permettre d'affiner le diagnostic en amont et de vérifier si le traitement « a fonctionné » en aval. La patiente consulterait néanmoins si le trouble persiste ou si la nature du trouble le nécessite (ex. VIH, cancer) (7)

La plupart des options je pourrais me guérir moi-même. C'est la bonne nouvelle.

i: D'accord, donc si le résultat est positif. Vous prenez en charge vous-même quand vous pouvez.

Oui. Mais je rajoute une deuxième boîte quand même... tout dépend de ce que c'est mais disons que ci-après trois semaines je pourrais réessayer.

Je pourrais vérifier l'avant et l'après, ce qui serait aussi assez sympa. (Hélène, PA7)

Avec un degré moindre en regard du médecin, les ATVDs peuvent aussi permettre de :

➤ **Gérer, en semi-autonomie, un problème de santé en routine (3,4).** Dans ce cas, l'auto-mesure a été mise en place préalablement avec l'accord de, voire suggérée, par le médecin. Le patient peut alors réaliser le test afin de vérifier la nature du problème de santé (souvent une infection urinaire) et prendre le traitement prescrit par le médecin et ce, de manière autonome. L'ATVD participe alors parmi d'autres moyens à la tendance (décrite comme positive) que de plus ou plus les personnes sont amenées à gérer leur problème de santé (les diabètes, les patchs) (3). En ce sens, plus qu'un réel changement, l'autotest participerait à une dynamique « émergente ».

I : Cela vous paraît changer quelque chose au niveau de la relation avec le médecin ou pas ?

Cela pourrait changer. Oui. Mais si on l'utilise régulièrement et que l'on voit que cela fonctionne, je ne vois pas où est le problème ! Je comprends que le médecin dise : « oui c'est de mon ressort de dire s'il y a ou il n'y a pas ».(...)

Quand je vois le diabète et tout ça (il y a), les patchs... on voit quand même que les choses évoluent et que les gens sont quand même amenés à gérer eux-mêmes leurs problèmes de santé. Et je trouve que cela c'est vraiment bien ! (Dina, PA3)

De manière plus englobante/générique, certains patients mentionnent que les ATVDs permettent de :

➤ **Être ou rester acteur de sa santé (5,7,17), rester un sujet pas un objet (17) :** maîtriser l'ensemble du processus (5), reprendre le pouvoir (7,17), rester une personne qui fait un test (17). **Les ATVDs permettraient ici de pallier une situation insatisfaisante, sur le plan des relations actuelles avec le médecin, à savoir :** le manque d'information du médecin sur le pourquoi (5), le manque de dialogue et le sentiment de ne pas être écouté (17), la réduction de la personne à une pathologie (17) ou encore d'absence de solution à un problème de santé⁴⁸(7). Cette situation d'insatisfaction crée un terrain propice à l'utilisation des ATVDs (5,17), au même titre que la consultation sur Internet (5), afin d'accéder au savoir, à rétablir un sentiment de maîtrise (5,17).

Pour moi, cela rentre dans le même cadre qu'Internet : on essaye de trouver d'autres endroits où on peut avoir une info. Là, on est du début à la fin par la conception du truc et donc c'est d'avoir l'info rapidement et maîtriser le truc aussi. Parce que c'est vrai que justement les analyses de sang, il faut vraiment avoir coché nous-mêmes volontairement après sinon, on ne reçoit même pas la copie de nos analyses. Donc, cela contribue aussi au fait que c'est un peu nébuleux, mystérieux, on ne sait pas quoi. Et donc, je pense que cela pousse à ce genre de comportement. À mon avis si on peut faire son analyse de sang sur Internet cela va marcher du tonnerre. Parce que nous on aura l'info, soi (France, PA5)

Moi, je pense que par rapport à la santé c'est ce qui manque le plus. Et qui va donner la tendance aux gens d'aller vers les autotests, parce que... Moi, j'ai parfois ce sentiment que quand on va chez un médecin, il n'écoute pas.(Susie, PA17)

⁴⁸ Qui a amené la personne à se former pour essayer de trouver des solutions (7)

Cette autonomie s'exerce toutefois, de manière variable en fonction du répondant et surtout de l'ATVD concerné, depuis la réalisation du test jusqu'à la mise en œuvre d'un « traitement ». Suite à un ATVD positif, l'intention sera de s'auto-médiquer/soigner pour certains ATVDs (16-fer, 7-pas pour le VIH), prendre la médication prescrite (3,4 ; infections urinaires) ou encore consulter un médecin (11,15 ; VIH). Notons que pour l'ATVD VIH, tous les répondants consulteraient en cas de tests positifs.

CHANGEMENTS NÉGATIFS

(1 sur 12 ; 2)

L'ATVD peut amener le patient à des pratiques d'autonomisme, à ne pas consulter et à s'auto-médiquer.

Je n'ai pas non plus, vous avez bien compris que je n'ai pas non plus la peur de la blouse blanche ou le respect de la blouse blanche. Ce n'est pas parce que... Moi, il doit faire comme moi je veux alors ça va. Alors, je lui fais confiance qu'il a étudié comme il faut. Mais ça, je trouve que ce n'est pas bien de laisser les gens faire tout seuls. C'est du charlatanisme presque. Maintenant, ils savent qu'ils ont ci ou là. Maintenant, ils vont aller chercher sur Internet ou ils vont demander à leur copine ou à je ne sais qui ou à leur grand-mère ou quoi. « Qu'est-ce qu'on va faire ? » « Ah, des herbes ou de ceci » je n'en sais rien comment les gens... Les laisser libres comme ça dans la nature.(Chloé, PA3)

ABSENCE DE CHANGEMENT POUR LE PATIENT

4 sur 16 (6,8,9,15)

L'ATVD ne produira pas de différence sur le plan du rôle. Les changements opérés ne sont pas perçus comme des changements de rôles, plus précisément : oser faire le test n'est pas perçu comme un changement de rôle⁴⁹ (6,8,9) et les comportements d'automédication et de méfiance constituent des tendances existantes (15) ; les ATVDs renforceront ces tendances plus que d'en créer des nouvelles. (15)

i: Et par rapport aux personnes globalement cela peut changer autre chose dans la relation médecin pharmacien patient ? (Silences) moi, j'ai l'impression que les personnes qui font ce genre de choses, ce sont des personnes qui n'ont pas des relations de confiance. Donc, fatalement, cela les conforte dans cette relation de méfiance. Et si le médecin dit : « mais non, j'ai fait l'analyse, ce n'est pas vrai ». Ils auront toujours un doute quelque part si leur test à eux a dit que... donc, moi, j'ai l'impression que c'est un peu la tendance actuelle, on s'auto médique (Philae, PA15).

ATVDs & Changements pour le patient- Les changements positifs de rôles pour le patient consistent en plus d'autonomie pour ce dernier. Néanmoins, le contenu de cette autonomie, le degré de liberté par rapport au médecin ainsi que le degré de l'abstraction (avec lequel est exprimé ce en quoi consiste cette autonomie) varient.

A l'exception de deux patients (7,16), une distinction claire est établie entre **autonomie** et **autonomisme**. C'est l'autonomie qui est recherchée dans la réalisation du test ou dans la gestion semi-autonome d'un problème de santé diagnostiqué. L'idée est que le suivi devra ensuite être assuré par un médecin, en tout cas si le test est positif. En effet, nombre de patients soulignent qu'il est nécessaire de consulter un médecin : en cas de test positif, (5,10,11,12,14,16,17) ou si le problème persiste (7), voire en amont d'une gestion semi-autonome (3,4). Même si certains gèreraient, dans un premier temps, certains problèmes⁵⁰ de manière autonome, soit une phase d'autonomisme, jusqu'à une certaine limite, définie par eux, l'échec de l'auto-traitement (7,16). Par ailleurs, pour ces deux patients (7,16), qui s'autotraiteraient sur base de l'autotest (pour certaines pathologies), l'ATVD n'induit en réalité pas de changement de rôle. Ces patients sont déjà dans une perspective d'auto-traitement, d'autonomisme (toujours pour certaines pathologies).

En revanche, lorsque l'auto-traitement (autonomisme) est perçu comme un **changement de rôle** du patient, induit par les ATVDs, il semblerait qu'il soit connoté **négativement** (2).

A noter que le changement de rôle perçu qui consisterait à « gérer un problème de manière semi-autonome » est test-dépendant : il concerne les infections urinaires.

Sur le plan des relations avec les autres catégories/tendances, il semble exister un lien entre présenter des variations vers le Type 4 et le fait de percevoir les ATVDs comme inducteurs de changements de rôle pour le patient. Tous les patients qui rapportent des comportements d'autonomisme (Type 4) dans la relation avec le médecin généraliste

⁴⁹ Alors qu'il était perçu comme un changement de rôle positif pour d'autre, au sens d'entamer la démarche vers le diagnostic par d'autres (voir supra)

⁵⁰ Certaines pathologies sans pronostic vital dont la nature peut varier en fonction de la personne

(2,4,5,7,10,16) ou avec les médecins spécialistes (1,17) perçoivent les ATVDs comme porteurs d'un changement de rôle pour le patient [et ce, pour tous les Types 4 confondus].

En fonction du répondant, une même « ouverture », à savoir « faire le test soi-même », peut être perçue comme un changement positif (à savoir : « entamer la démarche vers le diagnostic ») ou comme un non changement.

L'ATVD peut être perçu comme participant à une dynamique existante. Celle-ci peut être positive (à savoir la gestion semi-autonome d'un problème de santé) ou négative (La méfiance et l'automédication). Dans le premier cas, il sera perçu comme un changement positif (pour asseoir cette tendance). Dans le second cas, il sera perçu comme une absence de changement.

Notons que le changement de rôle concerne le rôle du patient vis-à-vis du médecin, de sa santé et du système de santé. Le pharmacien n'est pas mentionné.

4.1.2. CHANGEMENTS (POTENTIELS) POUR LE MÉDECIN

Taux de réponse : 8 sur 17 (Pas de réponse :1,5,6,8,9,10,13,15,17)

Le « patient » peut percevoir que les ATVD induisent/induiront un changement dans le rôle du médecin (7 sur 8) ou qu'ils n'induisent/induiront pas de changement dans son rôle (1 sur 8).

EXISTENCE DE CHANGEMENTS POUR LE MÉDECIN

7 SUR 8 (2,3,4,7,12,14,16)

Lorsque les ATVDs sont perçus comme induisant un changement de rôle chez le médecin, ce changement peut être perçu comme positif (5 sur 7), négatif (1 sur 7) ou encore, comme positif du point de vue du patient mais pouvant être perçu comme négatif par le médecin (4 sur 7).

CHANGEMENTS POSITIFS

(2 sur 7 : 7,16.)

Les ATVDs vont **alléger le travail des médecins (7,16)**. Les ATVDs diminueront la charge de travail du médecin généraliste, par la réduction du nombre de consultations et ce, de deux manières :

- Ils peuvent être réalisés par le patient, en amont de la consultation pour la préparer, en aval pour le suivi ou pour des mesures pré-post en concertation avec le médecin (7).
- Ils peuvent amener à ne pas consulter le médecin généraliste, soit parce que l'ATVD est négatif, soit parce que la nature du problème nécessite de consulter un spécialiste (16)

Mais s'ils le sont, une fois qu'il a une chose qui n'est pas bien Ben là on peut aller chez le médecin. Parce qu'ils sont déjà surchargés et je ne vois pas pourquoi on ne peut pas les faire avant et après, ...

i: Comme vous dites « embêter médecin », c'est parce que ?

Non, ce n'est pas ça mais si moi, j'avais été médecin. Et que je sais qu'il y a des tests qui peuvent être faits pourquoi perdre du temps ? À mon avis, c'est une perte de temps si on peut le faire de cette façon-là, d'abord.

i: C'est d'abord pour débroussailler le terrain, en fait, de pouvoir faire cela. Et puis, par la suite, aller chez le médecin, plutôt que d'aller chez le médecin, demander si éventuellement etc. et puis après... c'est une perte de temps, pour les deux, ou... ?

Pour le médecin.(Hélène, PA7)

CHANGEMENTS POSITIFS, POUVANT ÊTRE PERÇUS COMME NÉGATIFS PAR LE MÉDECIN

(4 sur 7 ; 3,4,12,14)

Les ATVDs sont perçus comme porteurs de changements positifs dans le rôle du médecin. Toutefois, ces patients soulignent que s'ils perçoivent ces changements comme positifs, les médecins pourraient les ressentir comme négatifs. Les ATVDs sont perçus en effet comme **retirant une partie des prérogatives du médecin (travail, pouvoir, position dominante)**, sur le plan du diagnostic. Plus précisément, les ATVDs vont :

➡ **Prendre une partie de leur travail qui se trouvera de la sorte, allégé** : le médecin devra voir moins de patients (12). Il n'y aura toutefois pas de changement dans le suivi ultérieur du patient. (12)

i: Et pour le médecin. C'est bien ?

Bon pour le médecin. C'est son job. (Rires). Donc si le patient le fait lui-même. D'abord, il faut pouvoir interpréter le résultat. Ça c'est une chose. Si vous parvenez à interpréter le résultat. Ça va. Mais le médecin va chômer ! Il va chômer...

i: Et ça ce n'est pas une bonne chose pour eux ?

Bah oui ce n'est pas une bonne chose pour eux. C'est un désavantage. Il y a des avantages et des désavantages. (Rires)

i: Vous pensez que le médecin ne va plus avoir assez de travail avec cela ?

Ah oui ah oui ah oui ! Sinon pour moi c'est bien, parce qu'il y a l'autonomisation des patients. C'est bon. (Marius, PA12)

➡ **Retirer un peu de pouvoir au médecin** : celui de faire certains diagnostics (3,4). Ce changement est néanmoins positif : Ce n'est pas fabuleux de diagnostiquer les infections urinaires et les médecins sont surchargés (3) mais certains le vivent mal cette perte de pouvoir. (4)

Je dirais que c'est un peu une perte de pouvoir, non ?

I: Pour les médecins ?

Oui. Enfin, j'ai vu ça quand j'ai dit « j'ai mes petites tiges-là et j'ai fait le truc. » Vous savez, je suis sûre que j'ai des nitrites, il n'y a pas de problème. Et j'ai déjà pris pendant 8 jours mais ça n'a pas l'air de passer ». Il n'était pas heureux, heureux. Et donc comme une perte de pouvoir. Ils ne sont plus en première ligne. Ils sont en deuxième ligne. (Eglantine, PA4)

Cela pourrait changer. Oui. Mais si on l'utilise régulièrement et que l'on voit que cela fonctionne, je ne vois pas où est le problème ! Je comprends que le médecin dise : « oui c'est de mon ressort de dire s'il y a ou il n'y a pas ». Mais si le test est fiable je ne vois pas où est le problème ! Surtout quand je vois la surcharge de travail chez les médecins. (...) Mais je comprends que cela puisse changer parce qu'évidemment, cela retire un peu de leur pouvoir mais d'un autre côté ce n'est quand même pas un pouvoir extra... enfin, ce n'est pas elle qui fait le diagnostic c'est le test qui dit « oui » ou qui dit « non » (Dina, PA3)

➡ Dans le même ordre d'idée : **Contribuer à éroder la position dominante du médecin**. Cette érosion est déjà à l'œuvre, par exemple par l'interprétation de radios réalisées en Inde, via Internet. Elle n'est toutefois pas considérée comme négative par le patient, lui-même médecin, qui considère que la relation avec le médecin doit être partenariale (14)

Les médecins vont s'offusquer, cela, il y a en a sûrement parce que en général ils ne sont pas spécialement formés à accepter... de plus en plus parce que l'évidence impose... mais, avoir un peu leur position dominante s'éroder par toutes ces histoires-là ! (Oscar, PA14)

CHANGEMENTS NÉGATIFS

(1 sur 7 ; 2)

Les ATVDs ont pour effet **de mettre le médecin mis hors-jeu de la relation médecin-patient**. Il ne peut plus jouer son rôle, il est absent. (2)

Je suis étonnée que quelqu'un peut aller acheter ce genre de truc pour voir s'il a l'une l'un ou l'autre maladie ou situation médicale. Je suis vraiment étonnée.

I: Ça vous étonne dans le sens de qu'est-ce qu'il va faire après avec les résultats, si je comprends bien ?

Oui, et qu'il n'y a pas un médecin quelque part (Chloé, PA2)

ABSENCE DE CHANGEMENTS POUR LE MÉDECIN

1 sur 8 : 11

L'ATVD ne produira aucun changement dans le rôle du médecin en ce sens qu'il lui revient de **resituer le résultat à l'ATVD dans le contexte, d'identifier la cause et de définir la thérapeutique, comme à l'accoutumée**. Il n'y a pas de changement suite à la réalisation de l'ATVD (11).

Là, votre taux de cholestérol est trop élevé". Oui mais, j'en reviens à ce que je disais tout à l'heure, quelle est la cause? Est-ce un problème médical? Est-ce un problème de mode de vie? De comportement alimentaire et tout ça? Donc tout ça entre en ligne de compte. Il y a des problèmes d'hérédité... Enfin, tout ça entre en ligne de compte. Ça, seul le médecin est à même de pouvoir l'identifier. (Louis, PA11)



ATVDs & Changements pour le médecin-Le potentiel changement du rôle du médecin concerne son rôle dans la relation patient-médecin. Aucun répondant n'évoquera le relation médecin-pharmacien. Par ailleurs, la question des changements de rôle du médecin (8 sur 17) suscitée par les ATVDs obtient un taux de réponse moindre que les changements dans le rôle pour le patient (16 sur 17) (point 4.1.1).

S'il s'agit bien de la perception d'un changement par des « patients », certains d'entre eux (4 sur 8 ; 3,4,12,14) introduisent dans leur réflexion la réaction du médecin en regard de ce changement de rôle. Une réaction que le patient escompte être négative. Alors que le même changement est perçu comme positif pour le patient parce qu'allant dans le sens de plus de participation du patient dans la relation médecin-patient.

Le changement est essentiellement concentré sur la partie « diagnostic » (3,4,12,16). Des répondants soulignent explicitement que par la suite cela ne change pas (3,4,12). Un patient se concentre sur le suivi et mentionne l'absence de changement (11). Deux patients ne se concentrent pas exclusivement sur le diagnostic. Ils mentionnent des comportements d'autonomisme : l'un parce qu'il les critique et refuse le hors-jeu du médecin(2), l'autre parce qu'il « s'autotraite » jusqu'à un certain stade (7). Ces deux prises de position sont liées à comment ils perçoivent leur relation avec le médecin

4.1.3. CHANGEMENTS (POTENTIELS) POUR LE PHARMACIEN

Taux de réponse : 9 sur 17 (pas de réponses : 1,2,6,8,9,11,13)

Le « patient » peut percevoir que les ATVD induisent/induiront un changement dans le rôle du pharmacien (4 sur 9), qu'ils n'induisent/induiront pas de changement dans son rôle (5 sur 9).

EXISTENCE DE CHANGEMENTS POUR LE PHARMACIEN

4 sur 9 (5,7,14,16)

Lorsque les ATVDs sont perçus comme induisant un changement de rôle chez le pharmacien, ce changement peut être perçu comme positif (3 sur 4) ou négatif (1 sur 4).

CHANGEMENTS POSITIFS QUI POURRAIENT AVOIR LIEU CHEZ LE PHARMACIEN

(3 sur 4 ; 5,7,14)

L'ATVD pourrait être l'opportunité pour le pharmacien **d'être plus qu'un dispensateur de produits**. Il s'agirait de **communiquer au client qu'il y a un moyen de vérifier un paramètre de santé facilement** (7) ou de manière plus ciblée de **proposer les tests à ses clients habituels quand c'est approprié** (14). Le pharmacien peut aussi communiquer des informations, « sans être intrusif » (5), en particulier sur le fait que : le test pas fiable à 100% et ce qu'il y a lieu de faire après le test (5). Le terme pour qualifier ce rôle diffère toutefois certains emploient le terme de rôle de « conseiller » que les ATVDs renforceraient (5,7). D'autres refusent l'emploi de ce terme (14)

Je pense qu'il a un rôle plus de voilà... on peut améliorer son rôle de conseiller, de professionnel. Pour moi à la base, en pharmacien c'était un vendeur de médicaments. Et puis, je me suis rendue compte au fur et à mesure qu'en fait non, on peut quand même lui poser pas mal de questions, qu'il peut quand même bien aider et je trouve que cela peut être renforcé aussi. Que si ces autotests sont en vente en pharmacie, cela puisse être cadré ou qu'il puisse donner une explication sans entrer dans la vie des gens. Mais comme cela les gens savent qu'il y a des choses qui existent derrière... que le test n'est peut-être pas à 100 % fiable, que donc il faut qu'un faire attention aux résultats. Donc, je pense que cela peut renforcer ce rôle-là. C'est un vrai acteur quoi pas juste quelqu'un qui vend le médicament.(France, PA5)

Si j'étais allée là-bas pour je ne sais pas quoi et qui m'avait parlé de ça (ATVD), j'aurais été fière du pharmacien, justement qu'il me propose une façon de vérifier quelque chose sans devoir faire trop de chichis.(Hélène, PA7)

Pour le pharmacien je crois que cela lui donnerait un rôle plus que simplement dispensateur de produits, de médicaments, de tests.(Oscar, PA14)

CHANGEMENT NÉGATIFS

(1 sur 4 : 16)

Avec les ATVDs, les demandes de certains clients sur le plan du diagnostic pourraient **faire sortir les pharmaciens de leur zone de confort. Leurs demandes pourraient en effet concerner des choses qu'ils devraient demander au médecin.**

A mon avis, il y en a qui pourrait demander... qu'ils sortent un peu de leur zone de confort au niveau diagnostic, etc. Et ça, je pense que ça peut les mettre éventuellement un peu mal en demandant des choses qu'ils devraient demander plutôt aux médecins.(Rachel, PA16)



ABSENCE DE CHANGEMENTS POUR LE PHARMACIEN

5 sur 9 (3,4,10,12,17)

L'ATVD peut ne pas être perçu comme **induisant un changement de rôle** pour le pharmacien, il s'agirait davantage de la prolongation de tendances existantes : soit la **vente simple** (4 sur 5), soit **un dialogue avec le patient** (1 sur 5).

Plus précisément : les autotests n'induiront pas de changement parce que :

➤ Les pharmaciens sont (et restent) des vendeurs, pas des partenaires de soins (3,10,12)

I : Et avec le pharmacien cela change quelque chose ou pas le fait qu'il y ait ces autotests ?

Le pharmacien ? Non ! Ben non, il est content de vendre ses autotests (Dina, PA3)

Le pharmacien vend. Les pharmaciens sont des vendeurs ! Il vend. (Marius, PA12)

Et ce, **d'autant que le contexte ne se prête pas aux explications. Le pharmacien n'a pas le temps** (4) ou **l'affluence** est trop importante en officine (10)

S'il doit commencer à vous expliquer tout ça ! (Eglantine, PA4)

Il a envie de vendre ! Ce n'est pas un médecin. Lui normalement quand vous allez en pharmacie peut-être il y a une file. (Kirk, PA10)

➤ Un dialogue avec des explications et l'analyse de la demande, existent déjà dans son expérience (17)

Donc là, l'autotest peut servir. Maintenant, je pense aussi que l'autotest... donner à quelqu'un il y a aussi tout le rôle du pharmacien... qui doit aussi essayer d'avoir quand même un temps de parole avec la personne. Avant de lui donner le test ! Je vais dire : « on ne va pas acheter 1 kg de tomates ! » Et c'est quand même dans une pharmacie ! (...)

i : Et pour le pharmacien cela change quoi alors ? Cela ne change peut-être rien aussi ?

Je pense que le pharmacien. Moi, j'ai un pharmacien de référence. Donc, il me connaît bien. Il connaît bien mon traitement. Je suis persuadée que je viendrais lui demander quelque chose etc., il prendrait le temps de parler avec moi. Voilà. Et de me dire : « Ah bon et qu'est-ce que... pourquoi est-ce que vous souhaitez cela ? ». Mais en étant dans une discussion, comment je vais dire ? Dans une discussion empathique ! Parce qu'il y a déjà un lien... quand vous allez toujours chez le même pharmacien c'est comme l'épicier du village... (Susie, PA17)

ATVDs & Changements pour le pharmacien. Les changements évoqués dans le rôle du pharmacien **concernent sa relation avec le patient. Un seul changement potentiel concerne la relation médecin-pharmacien. C'est aussi le seul changement négatif mentionné sur le plan du rôle du pharmacien.**

A l'instar du changement de rôle pour le médecin (8 sur 17), le changement de rôle pour le pharmacien obtient un taux de réponse moindre (9 sur 17) que le changement de rôle pour le patient (14 sur 17).

Le rôle du pharmacien est perçu comme moins changé par les autotests que celui du patient ou du médecin. Quand il y a un changement, il peut être positif en ce qu'il permet au pharmacien de « sortir de son rôle de dispensateur de produits ». Il peut être aussi négatif : les demandes du patient pourraient en effet le mettre en porte-à-faux vis-à-vis du médecin, qui devrait être l'interlocuteur du patient pour ce type de question.

Les patients qui perçoivent une absence de changement ne pensent pas qu'une évolution du rôle du pharmacien soit possible dans le sens de plus de dialogue avec le patient (le pharmacien étant perçu comme un vendeur et le contexte s'y prêtant mal), à l'exception de ceux qui expérimentent ce dialogue. Pour ces derniers, la situation reste inchangée, précisément parce que le dialogue existe déjà.

Le tableau ci-après reprend l'ensemble des changements perçus sur le plan des rôles par le patient.

Tableau PA8. Changements des rôles suite à l'introduction des ATVDs, selon les patients

Chez le patient	Changements :	Positifs : permet plus autonomie du patient (dans la relation médecin-patient) ➤ Initier/enclencher la démarche vers le diagnostic (et consulter si cela se justifie) ➤ Obtenir un direct accès aux résultats, sans temps d'attente, sans intermédiaire (pallie une situation insatisfaisante, à savoir : l'accès au résultat différé, le non-partage des résultats par le médecin) ➤ Procéder à des mesures avant-après auto-traitement ➤ Gérer, en semi-autonomie, un problème de santé en routine ➤ Rester acteur de sa santé, rester un sujet, une personne pas un objet de soins, une pathologie Négatifs : ➤ Peut amener le patient à des pratiques d'autonomisme, à ne pas consulter et à s'auto-médiquer.
	Absence de changements :	➤ Pas de changement de rôle. <u>Soit</u> le changement (= oser faire le test) n'est pas perçu comme un changement de rôle <u>Soit</u> cela ne fait que renforcer des tendances présentes (automédication, méfiance)
Chez le médecin	Changements :	Positifs : ➤ Alléger le travail des médecins généralistes : -certains « examens » peuvent être réalisés par le patient -pas de consultation du généraliste suite aux ATVDs (lorsque le résultat est négatif, ou nécessite de consulter un spécialiste) Positifs (pouvant être perçus comme négatifs par le médecin) : ➤ Retirer une partie de ses prérogatives: une partie de son travail, de son pouvoir (celui de faire certains diagnostics), de sa position dominante. Négatifs : ➤ Peut empêcher le médecin généraliste d'exercer son rôle : le mettre hors-jeu.
	Absence de changements :	La démarche identique : Pas de changement suite à la réalisation de l'ATVD. ➤ Resituer le résultat à l'ATVD dans son contexte, d'identifier la cause et définir la thérapeutique (= la tâche du médecin).
Chez le pharmacien	Changements :	Positifs (qui pourraient avoir lieu) : ➤ Être plus qu'un dispensateur de produits : - proposer les ATVDs de manière ciblée - donner des explications (fiabilité, ce qui doit être fait après le test)
	Absence de changements :	Pas de changement de rôle : 2 Figures extrêmes. ➤ Le pharmacien reste un vendeur, pas un partenaire de soins. Le contexte ne s'y prête pas. ➤ Le dialogue avec explication et l'analyse de la demande préexistent aux ATVDs.

4.2. CHANGEMENTS PERÇUS DANS LES RELATIONS

Cette analyse est complémentaire à la lecture en termes de rôle. Il s'agit ici de prendre en considération l'interaction entre deux acteurs. Une redondance partielle est toutefois inévitable.

Un tableau récapitulatif de l'ensemble des changements dans les relations (Tableau PA9) est consultable à la fin du point 4.2.

4.2.1. CHANGEMENTS (POTENTIELS) DANS LES RELATIONS PATIENT-MÉDECIN

Taux de réponse : 14 sur 17 (Pas de réponse : 1⁵¹, 6, 7⁵²)

Le « patient » perçoit que les ATVD induisent/induiront un changement dans la relation médecin-patient (6 sur 14), qu'ils n'en induisent/induiront pas (5 sur 14) ou encore, ils offrent une lecture nuancée sur le fait qu'il existe ou non un changement (3 sur 14).

CHANGEMENTS SUR LE PLAN DE LA RELATION

6 Sur 14 (2,3,4,11,15,16)

Lorsqu'il y a un changement induit par les ATVDs sur la relation patient-médecin, celui-ci peut être potentiellement positif (3 sur 6) ou potentiellement négatif (3 sur 6).

CHANGEMENTS POTENTIELS POSITIFS

(3 sur 6 ; 3,4,16)

Les changements perçus concernent essentiellement la phase de diagnostic. Ils sont positifs parce que : soit ils permettent d'éviter une consultation chez le médecin (16), soit ils permettent une délégation (d'une partie) du « diagnostic » du médecin au patient (3,4). Cette partie déléguée est jugée peu valorisante, parfois mal aisée à aborder. Cette démarche peut aider le médecin dans sa tâche de diagnostic. L'ATVD peut aussi permettre la gestion semi-autonome d'un problème de santé.

➔ Permettre d'éviter une consultation chez le médecin.

L'ATVD permet d'éviter une consultation chez le médecin **si le résultat est négatif**. Ce changement [qui pourrait perçu comme l'absence de relation] est perçu comme positif sur le plan de la relation en ce sens que cela permet de **désengorger les cabinets des généralistes (16), qui peuvent se concentrer sur les consultations réellement utiles.**

Donc oui, je pense que ceux qui ont confiance dans le résultat du test, si c'est négatif, on ne va pas chez le médecin. Donc ça change quelque chose, c'est-à-dire on ne va pas chez son médecin. Si c'est positif, à l'inverse, on consulte. Moi si j'ai une hypothyroïdie, je ne suis pas sûre que je dois consulter uniquement mon médecin généraliste. Je peux peut-être consulter directement un spécialiste. Pour moi ça fait le désengorgement des généralistes. (Rachel, PA16)

➔ **Permettre de déléguer une partie du diagnostic du médecin au patient (3,4) et donc, une partie de son pouvoir (4).** Par la suite, en cas de tests positifs, les patients consulteraient et le fait d'avoir réalisé un test ne modifierait pas la relation (3,4). Cette délégation est perçue comme positive parce que :

- La tâche de diagnostic n'est pas très valorisante pour toute une série de problèmes, notamment les infections urinaires. (3)

Mais je comprends que cela puisse changer parce qu'évidemment, cela retire un peu de leur pouvoir mais d'un autre côté ce n'est quand même pas un pouvoir extra... enfin, ce n'est pas elle qui fait le diagnostic c'est le test qui dit « oui » ou qui dit « non ». (...) cela donne une indication et puis on va quand même chez le médecin, après. Mais cela permet d'éliminer un doute. C'est surtout ça ! Et donc de ne pas avoir une consultation qui ne sert à rien. (Dina, PA3-parlant des tests infections urinaires)

- Le patient ou le médecin peut éprouver des difficultés à en parler. Court-circuiter le médecin permet dans ce cas de réaliser le test (4)

Ça, vous pensez que c'est quelque chose de bien pour le patient ou pas ?

Moi je trouve. Oui. Oui parce que bon l'infection urinaire, ça il y a les petites tigettes. Moi, je pense à un truc... (pointe l'ATVD VIH)

I : Le VIH ?

Oui parce que c'est quand même un truc un peu délicat. Et donc, si disons on fait ce premier test, on peut déjà se dire que ce n'est pas la peine d'y aller. Il est négatif, ce n'est pas la peine de m'infliger ce truc parce que c'est un peu gênant. Et puis, ils vont vous poser quand même un petit peu de questions. « Est-ce que vous êtes à risque ? Qu'est-ce qui vous êtes arrivé ? ». Bon.

I : Ça permet de savoir sans avoir à être en face de quelqu'un qui vous pose plein de questions.

Voilà. Si ce n'est pas nécessaire. Et donc, là, évidemment si c'est positif, vaut mieux y aller. Mais c'est... Moi j'ai déjà eu ce truc, c'est un peu gênant. Je ne sais pas pourquoi c'est un peu gênant.

I : D'aller demander pour faire une prise de sang VIH ?

⁵¹ Ce patient répond sur la possible difficulté pour un médecin de suivre un patient VIH, avec l'idée que s'il y a une relation de confiance préalable cela ne pose pas de problème. Ce suivi est générique et ne concerne pas les ATVDs mais plutôt la pathologie.

⁵² Absence de relation. Autonomisme.



Oui. Et en plus, j'ai quand même demandé... Enfin, mon médecin à l'époque, il m'avait fait faire une prise de sang et je lui ai demandé à la dame qui me retirait le sang, si elle ne voulait pas faire le test du sida en plus. Et donc quand le médecin a vu que j'avais demandé ça, elle n'était pas très contente mais m'a dit « Vous n'avez rien » mais il y avait une espèce de soulagement. Je l'ai vu sur son visage ! Et donc, je me suis dit « ça ne doit pas être simple si elle doit dire que c'est... ». Et donc, je lui ai infligé ça. Enfin, j'aurais pu lui infliger ça. Elle n'était pas contente. Je peux comprendre. Donc, ça permet de court-circuiter tout ça.

Je dirais il y a à peu près une dizaine d'années, ça n'avait pas l'air qu'elle était très à l'aise avec ce genre de choses. Et donc bon... et je crois que je ne l'ai plus jamais fait (Rires). Je n'ai plus jamais fait. J'ai prié le bon dieu, c'est une très mauvaise idée.(Eglantine, PA4)

- L'ATVD peut constituer une aide au diagnostic pour le médecin (4)

Parce que je trouve que quand vous allez chez le médecin « je sais pas, je ne vais pas bien ». Ben, pffff. Tandis que si lui dites « vous savez je sais ce que j'ai. J'ai une infection urinaire. J'ai pris ce qu'il fallait. Je trouve que ce n'est pas tout à fait bien passé. Faudrait peut-être faire autre chose ». A ce moment-là, vous déblayez quand même le terrain.(Eglantine, PA4)

- L'ATVD peut aussi permettre le suivi d'un problème de santé diagnostiqué, de manière semi-autonome, en routine. Ce suivi est réalisé avec l'accord d'un médecin (3,4. pour les infections urinaires), qui prescrit le traitement Adhoc et parfois suggère le test à réaliser. Le patient décide quand il y a lieu de faire le test et d'entamer ou non le traitement en fonction du résultat.

je prends de la Furadantine ®. Ben, ça fait 5-6 ans 7 ans peut-être que je fais ça. Ça marche très bien. Je ne vais pas chercher midi à 14h. Mais je vois bien qu'elle n'aime pas trop. « Oh, vous avez fait... » « Oui, oui. J'ai fait. Il y a des nitrites, il n'y a pas de problème » (Rires). Et donc, on se substitue un petit peu à eux. (...) (Eglantine, PA4)

Toutefois, que l'ATVD soit utilisé en stade inaugurale ou en routine, les ATVDs seront appréciées diversement par les médecins, certains l'accueilleront positivement d'autres négativement (4,16), du fait que le médecin aura l'impression que le patient se substitue à lui. Un patient souligne qu'il n'y aura pas de problème avec ses médecins mais que ce ne sera peut-être pas le cas des autres médecins (16).

Moi si j'étais médecin, j'ai un patient qui vient avec ça, je me dis "Génial. Il a déjà essayé de percevoir ses symptômes". Je réponds à la fois en tant que moi. Je réponds par rapport... si je me mets à la place de mon médecin à moi que je connais perso, je crois qu'il n'aurait aucun problème. Mais bon, j'ai peut-être des médecins qui ne sont pas... Je ne vais pas beaucoup chez le médecin mais je n'ai pas l'impression que je leur donnerai l'impression d'avoir pris leur place. Voilà. Je ne dis pas que j'aurais la prétention de dire que j'aurais mâché le travail et qu'ils doivent toujours poser des questions et être bienveillants mais ça donne déjà une idée. Mais ça n'enlève pas à leur diagnostic à eux si ça doit être différent.(Rachel, PA16)

Sur le plan de lien avec les autres catégories, il semble exister un lien entre le fait de lire la situation en termes de changement positif sur la relation patient-médecin et le fait d'être favorable aux ATVDs. Les patients ci-avant sont tous favorables aux ATVDs. Ils présentent en outre un type de relation médecin-patient plutôt centrée sur le soignant⁵³. En revanche, il n'y a pas de lien manifeste avec le niveau de satisfaction de la relation.

ATVDs & Changement positifs dans la relation patient-médecin. L'ATVD permet de décharger le médecin d'une partie de son travail, là même où le patient acquiert une part d'autonomie. Ce changement positif porte sur une partie du diagnostic ou du suivi d'un problème de santé (en accord dans ce cas avec le médecin). Il n'y a pas absence de relation quoique lorsque le résultat est négatif, le patient ne consulte pas. Ce qui est perçu comme un avantage pour le médecin également : Le médecin peut alors se concentrer sur les situations qui nécessitent une consultation. Les patients soulignent toutefois que cette situation peut être vécue comme une perte de pouvoir, par le médecin.

Il semble exister un lien entre le fait de lire la situation en termes de changement positif sur la relation patient-médecin, d'une part et être favorable aux ATVDs ainsi que présenter des relations médecin-patient plutôt centrée sur le soignant, d'autre part.

CHANGEMENTS POTENTIELS NÉGATIFS

(3 sur 6 ; 2,11,15)

Cette perception n'est pas limitée à la phase de diagnostic, c'est l'ensemble de la prise en charge qui est considéré. L'ATVD est perçu comme pouvant :

➔ **Mettre le médecin hors-jeu** (2). Les dangers de cette absence de relation patient-médecin sont soulignés pour leurs retombées sur le plan de la santé du « patient » (2,11,15). La personne est décrite comme en marge du système médical (15)

⁵³ Type 1. Passivité-activité (4,16) ou Type 2-Guidance-Coopération (3)

avec un risque de dérives de type automédication (2,11,15) ou de comportements de santé inadéquats (ex. ne pas manger de gluten et présenter des carences alimentaires) (15). L'ATVD est perçu comme une première étape mais celle-ci ne suffit pas (15).

Ah non, je ne trouverais pas ça bien. La prochaine fois que j'ai un médecin devant moi, je lui dirai « mais c'est quoi ces histoires d'autotests qu'on peut aller acheter... » (Rires). Je vais leur dire « c'est quoi cette affaire. Vous avez laissé faire ? » Je ne sais pas moi. Moi, je ne trouve pas ça positif mais bon.

I : Parce que vous comptez sur le médecin que ?

Oui, oui. Les médecins. (...)

Je suis étonnée que quelqu'un peut aller acheter ce genre de truc pour voir s'il a l'une l'un ou l'autre maladie ou situation médicale. Je suis vraiment étonnée.

I : Ça vous étonne dans le sens de qu'est-ce qu'il va faire après avec les résultats, si je compte bien ?

Oui, et qu'il n'y a pas un médecin quelque part. (Chloé, PA2)

➔ **Renforcer le sentiment de méfiance vis-à-vis du corps médical.** La méfiance ou l'absence de confiance à l'origine de la réalisation du test, va être alimentée par celui-ci, surtout si les résultats de l'ATVD et des analyses du médecin ne concordent pas (15).

i : Et par rapport aux personnes globalement cela peut changer autre chose dans la relation médecin pharmacien patient ?

(Silences) moi, j'ai l'impression que les personnes qui font ce genre de choses, ce sont des personnes qui n'ont pas des relations de confiance. Donc, fatalement, cela les conforte dans cette relation de méfiance. Et si le médecin dit : « mais non, j'ai fait l'analyse, ce n'est pas vrai ». Ils auront toujours un doute quelque part si leur test à eux dit que... Donc, moi, j'ai l'impression que c'est un peu la tendance actuelle, on s'auto médique (Philae, PA15)

Sur le plan des liens avec les autres catégories, il semble exister un lien entre le fait d'être défavorable aux ATVDs et celui de percevoir un changement négatif de l'introduction des ATVDs sur la relation patient-médecin. Tous les patients contre les ATVDs perçoivent un changement négatif sur le plan de la relation. Il semble également exister un lien entre la satisfaction en regard de la relation médecin-patient actuel et la perception d'un changement négatif sur le plan de la relation. Les patients qui voient dans les ATVDs un changement négatif potentiel sont satisfaits (voire très satisfaits) de leurs relations actuelles avec les médecins. Enfin, ils présentent des relations médecin-patient davantage partenariales⁵⁴. Comme si ces patients avaient alors quelque chose à perdre de l'introduction des ATVDs ?

ATVDs & Changements négatifs dans la relation patient-médecin-L'ATVD est perçu comme pouvant mettre le médecin hors-jeu de la relation et le patient en marge du système de santé, ce qui pourrait nuire à la santé de ce dernier (suite à l'automédication ou les comportements de santé inadéquat). Ce n'est en effet plus uniquement la phase de diagnostic qui est ici visée mais l'ensemble de la « prise en charge ». Par ailleurs, le sentiment de méfiance vis-à-vis du corps médical est perçu comme pouvant encore être renforcé suite à la réalisation des ATVDs.

Il semble exister un lien entre la perception d'un changement négatif sur la relation médecin-patient, d'une part, et être défavorable aux ATVDs, être satisfait de sa relation actuelle ou présenter des relations davantage partenariales, d'autre part.

ABSENCE DE CHANGEMENTS

(5 Sur 14 : 5,8,9,13,14)

Les ATVDs sont perçus comme n'induisant pas de changement dans les relations médecin-patient. Toutefois, ce non-changement peut être rapporté comme relevant du **simple constat d'un statu quo** (8,9,13,14) ou comme **participant à une dynamique existante** : « l'érosion de la position dominante du médecin » (5,14).

Les ATVDs sont perçus comme:

➔ **Ne modifiant pas des relations existantes** (8,9,13,14): Ces répondants soulignent qu'au-delà de la réalisation de l'ATVD, consulter reste nécessaire (8,9). La consultation ne se trouvera quant à elle pas modifiée par la réalisation d'un autotest. (8,13,14)

⁵⁴ Type 2-communication-Guidance (15), Type 3-Partenariat mutuel (2,11).

Si le test est positif (9) ou quel que soit le résultat au test (8), il est nécessaire de consulter un médecin (8,9) pour avoir des explications (8) ou un traitement (8,9). Par la suite, cela ne change pas sur le plan de la relation (9,13) et le déroulé de la consultation (9), le médecin referra faire le test parce qu'il ne se fiera pas à celui de l'ATVD réalisé par le patient (9). Ces « patients » se basent sur les changements induits par les ATVDs dans le suivi post-ATVD, pas sur la réalisation de l'ATVD. L'ATVD est perçu comme n'apportant pas au niveau du suivi.

Mais... si tu es positif... c'est un exemple... Il faut absolument que tu ailles chez un médecin et le médecin va encore refaire le test et ne va pas se fier aux tests que tu as fait toi-même (Janis, PA9).

Davantage de détails sont parfois fournis (14). Il est alors fait état de ce qui se passe après la réalisation d'un ATVD, en fonction de la relation préexistante. Ainsi, si la relation est bonne, le patient en parlerait au médecin et celui-ci va accueillir la démarche positivement. L'ATVD enrichira la relation. En revanche, si la relation n'est pas bonne, le patient cachera la réalisation de l'ATVD au médecin au même titre que lorsqu'il ne prend pas ses médicaments. (14)

Je pense que si la relation est bonne cela ne devrait pas changer. Mais, cela met en évidence le besoin d'une bonne relation de confiance entre médecins pharmaciens patients... que le patient ne sente pas qu'il va être jugé s'il dit à son médecin qu'il a fait un test. Que le médecin au contraire lui dise : « quelle bonne idée ! Qu'est-ce que ça a donné ? Etc. » et que cela soit l'occasion d'en discuter ou que le pharmacien... comme je vous disais que ce soit l'occasion d'en discuter et de lui dire... dans l'avenir... et recadrer éventuellement, hein ? Et montrer les limites que cet autotest... dans certains cas, il faut quand même passer à autre chose parce que cela se ne sera pas suffisant. Donc, je crois que ce si le dialogue est bon entre les deux, cela peut être un élément positif. Parce que sinon, de toute façon, le patient va le cacher. Parce qu'il n'a pas eu besoin d'ordonnance. Donc si la relation n'est pas bonne, c'est la même chose que quand il ne dit pas aux médecins qu'il ne prend pas les médicaments. C'est la même chose quand il ne les prend pas, si la relation n'est pas bonne il va dire : « vous avez pris vos médicaments ? ». « Oui docteur. Oui docteur. ». Mais il ne les a pas pris ! Tandis que si la relation est bonne, il dit : « non, je ne les ai pas pris parce que je ne me suis sentie pas bien avec ce médicament ou... je n'ai pas envie de les prendre. Et alors, cela amorce la discussion donc, je crois qu'il faut le mettre dans cette perspective-là est aussi bien avec le pharmacien qu'avec le... [médecin]. (Oscar, PA14)

➡ Participant à une dynamique existante : La perte de sa position dominante pour le médecin (5,14) et la réalisation de choses par soi-même par le patient (5)

Cette tendance est parfois déjà vécue par le répondant, qui mentionne alors que le médecin n'est plus son (unique) référent santé, qu'il est actif dans la gestion de sa santé et que dès lors, il n'aurait pas le sentiment de lui cacher quelque chose en réalisant un test (5).⁵⁵

i: D'accord et si vous faisiez un autotest après vous n'auriez pas l'impression de faire quelque chose entre guillemets dans le dos de votre médecin ? Bah non (Rires), parce que mon médecin ce n'est pas forcément mon référent ! Effectivement, je pense qu'avant peut-être... parce que je le lui faisais 100 % confiance quand j'étais petite. Et que maintenant, j'ai l'impression que c'est une personne que je vais aller voir un moment donné, comme je vais voir le garagiste pour ma voiture. Parce qu'il y a un problème est que je suis bien obligée de passer par là. Donc, cela ne me gênerait pas de faire le test moi-même. J'ai l'impression qui ne va pas très bien le prendre ! Parce qu'on a fait quelque chose sans son avis sans son accord. (France, PA5)

Sur le plan des liens avec les autres catégories, aucun lien n'a pu être mis en évidence entre la perception de l'absence de changement dans la relation médecin-patient d'une part et le positionnement en regard des ATVDs, les relations préalables et le niveau de satisfaction, d'autre part.

Absence de changement. Le non-changement dans les relations peut être rapporté à la manière du constat d'un statu quo sur le plan de la relation (compris comme le suivi post-ATVD) ou comme participant à une dynamique en cours : l'érosion de la position dominante du médecin et la possibilité de réaliser des choses par soi-même. Notons que cette dynamique est elle-même un changement de rôle mais qu'elle est perçue comme déjà l'œuvre.

Aucun lien avec les autres catégories n'a été mis en évidence.

CHANGEMENT (POSITIF) SUR LE PLAN DU DIAGNOSTIC PUIS ABSENCE DE CHANGEMENT

(3 sur 14. 10,12,17)

Ces répondants soulignent d'emblée le contraste entre un changement positif dans « la phase de diagnostic » et l'absence de changement dans le suivi, dans la prise en charge.

⁵⁵ Il souligne toutefois que cette initiative du patient risque d'être mal accueillie par le médecin (5), ce qui ne change rien dans sa relation avec le médecin dans la mesure où il n'est déjà plus son référent.

Le fait que le patient puisse amorcer la démarche est positif (10,12,17). L'ATVD permet de franchir le pas notamment en ce qui concerne le VIH (10), de se responsabiliser par rapport à sa santé même on dispose de peu de temps (12). Elle est perçue comme positive, y compris quand elle est **décrite comme réactionnelle au manque de dialogue du corps médical** (17). L'ATVD permet de reprendre du pouvoir sur sa santé (12,17).

Par la suite, la relation avec le médecin, le suivi restera identique.

➔ **Absence de changement sur deux acteurs suite à la réalisation d'un ATVD (10,12).** Le patient consultera ou non (10,12) et le médecin procèdera comme à l'accoutumée : il fera réaliser un autre test (10). Si le risque que le patient ne consulte pas est souligné (10,12). Il est présenté comme n'étant pas spécifique aux ATVDs (10). Un autre « patient » souligne la nécessité de consulter (lors d'un test positif). Pour lui, l'exercice de l'autonomie s'inscrit dans la relation médecin-patient. Il est nécessaire de rester en lien (12).

[VIH] i: Ils ont peur de d'aller chez le médecin pour demander cela ?

Oui. Pour faire le test. Il existe encore un tabou. Même si la TV et la radio en parlent, j'en parle, dans sa tête, il est très fermé. (...)

i: Et le fait qu'il ait des tests comme ça qui soient disponible en pharmacie est-ce que cela change quelque chose dans la relation qu'on peut avoir avec un médecin ? Le fait que ce soit disponible en pharmacie et qu'on puisse le faire sans lui demander son avis, au médecin.

Non. Si lui (la personne) va faire le test, il voit qu'il a le problème... Il va réfléchir beaucoup ; ça c'est horrible ! Mais après il va s'habituer à l'idée qu'il est malade... pas qu'il est malade mais qu'il a un virus avec lui. Normalement, en moins d'une semaine, il va chez un médecin. Cela c'est certain. (...)

i: Et le médecin vous pensez qu'il va bien réagir si la personne dit j'ai fait un test et c'est positif. Vous pensez que le médecin va réagir comment ? Le médecin va dire aux patients maintenant va faire un autre test avec du sang... je vais faire encore un et peut-être pour être certain que c'est vrai au que ce n'est pas vrai. (Kirk, PA10)

l: Et le fait qu'il y ait ces tests ça change quoi de par rapport à la relation avec le médecin. Disiez que le patient est plus autonome...

L'autonomie c'est bon pour le patient. Mais le médecin aussi il est soulagé quelquefois mais le lien entre le médecin et le patient il faut que cela reste...

i: Oui donc ça c'est vraiment une condition pour que les choses fonctionnent bien.

C'est une condition sine qua non. Mais l'autonomie c'est bon. C'est bon. Mais donc quand le médecin, voire 30 personnes par jour. Avec ce test, il peut voir 15 personnes. C'est bon. (Rires). Ah oui oui. (Marius, PA12)

➔ **Absence de changement qui résulte du refus de changer du médecin (17).** Dans ce cas, c'est le manque de dialogue et d'écoute avec le médecin qui amène le patient à recourir à L'ATVD. L'ATVD contrariera le médecin qui refusera de changer. Il aura en effet l'impression que le patient se substitue à lui pour le diagnostic (17)

Maintenant, les médecins n'aiment pas beaucoup qu'on vienne les voir en disant : j'ai fait un autotest et j'ai un problème thyroïdien. En général, on est très mal reçu et cela n'empêchera pas les médecins de refaire faire d'autres tests. (...) Parce qu'ils ont l'impression qu'on marche sur leurs plates-bandes. (...)

[Reformulation]i: Et donc, quand il y a un dialogue avec le médecin... enfin il n'y a pas de dialogue (Rires) plutôt... quand il y a une consultation, le temps de parole est très réduit et puis on n'en arrive vite à des solutions qui sont dans la plupart du temps un peu toutes construites d'après ce que je comprends ?

Oui. Oui.

i: Qui orientent vers des examens et donc par exemple les autotests et ce genre de choses... par manque de dialogue finalement avec le médecin ou un médecin qui n'a pas entendu, les personnes pourraient être tentées de faire ce genre de choses en disant : « j'essaie quand même de lui dire quelque chose et... il ne m'écoute pas ! ».

Voilà. D'une part, peut-être se rassurer. Et d'autre part aussi parfois, le délai pour avoir un rendez-vous ! (Susie, PA17)

Sur le plan des liens avec les autres catégories, ces répondants partagent la particularité de présenter un type de relation médecin-patient plutôt centrée sur le soignant (Type 1). Aucun autre lien n'a pu être mis en évidence.

Changement positif puis absence de changement. Les répondants envisagent ici tant la partie « diagnostic » que le suivi. Les changements sont perçus comme positifs dans la partie « diagnostic », ils sont positifs parce que permettant de « faire quelque chose pour sa santé ».

L'absence de changement perçue concerne le « suivi » post-ATVD. L'absence de changement fait en réalité référence à deux situations distinctes :

1/ une absence de changement sur les acteurs (En d'autres termes, le fait d'avoir réalisé un ATVD ne change rien à la relation, au suivi mis en place)

2/ l'absence de changement générée par l'attitude des médecins qui refusent de changer (Dans ce cas, la relation préalable est en outre perçue comme insatisfaisante et susceptible d'inciter le patient à recourir au ATVDs).

Ce groupe est assez similaire au groupe qui présentait les ATVDs comme induisant un changement positif sur la relation médecin-patient, si ce n'est que ce dernier groupe se concentrait sur la partie diagnostic. Les deux groupes partagent également le fait que les relations médecin-patient préexistantes soient centrées sur le soignant. L'ATVD permet alors une certaine autonomie pour le patient, pouvant être ressenti comme une perte pour le médecin (3,4,12,16,17).

Changements dans la relation médecin-patient.

➡ Le fait de percevoir qu'il y ait ou non un changement semble lié au moment de la relation (diagnostic, suivi post-ATVD ou l'ensemble) qui est considéré. Ainsi :

- Ceux qui décrivent un changement positif, font mention de la partie « réalisation de l'ATVD », « diagnostic »
- Ceux qui décrivent un changement négatif, considèrent l'ensemble du processus (« diagnostic »+ suivi)
- Enfin, ceux qui soulignent l'absence de changement, considère essentiellement le suivi post-ATVDs (il y a soit absence de changement effectif, soit participation à une dynamique préexistante et dès lors, une absence de changement)
- Une partie évoquera en outre un changement positif en parlant du « diagnostic » tout en précisant qu'il n'y a pas de changement par la suite (soit parce qu'il y a une absence de changement effectif ou soit que le statu quo maintenu par l'attitude du médecin).

Cela pourrait être lié au fait que certains ne considéreraient qu'il y ait « relation » quand il y a « rencontre ». L'absence de rencontre, en l'occurrence, la réalisation de l'ATVD en vue d'une réponse n'est alors pas considérée comme faisant partie de la relation médecin-patient.

Le changement positif concerne l'exercice de l'autonomie (pas l'autonomisme), la possibilité pour le patient de « faire quelque chose pour sa santé ». Tandis que le changement négatif concerne la mise hors-jeu du médecin, les dérives de l'autonomisme. Toutefois, parmi ceux qui perçoivent dans l'ATVD un changement positif, nombre sont ceux (5 sur 6) qui soulignent que la réalisation d'un ATVD peut être ressenti comme une perte, par le médecin.

➡ Concernant les liens avec les autres catégories⁵⁶, ceux qui perçoivent dans les ATVDs un changement positif/négatif semblent partager certaines caractéristiques :

- Ceux qui perçoivent que l'ATVD est porteur d'un changement positif pour la relation ont en commun de présenter des relations préexistantes médecin-patient centrées sur le médecin.
- Tandis que ceux qui perçoivent que L'ATVD induit un changement négatif ont en commun de présenter des relations préexistantes médecin-patient plus partenariales⁵⁷, d'être satisfaits de leur relation avec les médecins et d'être défavorables aux ATVDs.

Comme si les premiers avaient à gagner de l'autonomie en regard du médecin et que les seconds craignaient perdre quelque chose de l'ordre de l'échange.

Notons que nous n'observons pas de relation entre le fait de présenter des profils d'autonomisme (Type 4) et le fait de percevoir que les ATVDs sont porteurs de changements dans la relation médecin-patient. Alors que tous ceux qui présentent un profil d'autonomisme (1,2,4,5,7,10,16,17) percevaient les ATVDs comme porteurs de changements dans le rôle du patient. Peut-être parce que le changement touche pour la plupart la partie « (pré)diagnostic », durant laquelle, il n'y aurait plus de relation en tant que telle avec le médecin. Cela impacterait dès lors le rôle du patient mais non la relation patient-médecin.

Limites : Outre, une limite commune pour l'ensemble des résultats, à savoir : la spécificité de notre échantillon (sur le plan de l'âge et de la maladie chronique). Nous observons ici deux éléments qui incitent à la prudence : peu de répondants sont défavorables aux ATVDs et peu sont insatisfaits de leur relation avec le médecin. Notre échantillon est peu contrasté concernant ces deux catégories.

⁵⁶ Nous n'observons pas de relation entre le fait représenter des profils d'autonomisme et le fait de percevoir que les ATVDs sont porteurs de changements dans la relation médecin-patient. Alors que tous ceux qui présentent un profil d'autonomisme (1,2,4,5,7,10,16,17) percevaient les ATVDs comme porteurs de changements dans le rôle du patient.

⁵⁷ sans être une relation partenariale effective. Il s'agit de Type2-paternalisme ou Type 3.2-relation partenariale latente.

4.2.2. CHANGEMENTS POTENTIELS DANS LES RELATIONS PATIENT-PHARMACIEN

Taux de réponse : 5 sur 17. (Pas de réponse de : 1-4, 7,8,9⁵⁸, 10-13,15)

L'ATVD est perçu comme pouvant changer les relations avec le pharmacien (1 sur 5) ou comme ne les changeant pas (4 sur 5). Parmi ceux qui ne répondent pas, un patient (9) précise que « le pharmacien est un vendeur » et qu'à ce titre, il ne peut rien en attendre. **Le taux de réponse est très faible (5 sur 17).**

CHANGEMENT DANS LA RELATION

(1 sur 5. 14)

Lorsque les ATVDs sont perçus comme induisant un changement dans la relation patient-pharmacien, celui-ci est perçu comme **(potentiellement) positif**. Les ATVDs pourraient aider à **établir des contacts client-pharmacien**, d'aider le pharmacien à faire évoluer sa profession, d'aller au-delà de la vente de médicaments. Ainsi, le pharmacien pourrait, par exemple, proposer des ATVDs à ses clients pour faire le point, en fonction de leur consommation de ces produits (14)

Je crois que cela lui donnerait un rôle plus que simplement dispensateur de produits, de médicaments, de tests. Que le pharmacien soit attentif parce qu'il connaît quand même... comme il sait les traitements habituels... bon, si c'est quelqu'un qui passe une fois... mais les autres il ne les connaît. Donc, cela peut l'aider à établir un contact plus... riche avec la personne. (...) Plus riche que vendre les médicaments parce que souvent cela s'arrête à ça !(Oscar, PA14)

ABSENCE DE CHANGEMENT

(4 sur 5. 5,6,16,17)

Percevoir que les ATVDs n'induisent/induiront pas un changement dans la relation patient-pharmacien recouvre des cas de figures très différents :

➔ Le patient achètera L'ATVD **dans une officine où il n'est pas connu, si le sujet est « sensible »**. Aussi, il ne peut y avoir de changement dans la relation avec son pharmacien habituel dans la mesure où ce n'est pas à lui que le patient achètera l'ATVD. Il n'est pas impliqué dans cet achat (5,6)

i: Fertilité masculine ?

Oui, voilà. Cela aussi c'est peut-être difficile... d'aller en pharmacie. Ou alors, on va chez un pharmacien qu'on ne connaît pas (rires), mais pas son pharmacien habituel !

i: C'est parce que c'est l'aspect un peu gênant d'aller demander ça ?

Je crois, oui. (Gretel, PA6)

➔ « Le pharmacien est un vendeur ». Aussi, il n'y aura **pas d'autres changements que celui du chiffre d'affaires**. La relation ne s'en trouve pas impactée (16).

Ça fait du chiffre d'affaires. On va parler comme ça. Oui. C'est tout. (Rachel, PA16)

➔ A l'inverse, **le rôle de conseil** avant l'achat que le répondant pressent nécessaire dans le cas de l'ATVD, préexiste déjà pour cette personne. Aussi, la relation avec le pharmacien n'en est pas modifiée (17).

Maintenant, je pense aussi que l'autotest... donner à quelqu'un il y a aussi tout le rôle du pharmacien... qui doit aussi essayer d'avoir quand même un temps de parole avec la personne. Avant de lui donner le test ! Je vais dire : « on ne va pas acheter 1 kg de tomates ! » Et c'est quand même dans une pharmacie ! (Susie, PA17)

4.2.3. CHANGEMENTS POTENTIELS DANS LES RELATIONS MÉDECIN-PHARMACIEN

Taux de réponse : 1 sur 17. (Pas de réponse : 1-15, 17)

Seul un répondant mentionne un changement dans la relation médecin-pharmacien. Il s'agit d'un **changement potentiellement négatif**. Les pharmaciens **risqueraient de sortir de leur zone de confort par rapport au diagnostic, suite à des questions de clients qui risqueraient de les mettre à mal en regard des médecins, ces questions devant davantage être adressées au médecin**.

À mon avis, il y en a qui pourrait demander... qu'ils sortent un peu de leur zone de confort au niveau diagnostic, etc. et ça, je pense que ça peut les mettre éventuellement un peu mal en demandant des choses qu'ils devraient demander plutôt aux médecins (Rachel, PA16)

⁵⁸ « Le pharmacien est un vendeur », la personne précise ne rien en attendre.



Tableau PA9. Changements potentiels dans les relations suite à l'introduction des ATVD, selon les patients

Patient-Médecin (14 sur 17)	Changements :	Positifs : ➤ Evite une consultation chez le médecin (si le résultat est négatif) → ➤ Permet de désengorger les Cabinets des généralistes (qui peuvent se consacrer aux consultations réellement utiles) ➤ Délègue une partie du diagnostic/pouvoir du médecin vers le patient - Utile s'il est difficile d'en parler (permet de franchir le pas, de court-circuiter le médecin, dans un 1^{er} temps) - Constitue une aide au diagnostic pour le médecin - Permet de gérer, en semi-autonomie, un problème de santé en routine
		Négatifs : ➤ Met le médecin hors-jeu (→ retombées négatives sur la santé du patient) ➤ Renforce le sentiment de méfiance vis-à-vis du monde médical (si les résultats divergent)
	Absence de changements :	Pas de changement de rôle. ➤ Le suivi n'est pas modifié par la réalisation d'un autotest, parce que l'attitude des deux acteurs ne changent pas ou parce que le médecin refuse de changer. ➤ Participe à une dynamique existante... de changement de rôle : l'érosion de la position du médecin.
Patient-pharmacien (5 sur 17 !)	Changements :	Positifs : ➤ Etablir des contacts plus riches (en aidant le pharmacien à faire évoluer sa profession) Négatifs : ---
	Absence de changements :	Trois cas de figure : ➤ Le patient se rendra dans une autre officine que son officine habituelle, si le sujet est « sensible » [pas de changement possible]. ➤ Absence de changement dans l'attitude du pharmacien qui reste un vendeur. ➤ Préexistence du rôle de conseil chez son pharmacien.
Médecin - Pharmacien (1 sur 17 !)	Changements :	Positifs : --- Négatifs ➤ Risque pour les pharmaciens de sortir de leur zone de confort vis-à-vis des médecins par des questions du patient relatives au diagnostic.
	Absence de changements :	---

4.3. REPRÉSENTATIONS DES CHANGEMENTS INDUITS SUR LE PLAN DE LA RELATION PAR LES ATVDS TELS QUE PERÇUS PAR LES AUTRES ACTEURS, SELON LE « PATIENT ».

Parmi les représentations que le « patient » se fait de ce que les autres acteurs se font des ATVDS, c'est surtout l'idée que s'en fait le médecin qui est abordé. Les points de vue des pharmaciens et des autres patients sont rarement abordés. Les taux de réponse (très faibles) en témoignent.

4.3.1. REPRÉSENTATIONS DES CHANGEMENTS « PAR » LES MÉDECINS

Taux de réponse : 9 sur 17 (pas de réponse de :1,2,6,8-11,13)

En amont de représentations des ATVds par les médecins, certains « patients » mentionnent que :

➤ Les médecins ne connaissent pas l'existence des ATVD (3,7).

*Cela me semble tellement clair que si les autotests existent..., qu'elle me dise : « si tu as un doute, tu fais ta tigette et puis... ». La réponse a l'air tellement simple que je ne comprends pas pourquoi elle ne me les pas proposé elle-même. Elle ne m'a pas parlé d'autotest, elle. C'est quand moi j'ai dit : « mais je vais aller acheter les tiges que tu utilises, je pourrais les utiliser moi-même ». Elle ne m'a pas dit « non », mais elle ne m'a pas dit : « mais il y a des autotests ». Donc, est-ce qu'elle le savait ? Je n'en sais rien. Je ne sais pas depuis combien de temps cela existe. (Silences)
i : C'est depuis 2017, environ.*



Ah ben voilà alors, c'est qu'elle ne savait. Parce que la pharmacienne m'a dit : « ah mais maintenant, il y a des autotests ». Donc, c'est peut-être qu'elle ne le savait pas.

La première chose c'est d'informer les médecins de l'existence de ces autotests. Bon, la pharmacienne, c'est elle qui me l'a dit spontanément mais le médecin visiblement, elle ne.... Mais franchement je ne crois pas qu'elle freinait. Je pense qu'elle ne savait pas que cela existait (Dina, PA3).

Mais à mon avis, il va me regarder avec des yeux tout ronds. Parce que je crois que c'est encore au début...(Hélène, PA7)

Par ailleurs,

➔ **Les médecins y seront défavorables et réagiront négativement** (3,4,5,12,14,16,17) parce qu'ils vivront les ATVDs comme **une perte de leurs prérogatives**, comme un changement de rôle négatif.

Il peut s'agir du travail (12), du pouvoir (3,4,5,14,16,17). L'idée est, comme formulé par un répondant (17), que le patient « marche sur ses plates-bandes », qu'ils se substituent à lui pour le diagnostic (17)

Verbatim au point 4.1.2. Changements positifs pouvant être perçus comme négatifs par le médecin

➔ **Les médecins seront en outre réticents, parce que peu confiants dans les caractéristiques techniques des ATVDs** (la fiabilité) (17), mais également par **crainte des réactions du patient**. Celui-ci risquerait de s'installer dans une logique d'autonomisme, qui ne consulterait pas et développerait des comportements de santé inadéquat (15). Dans ce dernier cas, il y a un changement de rôle (perçu) négatif dans le chef du patient.

Les médecins généralistes vous pensez qu'ils en pensent quoi de ces tests ?

Le médecin généraliste ? Je ne suis pas médecin généraliste... si j'étais médecin généraliste... ils doivent se dire que... je n'en sais rien. Disons que si j'étais médecin généraliste me dirais : pourvu que suite à ce test qu'ils viennent me voir ! Que ce n'est pas suffisant. On sait que l'intolérance au gluten, par exemple, cela peut avoir des conséquences aussi si la personne se dit : « oulala je suis allergique, ça y est, je ne prends plus de gluten machin bazar. Et puis elle s'auto médique, cela peut dangereux aussi ».(Philae, PA15)

➔ **Le positionnement peut aussi être variable, en fonction du médecin :**

Deux cas de figure sont relevés : **un clivage entre son/ses médecin(s) du patient et les autres médecins**⁵⁹ (16); des **représentations distinctes mais qui vont toutes dans le sens de ne pas considérer le fait que le patient a réalisé un ATVD** (5) :

Dans le premier cas, la personne oppose ses médecins, ceux qu'elle connaît aux autres médecins. Les premiers accueilleront positivement comme une initiative proactive d'une personne qui essaye de comprendre tandis que les seconds l'accueilleront négativement comme une tentative de se substituer à eux. (16). Par conséquent, ses médecins y verraient une initiative positive du patient tandis que les autres médecins y verraient un changement négatif de leur propre rôle.

Dans le second cas, il est fait état de médecins peu enclins à la participation du patient. Il s'agit du type de relation qu'il rencontre habituellement avec les médecins. soit le médecin pense que les ATVDs ne servent à rien comme tout ce que fait le patient, soit ils susciteront une réaction négative, parce qu'allant à l'encontre de ses prérogatives. (5). Pour les premiers, les ATVDs n'induiront pas de changement. Pour les seconds, ils induiront la perception d'un changement négatif.

Mais j'ai l'impression qu'ils nous considèrent un peu comme « il y a les ploucs en bas qui ne comprennent pas grand-chose et qui font des trucs, cela ne sert à rien ». Donc, c'est un peu mon sentiment qu'ils doivent penser la même chose. Mais je n'en ai jamais discuté avec les médecins parce que je ne fais pas non plus d'autotest. (...) J'ai l'impression qu'il ne va pas très bien le prendre ! Parce qu'on a fait quelque chose sans son avis sans son accord.(France, PA5)

Dans le premier cas comme dans le second, un des positionnements rejoint celui des médecins décrits ci-avant qui sont défavorables aux ATVDs et le vivent comme une perte, un changement négatif dans leur rôle. **Dans les deux cas, cette idée repose sur l'attitude habituelle des médecins à l'égard du patient.**

Changements induits par les ATVDs tels que perçus par les médecins-En deçà de l'idée que les médecins pourraient se faire des autotests, les médecins sont perçus comme ne connaissant pas l'existence des ATVD. Ce qui du reste correspond effectivement à ce qui est rapporté par les médecins.

Sur le plan des changements rapportés, ceux-ci sont essentiellement négatifs : une perte de leurs prérogatives, un risque de comportements inadéquats de la part du patient. Les « patients » qui soulignent ce type de ressenti, partagent le fait de présenter des approches centrées sur le soignant⁶⁰.

Le fait que le médecin ne connaît pas les ATVDs est rapporté par le seul patient qui a effectivement réalisé un ATVD et un second patient qui présente des pratiques d'autonomisme, suite à un échec de prise en charge (7)

⁵⁹ Une tendance qui était plus marquée dans les résultats des médecins, mais assez peu présente chez les patients

⁶⁰ Type 1 (4,5,12,16,17) et Type 2 (3).

4.3.2. REPRÉSENTATIONS DES CHANGEMENTS « PAR » LES PHARMACIENS

Taux de réponse : 2 sur 17 (15,16)

Les patients ne mentionnent pas de changement sur le plan de la relation. Les ATVDs seraient vu comme une opportunité de **vente supplémentaire** (15,16). *Verbatim point 4.2.3.*

4.3.3. REPRÉSENTATIONS DES CHANGEMENTS « PAR » LES AUTRES PATIENTS

Taux de réponse : 1 sur 17 (4,12,16)

En amont de représentations des ATVDs par les autres patients, certains « patients » mentionnent que :

➔ **Le grand public ne connaît pas l'existence des ATVD** (12,16)

I : (...) les gens ne savent pas ce que ça existe ?

Oui. Oui. Oui. Il faut vulgariser... Il faut intéresser les gens... il faut expliquer...(Marius, PA12)

Par ailleurs, une interrogation est émise concernant les autres « patients », sans qu'il s'agisse d'un changement sur le plan de la relation.

➔ **Les autres patients utiliseront-ils l'ATVD ? Peut-être n'oseront-ils pas les utiliser par crainte de savoir, d'obtenir une réponse.** (4)

Maintenant, je me demande s'il y a beaucoup de gens qui vont prendre ça. Il y a des kamikazes comme moi mais (Rires)

I : Parce qu'ils ont peur de savoir, vous voulez dire ?

Oui, oui. Oui. Mais c'est vrai que, c'est toujours ça je trouve le problème quand vous faites un test et que vous vous l'infligez à vous-même, c'est que vous vous n'êtes pas sûr que c'est bon.

I : ...que vous n'allez rien avoir, vous voulez dire ?

Ah, oui. C'est comme ce fameux truc quand on dit « ne poser pas la question parce que vous n'aimeriez pas entendre peut-être la réponse. Donc poser pas la question ». C'est un peu là-dedans qu'on est. (Eglantine, PA4)

5 « SUGGESTIONS/PROPOSITIONS » POUR AMÉLIORER LA RELATION PATIENT-MÉDECIN-PHARMACIEN

5.0. PRÉSENTATIONS DES SUGGESTIONS/PROPOSITIONS

Les Suggestions/Propositions portent sur **les relations dans le soin en général** (point 5.1), d'une part et **les relations dans le soin et les autotests à visée diagnostique** (point 5.2), d'autre part. Par ailleurs, elles proviennent de deux sources : **les Suggestions/Propositions directement émises par les répondants** (il s'agit des besoins ressentis ou exprimés) et elles **peuvent aussi être mises en évidence par l'analyse des données**. On parle alors de besoins latents. Selon la distinction opérée par Monnier et al. [27]

- Un « **Besoin ressenti** » est la perception par un individu ou par la population de ses propres manques;
- Un « **Besoin exprimé** » est un besoin ressenti qui s'exprime et se traduit par une demande qui appelle en retour une réponse (offre de formation, outils, etc.).
- Un « **Besoin latent** » est un manque qui n'est pas perçu par l'individu ou la population, mais qui peut être mis en évidence par l'analyse. Ces derniers sont *mentionnés en italique dans le texte*, tandis que les éléments en caractères « normaux » sont les éléments communiqués directement par les répondants.

La présentation comprend les **sections suivantes** :

- Le contexte : l'organisation des soins de santé et les aspects techniques
- Les **actions possibles concernant les différents acteurs** (patients, médecins, pharmaciens) en présence, éventuellement par type de relation concernée (patient-médecin ; patient-pharmacien ; médecin-pharmacien)
- Les points à approfondir par la recherche.



Les éléments sont repris sous forme de tableaux selon la **logique suivante** :

- La (ou les) **situations-problèmes ou observations** sur laquelle repose la (ou les) suggestion(s).
- La (ou les) **Suggestions/Propositions** à mettre en œuvre pour remédier à la situation problème.
- Les **éventuels moyens** pour y parvenir.

A ce stade, il ne s'agit pas de recommandations. Celles-ci devraient être formulées sur base des Suggestions/Propositions en fonction d'orientations prises sur les plans politiques ou institutionnels

Note : Les éléments qui concernent spécifiquement le VIH sont reprises en bleuté⁶¹. Ils sont repris dans les tableaux concernant les autres pathologies/ATVDs lorsque pour le VIH une tendance présente pour les autres pathologies/ATVDs prend des modalités particulières. Lorsque la tendance n'est présente que pour la VIH, elle est reprise dans un tableau séparément. Les recommandations concernant d'autres acteurs que les patients, médecins, pharmaciens sont reprises en Annexe 4.

⁶¹ Elles sont reprises dans les tableaux concernant les autres pathologies/ATVD lorsque pour le VIH une tendance présente pour les autres pathologies/ATVDs prend des modalités particulières. Lorsque la tendance n'est présente que pour la VIH, elle est reprise dans un tableau séparément.



5.1. SUGGESTIONS/PROPOSITIONS POUR AMÉLIORER LES RELATIONS DANS LE SOIN, EN GÉNÉRAL

17 réponses sur 17.

Cette version doit faire l'objet d'une discussion avec des experts et acteurs-clés. Ces données sont présentées sous forme de tableau pour faciliter la discussion et permettre la formulation de pistes d'amélioration de la relation.

Convention d'écriture : En caractères « Normal » : Les éléments rapportés ou suggérés par le répondant. En *italique*. Les besoins latents (issus de l'analyse). En **bleuté**, concerne exclusivement le VIH. En **rose**, inférence. Le reste, des réflexions et Suggestions/Propositions provenant directement des patients.

5.1.1. CONTEXTE PLUS GÉNÉRAL DE L'ORGANISATION DES SOINS

	Problèmes	Suggestions/Propositions-Besoins	Moyens
PGC1	Restrictions/Economies au nom de la rentabilité qui engendre la dégradation du système soins de santé qui touchent aussi les kinés et les infirmiers et impacte la relation de soins (parce qu'elle met les soignants sous pression). Peu de disponibilité pour le patient, du fait de la charge administrative élevée (3).	Assurer le financement correct des soins de santé. Réduire la charge administrative des généralistes Déléguer certaines tâches aux infirmières voire aux pharmaciens. (14)	?
PGC2	Peu d'ouverture vis-à-vis des thérapies alternatives (5,7,14,17) dans les Facultés de médecine qui restent très Evidence Based Medicine (EBM) ⁶² et obsédées par la technique. Alors même que cette ouverture existe dans certains hôpitaux (ex. le traitement de la dépression)(15).	Evoluer vers une médecine moins médicalisée-prescrivait moins de médicaments-, voire plus naturelle (2,5,7,16,17) Témoigner de plus d'ouverture envers les médecines alternatives (notamment pour le traitement de la dépression), dans les facultés de médecine et au niveau du législateur.(14) Pour certains, cette ouverture peut prendre la forme d'une collaboration avec d'autres professionnels. Pour aider le traitement, pas le remplacer. Le traitement naturel (phytothérapie, aromathérapie) intervient en complément du traitement classique (7)	« L'Etat doit reprendre un rôle de pilote » (15) Les programmes des facultés de médecine ?
PGC3	Puissance des lobbies pharmaceutiques. Grande disponibilité des médicaments sur Internet (15)	(Mieux) réguler la vente de médicaments par Internet, plus de fermeté de la part de l'Etat (15)	« L'Etat doit reprendre un rôle de pilote » : (15)
PGC4	« Six » Ministres de la santé. « Grosse inefficacité », manque de coordination, de cohérence des messages délivrés (15)	Plus de prévention et de coordination, y compris pour mieux informer la population par les canaux publicitaires (antibiotiques, automédication). (15)	« L'Etat doit reprendre un rôle de pilote » : (15)
PGC5	Peu de relations entre les différents professionnels qui gravitent autour du patient (14)	Développer la collaboration de l'ensemble des intervenants (minimum de la première ligne), afin de	« Institutionnaliser » cette relation, « un même médecin, un même pharmacien

⁶² Médecine basée sur les preuves.



	Mais Beaucoup de personnes en Belgique résistent à une transparence dans ce domaine au nom d'une pseudo liberté (14)	permettre plus de cohésion (avec chacun qui est considéré à sa juste valeur), une vision d'ensemble plus exhaustive du patient (5)	pour un patient », avec un lien qui soit établi (pas nécessairement en face-à-face mais de manière informatique). Cela incorporerait aussi l'infirmière et tous les autres professionnels de 1 ^{ère} ligne(14) Via des incitants financiers ? (14)
--	---	--	--

5.1.2. RELATIONS PATIENT-MÉDECIN GÉNÉRALISTE

Éléments-clés : Les patients qui sont satisfaits de leurs relations avec leur médecin sont ceux qui ont un médecin qui correspond à leurs attentes (qui peuvent être variables sur le plan de la participation. Tous ne la souhaitent pas). Ils craignent toutefois parfois de ne plus retrouver ce type de relation lorsque leur médecin actuel arrêtera ses activités. Ceux qui sont insatisfaits ont des relations qu'ils qualifient de transmission unilatérale d'information comprenant parfois le pourquoi (Type 1.1 ou Type 1.2). Des stratégies d'autonomisme (rupture de la relation) sont observées lorsque la relation ne correspond pas à leurs attentes. Les comportements de type « autonomisme » font tous suite à un échec, une insatisfaction ou l'absence d'approche concertée. Il ne s'agit toutefois pas d'une rupture radicale avec le monde médical : les patients sont « non-observants » mais restent en contact avec le médecin ou encore, changent de praticiens.

5.1.2.1. CONTEXTE DE LA RELATION PATIENT-MÉDECIN, SELON LES PATIENTS.

	Problèmes	Suggestions/Propositions-Besoins	Moyens
PGCM1 (En lien avec PC05)	Partage des données-Crainte de vieillir dans un système où il faut être suffisamment bien pour assurer soi-même le suivi de sa maladie : Le patient doit faire le lien entre les médecins, demander la copie patient (qui n'est pas toujours envoyée), demander au spécialiste d'informer le médecin traitant. (1,5, 11). Le délai de 30 jours pour que le patient obtienne les résultats d'examen (affichage des résultats sur le dossier médical) est beaucoup trop long (et non justifié dans le cadre d'un problème chronique) (1)	-Solution de partage des données entre le médecin et le patient (1,5) et entre les médecins (1). -Améliorer la transmission des données du patient à l'ensemble des médecins qui le suivent. -Que les médecins, y compris les spécialistes fassent suivre l'information aux autres.(1)	?
« Attitudes » de certains spécialistes :			
PGCM2	Refus de certains spécialistes de communiquer les résultats d'examens aux personnes âgées, "vous n'en avez pas besoin, c'est dans l'ordinateur"(1)	Prise en compte, du refus de certains spécialistes de communiquer les résultats aux personnes âgées. Vérification par le médecin généraliste que le patient dispose bien de l'information (cf. PGCM1).==> mener des recherches visant à objectiver ?	?



PGCM3	Turnover très élevé des spécialistes sur la Région Bruxelles-Capitale (1)	?	?
PGCM4	Saucissonnage du patient à l'excès (vue exclusive du corps par organe, voire par paramètre) (1)	Synthèse opérée par le médecin généraliste mais Risque de découragement/démobilisation par le patient dans la prise en charge de sa santé, voire la rupture avec le monde médical (1)	?

5.1.2.2A ACTIONS CIBLANT LES PATIENTS

	Problèmes	Suggestions/Propositions-Besoins	Moyens
1/ Education santé (à l'école, tout au long de la vie)			
PGPM-1a	Le niveau d'éducation santé de la population est relativement bas . Cela complique le travail du médecin parce qu'il ne peut s'appuyer sur des connaissances préalables (1, 7)	Relever le niveau de l'éducation santé des citoyens. Niveau 1 - Être (mieux) éduqué (informé) Cela donnerait une base sur laquelle pourrait s'appuyer les soignants et ce serait plus agréable pour eux (7)	Niveau 1 - par le corps médical. Un médecin sur les aspects théoriques, les infirmiers sur les aspects pratiques, y compris via des documentaires grand public, des affiches, via les médias. (7) Pour d'autres, les émissions médicales à la TV ne devraient pas exister parce qu'elles ne sont pas à la portée de tous, qu'elles suscitent la crainte d'avoir des pathologies. La médecine n'est pas un show.(13)→ veiller au respect de certaines caractéristiques : approche positive, centrée sur la santé pas la maladie, être compréhensible par tous.
PGPM-1b	Un niveau d'éducation santé faible maintient le patient dans la passivité (voire génère la rupture), faute de pouvoir établir un véritable dialogue. (1)	Niveau 2 -Pouvoir prendre soin de soi & Dialoguer avec les médecins (1,5,7,17) y compris pouvoir dire au médecin que c'est important pour lui de comprendre (5) ; Être en mesure de comprendre un diagnostic. (1) Connaitre son corps, être attentif aux effets du traitement, fournir des feedbacks au médecin(5,7), ce qui fait évoluer le côté médical -aussi-! (7) Se montrer responsable pour sa santé et collectivement (17)	Niveau 1 et 2 par le système éducatif. Cours d'éducation santé à l'école. En primaire, le fonctionnement du corps, situer les organes et savoir quand il faut consulter. En Humanité: secourisme, voir quand un proche ne va pas bien (1) [Sans précision du cycle d'enseignement] Comportements de santé préventifs sains. Respecter son corps, en prendre soin par des approches positives, pas coercitives (17), y compris des cours pratiques tels que des cours de cuisine
PGPM2	Beaucoup de personnes méconnaissent leurs droits, en tant que patients (17)	Être mieux informé de ses droits en tant que patient (17)	Séance d'information de courte durée ? (17) ou intégré au module d' Education santé.

PGPM3	L'accompagnement sur le plan mental/psychologique génère encore souvent un sentiment de honte et de rejet. Or, cela peut permettre de ne pas médicaliser(14)	Pouvoir admettre qu'il est parfois nécessaire de se faire aider sur le plan mental/psychologique. (14)	Via Intégrer cette dimension dans les compétences de base en éducation santé Via accroître l'accessibilité socioculturelle de ce comportement de santé (médias) ?Autres ?
-------	--	--	--

5.1.2.2B ACTIONS CIBLANT LES MÉDECINS

Si certains patients soulignent la nécessité de développer le niveau de base en éducation, les Suggestions/Propositions en ce qui concerne la relation médecin-patient concernent essentiellement l'attitude du médecin. Certains soulignent d'ailleurs explicitement dans le cas de la relation patient-médecin, c'est au médecin de construire la relation. Le médecin doit « bien l'accueillir, le mettre à l'aise, lui sourire... Le patient se sent déjà mieux quand il voit son médecin ». (Marius, PA12)

	Problèmes	Suggestions/Propositions-Besoins	Moyens
Développer la communication, le partenariat avec le patient :			
PGMP0a	Manque de prise en considération des aspects relationnels (3,4,14,17), émotionnels et psychologiques (4), particulièrement lors de l'annonce des mauvaises nouvelles (1,3). Nécessite de plus de tact, de considérer qu'ils ont quelqu'un en face d'eux (14). (Certains semblent pourtant mieux formés que d'autres notamment dans les hôpitaux pour enfants) (17)	Principes généraux : 1/ Pouvoir gérer les aspects relationnels : Balises : -« considérer qu'ils ont quelqu'un en face d'eux » (4) -considérer le patient comme une personne, pas comme une pathologie. (17) -Réagir adéquatement face aux mauvaises nouvelles ⁶³ et pouvoir les annoncer. (1,3,4),	Via Formation initiale des médecins. (Mieux) Former les médecins : 1/ à la relation au patient(15,17) En mettant en place lors des études des groupes participatifs où ils soient confrontés à des personnes qui ne sont pas médecins. (17)
PGMP0b	De moins en moins de bons diagnostics sont établis par l'examen clinique et l'anamnèse. Une multitude d'exams, par une machinerie semblent désormais nécessaires pour établir un diagnostic. Dérive technologique (15, 17) Manque de vision holistique du corps humain, de santé bio-psycho-sociale (17) → des choix en fonction de certains paramètres qui ne sont pas remis dans leur contexte	2/Pouvoir gérer les aspects techniques et scientifiques, sans avoir toujours recourt à la technique et en allant au-delà d'une vision morcelée et biomédicale du patient Prendre le temps (2) d'écouter le patient(2,17), ce qui permet à terme d'en gagner, en posant des diagnostics plus pertinents (17)	2/ aux aspects techniques. Les former à : -anamnèse, -outil diagnostic, -une approche plus holistique, -développer la vision de santé globale (17)
PGMP1	<i>Approches des médecins peu partenariales. Les pratiques centrées sur le patient sont le fait de médecins formés dans ce sens (Balint, accompagnement addiction, éducation du patient). Or, certains patients optent pour des pratiques d'autonomisme de manière transitoire ou définitive, en cas d'échec de dialogue,</i>	Niveau 1 Au minimum : 1/ des explications claires et compréhensibles sur la maladie, les causes, le pourquoi du traitement [voire l'état des connaissances y compris l'incertitude] → crée la confiance avec le patient, qui comprend la pathologie, le traitement (5) ; 2/ le respect des options de santé du patient (→ à explorer	Formation initiale ou continue

⁶³ Concerne l'ensemble des professionnels de santé à l'exception du pharmacien



	<i>d'approche concertée. Au minimum une relation de Type 1.2 est attendu soit une information unilatérale du patient avec les justifications, le pourquoi ainsi que la prise en compte des options de santé du patient</i>	<i>préalablement : plus ou moins de médicaments, de traitement invasif, d'acharnement thérapeutique ?) (2,5,17)</i>	
PGMP2	Crainte de l'acharnement thérapeutique, par les MG et les hôpitaux, qu'ils veuillent maintenir les gens en vie à tout prix même quand elles n'ont plus envie. Impression d'une industrie, d'un business. (15) Manque de confiance vis-à-vis du médecin, sentiment de non-maitrise de sa santé par le patient (5) ?	Entre Niveau 1 et 2 ? : « Stimuler » le patient. -Communiquer une copie papier du dossier au patient.(7) - Faire en sorte que le patient sache où il en est: connaît le diagnostic, l'évolution des paramètres (via le médecin, qui lui montre sur des graphiques), ce qui est aussi positif pour le moral.(7) -Rendre le patient actif pas "docteur dit, patient écoute", le médecin doit faire part au patient de son raisonnement (ce qu'il suspecte, pourquoi il prescrit tel examen) → ce qui contribuera à ce que le patient, souhaite en savoir plus, s'informe aussi via internet ses amis, pose des questions et recherche.(7)	Accepter la mort pour être moins dans l'acharnement thérapeutique et les dérives technologiques. (17)
PGMP3	Manque d'ouverture sur la personne (qui n'est pas une marchandise), difficile parce qu'ils sont pris par leur savoir: (2) Manque d'échanges avec le médecin, pouvant conduire à d'une rupture mineure jusqu'au rejet de toute la médecine, en bloc.(5)	Niveau 2-Mieux dialoguer avec le patient.(14) Remettre la relation en équilibre. Être dans une optique d'aide, de partenariat. Pas dans le paternalisme ou se substituer au patient. cf. « qu'attendez-vous de moi? »(17)	Formation des médecins, plus particulièrement : Travailler sur les images que les soignants ont des patients (et de la personne âgée en particulier), se poser la question : qui, comme personne, j'ai en face de moi ? » pour partir des besoins de la personne lui demander ce qu'elle attend du soignant. Plutôt que de dicter des solutions (17)
PGMP4	<i>Les attentes sur le plan de la participation (notamment l'association à la prise de la décision) peuvent varier, en particulier suite à l'apparition d'une pathologie ou l'aggravation d'une pathologie existante. Elles peuvent s'accroître ou au contraire, diminuer.</i>	<i>Veiller à réévaluer les souhaits du patient en matière de participation (en particulier à la décision) lors de la dégradation de l'état de santé.</i>	?
Obstacles à lever : Manque de disponibilité des médecins pour un travail de qualité avec les patients			
PGMP-O1	Image irréaliste de la profession par les jeunes/futurs professionnels. Ceux-ci ne semblent pas conscients de ce qu'impliquent la profession et sont surpris par ce qu'elle exige "Oui on m'a téléphoné à minuit et tout ça" (13)	Acquérir, rapidement, une vision plus réaliste de la profession, afin d'éviter les déconvenues.	La formation initiale- (Mieux) former les futurs médecins à ce qu'implique leur profession, ce qui est agréable/désagréable, afin qu'ils aient des attentes réalistes vis-à-vis de la profession(13)
PGMP-O2	La médecine générale est délaissée par les futurs professionnels à la faveur de la médecine spécialisée → moins de candidats. (14,15).	Renforcer l'attractivité pour la médecine générale.(14, 15). « Redorer le blason des MG », qui est une approche spécifique, pas des	?

		médecins de 2ième zone par rapport au spécialiste.(14, 15)	
PGMP-O3	Surcharge et temps de consultation très court. - Charge de travail élevée, nombre de médecins trop peu élevé et les restrictions budgétaires → Surmenage (consommation de calmants ou alcoolisme) ou comportement de protection (limitation du nombre de consultation et travail uniquement sur rendez-vous).(3). → Temps de consultation beaucoup trop court chez certains médecins généralistes (10 minutes), même si c'est préparé par le patient (selon les conseils du médecin) (1) et ce, dans une optique de rentabilité	Résoudre les problèmes de restrictions d'accès à la profession pour les médecins (numéros INAMI) (1,16). Cf. S'il y a +de médecins, le médecin peut passer +de temps le patient et construire de meilleures relations.(16)	?
		Alléger la charge de travail des médecins: Déléguer à certaines professions des contrôles en routine (les infirmiers et, peut-être les pharmaciens), ceux-ci alimenteraient la base de données du médecin, certains actes aux infirmiers tels les vaccinations (plus adéquats que les pharmaciens) (14).	? cadre légal ?
PGMP-O4	Gestion des fins de carrière. -Manque d'accessibilité des médecins en fin de carrière (diminution des plages de consultation) (2, 15)	Garantir plus de disponibilité pour le patient (1,15)	Éventuellement en s'organisant en maison médicale ou cabinet partagé pour garantir cette disponibilité. (1,15)
	-Difficulté de trouver un autre médecin généraliste (pour prendre le relai), si le sien est malade ou prend sa retraite (1,2,13) [note: ce n'est pas un problème de pénurie mais il est peu aisé d'un identifier un qui travaille de la même façon (relation interpersonnelle, soucieux de l'humain, disponible)] (2, 13) Or, si certains médecins bruxellois assurent encore les visites à domicile, la plupart n'assurent pas/plus ce type de visite. Elles sont assurées par un service itinérant. [« spécificité Bruxelloise négative »] (1,15) →Pression sur le patient des fins de carrière des médecins (reprise des patients) (1).	? Services d'accompagnement ?? Base de données qualitatives avec les approches des médecins ?	

5.1.3. RELATIONS PATIENT-PHARMACIEN

Éléments-clés : Les relations patient-pharmacien sont moins partenariales que les relations patient-médecin. Elles sont souvent impersonnelles. Les attentes des patients en matière de relations patient-pharmacien sont faibles : C'est la disponibilité des produits qui est recherchée. Les pharmaciens sont perçus comme des vendeurs. Toutefois, lorsque le niveau de satisfaction de la relation est élevé, la satisfaction repose sur une relation égalitaire d'individu à individu sur laquelle le patient « pourra compter en cas de problème ». Par ailleurs, des niveaux de satisfaction moins élevés semblent associés à la représentation selon laquelle le pharmacien n'est pas un partenaire de santé. En d'autres termes, si les attentes sont faibles, il pourrait y avoir une marge d'amélioration vers une relation patient-pharmacien porteuse de plus de satisfaction pour le patient. Toutefois si des avancées devaient avoir lieu dans ce sens il serait nécessaire qu'elles s'accompagnent d'une communication à l'égard du grand public (sans quoi un changement d'attitude pourrait susciter de la méfiance).



5.1.3.1. ELÉMENTS DE CONTEXTE [RAS]

5.1.3.2. ASPECTS « RELATIONNELS »

5.1.3.2A ACTIONS CIBLANT LES PATIENTS

A ce stade des relations avec le pharmacien, certains soulignent que dans le cas de la relation patient-pharmacien, si le patient souhaite la confidentialité et une relation interpersonnelle durable, c'est à lui de la construire. Il faut essayer d'intéresser le pharmacien (qui est un vendeur), pour sortir de l'anonymat. (12)

	Problèmes	Suggestions/Propositions-Besoins	Moyens
PGPF1	Les patients s'interrogent dans quelle mesure les pharmaciens sont tenus à la confidentialité.(8)	Clarifier les obligations du pharmacien en matière de confidentialité des informations « patient », auprès du grand public (8)	?

5.1.3.2B ACTIONS CIBLANT LES PHARMACIENS

	Problèmes-Situation améliorable	Suggestions/Propositions-Besoins	Moyens
PGFF1	« Profession en crise ». 1/les pharmaciens = des marchands (16) <i>Certains n'attendent rien du pharmacien et le considèrent comme un marchand/vendeur (2,3,9,10,12,15,16). Néanmoins, les patients qui expriment les niveaux de satisfaction les moins élevés mentionnent aussi que « le pharmacien n'est pas un partenaire de soins » (2,9,10,15) . Tandis que lorsque le niveau de satisfaction de la relation est élevé, la satisfaction repose sur une relation égalitaire d'individu à individu sur laquelle le patient « pourra compter en cas de problème ».</i>	Réfléchir globalement (14,15) à la profession de pharmacien d'officine pour mieux la défendre, la valoriser. Mener une réflexion sur l'enrichissement de leur profession (cf. ne pas se limiter à la vente). Qu'est-ce que c'est un bon pharmacien d'officine ? Quelles compétences doit-il avoir ? Comment les développer ? Sans se limiter à la connaissance pharmacologique... mais intégrant la dimension de relations à la personne et au médecin. (14) Suggestions/Propositions d'évolution : -Plus d'explication/de conseils, moins de ventes (15) -Un relai-carrefour pour suggérer l'existence de services d'aide aux personnes âgées (14) -Effectuer certains contrôles en routine et alimenter la base de données du médecin. (ex. le frottis de gorge pratiqué en France) mais pas la vaccination qui est plus indiquée pour les infirmiers(14) (PGMP-O3)	À mener par les pharmaciens eux-mêmes (15). Les réunions de pharmaciens ? (14) Par la suite : -Formation des pharmaciens comment communiquer, dialoguer avec la personne, pour créer la relation de confiance et asseoir la crédibilité de cette profession : (ex. comment poser des questions qui ne tournent pas à de l'inquisition, informer de manière objective, sans pousser à l'achat. (14))
	2/ Y compris parce que beaucoup de structures se développent en parallèle. (5)	Mettre en avant leur plus-value (leurs connaissances) et faire la différence avec les	-Campagne d'information grand public, soulignant la possibilité d'un dialogue avec un



		parapharmacies (5, 14). Les pharmaciens ont « force de validité », y compris pour les produits naturels (dont le principe actif peut être violent). (5)	professionnel qui dispose de connaissances. Si tous les pharmaciens n'adhèrent pas, création d'un label, affichage encourageant au dialogue dans les officines participantes, ...etc.
PGFF2	Manque d'explication concernant les médicaments délivrables <u>sans</u> ordonnance (Alors que le pharmacien est le seul contrôle (11)). Tandis que généralement lors de la délivrance d'un médicament sous ordonnance « le pharmacien répète ce qui a été communiqué par le médecin ». Certains patients achètent un « produit » et ne l'utilisent pas. Ils considèrent que c'est à eux de s'assurer de leur compatibilité avec leur traitement, voire que ce n'est pas du ressort du pharmacien qui est un vendeur (9,11).	Fournir de l'information pour optimiser les prises en ce qui concerne les médicaments y compris ceux qui n'ont pas fait l'objet d'une ordonnance. (11) -être (plus) attentifs aux effets secondaires, interactions. Cette approche est encore très marginale. (14) Ce qui contribuerait aussi au point PGFF1	?
PGFF3	Refus de délivrer la pilule du lendemain, sans réorientation vers un confrère/autre service. La demande d'une personne en détresse reste sans réponse. Une attitude qualifiée de choquante chez un pharmacien. (6)	?	?
PGFF4	Grande hétérogénéité des pratiques d'information (d'aucune à beaucoup) en fonction du membre du personnel et de l'affluence dans l'officine.	?	?
Obstacles à lever : l'officine n'est pas pensée dans une optique de dialogue, l'obstacle de la langue			
PGFF-O1	L'officine = un lieu qui se prête mal à poser des questions intimes, nécessitant la confidentialité (14). Objectifs de rentabilité et affluence en pharmacie → peu de temps → peu d'information	-[Fonction de « conseil »] Tout repenser dans cette optique sur le plan de l'organisation du travail et de l'espace, si le pharmacien se consacre à autre chose que la vente (ex. toujours deux être) (14) -Prendre plus de temps avec le patient (16)	// PGFF1
PGFF-O2	Communiquer concernant des médicaments à des personnes qui ne maîtrisent pas une des langues véhiculaires est très compliqué (une situation très présente dans certains quartiers bruxellois (6)	Faciliter les explications concernant les médicaments pour les personnes ne maîtrisant pas les langues véhiculaires. (6)	Des traducteurs (machine)? (6)



5.1.4. SPÉCIFICITÉS POUR LE VIH

	Problèmes	Suggestions/Propositions-Besoins	Moyens
PGV1	Préjugés de certains médecins à l'égard des porteurs du VIH. (11)		
PGV2	Méconnaissance de la pathologie, des traitements VIH, comme à d'autres pathologies d'actualité. Des formations existent en formation continue mais elles sont couteuses en temps et argent. (11)	(Mieux ?) Former aux pathologies d'actualité lors de la formation initiale de médecin généraliste (11) afin que le médecin puisse assurer le suivi des patients	Formation initiale des médecins généralistes (11)
PGV3	L'annonce de sa séropositivité par le patient n'est pas toujours bien accueillie par les soignants (médicaux et paramédicaux) et les attitudes du personnel sont parfois inappropriées et peuvent nuire au soin. (9,11)	-Oser informer les soignants de sa séropositivité (pour que les mesures de protections soit adéquate] et que cela soit reçu adéquatement. (9,11) -Prendre les mesures de protection adéquates à l'égard du VIH (8,9,11)	Organiser des ateliers soignant-patient (9)
	Attitude inadéquate et les mesures de protection inadéquate des professionnels, qui peuvent nuire à la qualité des soins, par manque de sensibilisation sur les modes de transmissions du VIH et la crainte d'être contaminé chez les médecins, les infirmiers, les dentistes et les pharmaciens. (8,9,11)		(In)former les professionnels de santé aux/des modes de transmission du VIH et aux/des mesures de protection à prendre. (8,9)
PGV4	Lors d'un diagnostic le patient a peur du médecin (cf. ce n'est pas le médecin qui provoque cela). (10)	Prendre en charge les aspects psychologiques, y compris l'attitude du patient vis-à-vis du médecin. (10)	Suivi psychologique lors de l'annonce du diagnostic
PGV5	Une pathologie qui suscite encore la gêne, la honte	Favoriser le comportement de santé avec finesse, subtilité. Idée de promotion de la santé : mettre à disposition les moyens de prendre soin de leur santé (ex. Laisser le patient en présence de préservatifs à disposition et s'absenter) (10)	?
PGV6	Le système de remboursement des antiviraux aux pharmaciens influe sur la prise en charge des patients (réticence des petites officines).(11)		



5.2. SUGGESTIONS/PROPOSITIONS POUR AMÉLIORER LES RELATIONS DANS LE CONTEXTE DES AUTOTESTS A VISÉE DIAGNOSTIQUE

14 sur 17 (pas de réponse de 1,9,13)

Care-test comme dispositif pour améliorer la relation. Des patients énoncent les écueils à éviter en ce qui concernent les autotests à visée diagnostique et soulignent l'intérêt d'un dispositif indépendant tel que Care-test pour mener cette réflexion. En particulier, un tel dispositif devrait être un garde-fou par rapport à l'influence des firmes pharmaceutiques (5). Il faudrait éviter que les ATVDs ne tombent dans la logique que tout le monde doit prendre quelque chose (cf. Abaissement des seuils de cholestérol) et de tout médicaliser (14) et de ne s'inscrire que dans une logique de santé négative dans laquelle la personne est en bonne santé si une série de paramètres est contrôlée (14). Enfin, sur le plan de la méthode pour y parvenir, il est suggéré de rassembler les trois groupes concernés (patient, médecin, pharmacien) afin d'élaborer des pistes (17).

5.2.1. ASPECTS TECHNIQUES (& ORGANISATIONNELS)

	Problèmes	Suggestions/Propositions-Besoins	Moyens
Qualités techniques intrinsèques des ATVDs :			
PTT-1	L'ATVD doit pouvoir être utilisé directement par le patient. (4,11). Dans la négative, il y a un risque d'erreur de la part du patient.	Assurer une utilisation « facile » (4), veiller à ce que les notices des ATVDs soient compréhensibles (11) et qu'elles ne se limitent pas à comment faire l'ATVD, qu'elles comprennent ce qu'il faut faire par la suite. (11). Pour certains patients, si ces informations sont claires, elles se suffisent à elles-mêmes. Il n'est alors pas nécessaire que le pharmacien explique (6)	Associer les médecins et les associations de patients pour aider à vulgariser les informations. (12) + ???
	-Sa fiabilité est méconnue (5,7). -L'ATVD = un moyen pratique pour éviter une consultation. En cas de résultat négatif (ou non préoccupant), le patient prévoit ne pas consulter. Si le résultat est négatif, le patient ne consultera pas	-Garantir une certaine fiabilité . Pas de consensus sur le fait que la fiabilité actuelle constitue ou non une condition: 2 positionnements : 1/ Une fiabilité minimale est une condition (5). Certains précisent au moins 95% de spécificité et de sensibilité (14); 2/ Cela importe peu, cela s'améliorera au besoin au fil du temps, grâce à la recherche. La plus-value sur le plan de l'autonomie du patient qu'offre les ATVDs est plus importante que la fiabilité actuelle. (7) -Se prémunir contre le risque de faux négatifs.	-Développement du test sur le plan technique, visant à limiter le nombre de faux négatifs -Conseil lors de la vente, par le pharmacien, sur le risque de faux négatif (en fonction du taux) et ce que mesure le test et vérifier si cela correspond ce que souhaite « savoir le patient »
	Son coût (absolu et relatif) élevé est une barrière (3,7,11,14).	-Assurer l'accessibilité financière : La gratuité (7) ou un coût réduit ? pas de consensus. Par exemple par une intervention de la mutuelle (3,7). L'ATVD devrait avoir un coût inférieur à la procédure classique (une consultation médicale et une analyse en laboratoire) (12,16) L'idée est que « le patient ait quelque chose à y gagner sur le plan financier (7), pour d'autres ce n'est pas la priorité	Le remboursement mutuelliste sur base d'une prescription n'est pas une solution parce que c'est changer de logique. Il ne s'agit plus d'un acte que le patient peut poser de son propre chef sans intermédiaire. Mais, un remboursement est peut-être possible sur base de la présentation du ticket de pharmacie ? (14)



		parce que si les personnes y voient une utilité, ils seront prêts à payer (5,12).	
PTT-V	Le coût = un frein pour les jeunes, particulièrement « en routine » (11)	ATVD-VIH : L'accessibilité financière doit prendre en considération les spécificités liées à un public jeune (11)	Le remboursement mutuelliste n'est pas une solution parce que les jeunes dépendent de la mutualité des parents (11)
	Le VIH reste un sujet tabou. Il y a le regard de l'autre lors de l'achat, y compris en grande surface (8)	Accroître l'accessibilité géographique & socio-culturels de l'ATVD (8)	Mettre à disposition le test dans des endroits tels que les cabinets médicaux, les maisons médicales (8)

5.2.2. RELATIONS PATIENT-MÉDECINS-PHARMACIENS

Éléments -clés Les Suggestions/Propositions sur ce qui pourrait être réalisé par un professionnel sont très influencées par comment le répondant perçoit ce dernier. Aussi, certaines Suggestions/Propositions ne font pas consensus. *Le changement est perçu comme impactant essentiellement la relation patient-médecin, moins la relation avec le pharmacien (par ailleurs, moins partenariale). Lorsque l'aspect positif est souligné il s'agit surtout d'autonomie pour le patient dans la relation avec le médecin. L'autonomie gagnée par le patient est parfois présentée comme vécue comme une perte de pouvoir par le médecin.*

5.2.2.1.CONTEXTE OU SYSTÈME

	Problèmes	Suggestions/Propositions-Besoins	Moyens
PTC1	La méfiance à l'égard des intentions ministérielles (De Block) que cachent ce dispositif. Des économies sur les soins de santé ?	?	?

5.2.2.2. ASPECTS RELATIONNELS

5.2.2.2A ACTIONS CIBLANT LES PATIENTS

	Problèmes	Suggestions/Propositions-Besoins	Moyens
En amont de la réalisation d'un ATVD :			
PTP1	Un patient non-averti sur le plan de la santé présente plus de risques de présenter des réactions « inadéquates » (ex. ne pas consulter si le test montre qu'il n'est plus protégé contre le tétanos) (17)	Disposer d'un minimum de connaissances sur la pathologie et pouvoir déterminer dans quelle mesure il est nécessaire de consulter plus ou moins rapidement (1,17)	-Développer un niveau/socle d'Education Santé suffisant dans la population, préalable à l'utilisation des ATVDs (17) //PGMP1. -A défaut, communication des informations par le pharmacien lors de l'achat (7)
PTP2	Le grand public ne connaît pas l'existence de ces tests. La priorité est de savoir qu'ils existent ! « Parce que cela va dans le sens de l'autonomie du patient et que dès lors c'est positif » (5,12,16)	Informé le grand public de l'existence des ATVDs (5,12,16) mais le faire de manière ciblée , pour prévenir les effets délétères. (14)	-Tabler sur une stratégie de communication ciblée : * sur base de personnes ou groupes-cibles ou à risques ? * par des professionnels spécifiques qui connaissent leur public (infirmier, kiné, pharmacien ...)?
	Dans certains cas, faire un ATVD n'est pas indiqué. Cela risque de générer des craintes non-fondées chez le patient (risque de faux-positif) (14)		

	Le terme « ATVD » est méconnu et prête à confusion, par les patients. Les ATVDs peuvent être connus par des patients qui n'y associent pas le terme « autotests à visée diagnostique » (ATVD-VIH). A l'inverse, après explications, le terme « ATVD » peut continuer à évoquer les campagnes de dépistage organisées (cancer colorectal) ou à grande échelle (VIH) ⁶⁴ .	Prendre en considération dans toute communication relative aux ATVDs que le terme « ATVD » n'est pas intégré par le grand public et peut parfois évoquer d'autres dispositifs de dépistage.	-Evaluer les revers d'une communication grand public sur les ATVDs (ex. afflux de demandes d'examen non-justifiés chez les généralistes) ?
Lorsque de l'intention d'utilisation se manifeste			
PTP3	Risque de mésusage lié à l'incompréhension des conditions d'utilisation.	Être informé de « quand » et comment réaliser le test, des conditions d'utilisation(14)	-Le pharmacien lors de la vente ? -La notice ou un autre système, élaboré avec les médecins (cf. suggestion d'implication de ceux-ci) (12)
PTP4	L'ATVD peut permettre à certains patients d'oser faire un test. Il est apprécié par une partie des patients par l'autonomie qu'il confère au patient, principalement dans la phase de pré diagnostic. Après la réalisation du test, des « situations-problèmes » peuvent apparaître : 1/Des risques de non-suivi médical, du fait de l'absence de médecin. Ces risques sont : -Le déni. -Un acte désespéré (voir ci-après) -L'autonomisme, la rupture du lien avec le médecin, (l'auto traitement). Or, ce n'est pas l'autonomisme que ces patients visent (5,9,10,11,12,14). Parmi les répondants, une partie consulterait en cas de test positif, une autre s'automédiquerait dans un premier temps, parfois avec l'apport du pharmacien. L'intention de s'autotraitier est variable en fonction du test mais aussi du « patient » (certains s'autotraiteraient pour le fer ou le cholestérol. D'autres, non).	Être informé lors de l'achat que : l'ATVD = un premier pas (5,9,10,11,12,14), mais qu'il ne suffit pas. 1/Être sensibilisé à la nécessité d'assurer un suivi : de consulter un professionnel en cas de test positif (5,9-11), de problèmes d'interprétation (12), de problèmes avérés (11) ou de doute (11, 14). Quel que soit le résultat, si la personne a des doutes, il faut consulter (parce que cela peut être dangereux si la personne continue à faire des tests et ne consulte pas) (14). 2/« Être averti des dangers de l'automédication » pour que les personnes ne soient pas dans la logique détecter un paramètre et le combler parce qu'un problème peut cacher un problème plus grave (15) Être encouragé à parler du résultat de l'ATVD à un médecin	?? le pharmacien ? la notice ? ... ? Être informé de l'attitude à adopter face au résultat du test de quand consulter (nécessité de consulter plus ou moins rapidement) et de qui consulter (médecin généraliste, spécialiste, service spécialisé). (5) Préalablement par l'Education du patient ou au moment de l'achat ? Mise en place de supports encourageant le patient à en parler à un médecin

⁶⁴ Le même type de confusion existe dans le cas des dépistages organisés des cancers qui favorisent sur la partie francophone les dépistages individuels. [28]



	2/Un profil d'utilisateur potentiel d'ATVDs, s'il se confirme, est susceptible de poser davantage de problèmes (générateur de tensions) à savoir la conjonction « favorable au ATVD » & une relation centrée sur le médecin & y voir un changement positif dans la relation. Le recours à un ATVD est présenté comme lié à un contexte défavorable sur le plan de la relation alors que le suivi post-test est susceptible d'avoir lieu dans le cadre de celle-ci...(la démarche du patient risque d'être mal accueillie par le praticien) voir MG.	Prévenir les situations d'autonomisme « réactionnel », lié à une relation patient-médecin insatisfaisante.	Importance de la formation de base en éducation du patient du médecin voir PGMP0. Cf. Les ATVDs peuvent « révéler » des situations préalablement problématiques. Or, les personnes qui présentent des positionnements d'autonomisme (se passer du médecin) voient aussi dans les ATVD un changement positif dans le rôle du patient.
PTP5	Risque de renforcer la méfiance vis-à-vis du corps médical si les résultats aux ATVDs et aux examens médicaux ne coïncident pas	Prévenir un renforcement de l'autonomisme en développant un type de relation co-négocié (le niveau de collaboration souhaité varie en fonction du patient)	voir PGMP0
PTP6	Les patients ne disposent pas de connaissances sur la fiabilité des ATVDs. <i>Une partie semble avoir toutefois intégré que comme tout test, ils ne sont probablement pas fiables à 100%.</i>	Être informé sur le plan de la fiabilité (jusqu'où c'est fiable, les limites, ce qu'on peut faire/ne pas faire. Le comportement de santé Adhoc). [Pas de consensus : 2 positions (voir point PTT1 sur la fiabilité) : 1/le patient doit être informé à quel point l'ATVD est fiable ⁶⁵ , pour savoir quel crédit lui donner (5, 15) et si nécessaire l'encourager à consulter un médecin (15) ⁶⁶ . 2/La notion de sensibilité-spécificité, trop abstraite à l'échelle d'un individu. Elle n'a pas de sens pour la personne qui fait un test. Elle souhaite une réponse en « oui-non ». (14) ^{67,68}	Information par le Pharmacien ou le Médecin Généraliste Nécessité d'être informé (ou formé) préalablement sur : -ces notions en elle-même -comment en parler à une personne et lui communiquer ce que cela signifie à son échelle.
PTP7	Risque réaction de déni (10,11) ou acte désespéré (3,5,10,17) suite à la réalisation d'ATVD, d'autant que le pronostic est vécu comme lourd (ce qui varie en fonction de la personne), notamment pour le VIH, qui est encore tabou.	Réaliser l'ATVD, accompagné d'un proche (5,9,10) ou d'un professionnel (17) qui sait comment réagir face à une mauvaise nouvelle (5,10). En cas de test positif : - Cet accompagnant va prendre le relai (5,9), parler à la personne, la rassurer, l'inciter à consulter. En l'absence d'un proche, c'est alors à un professionnel d'assurer cet accompagnement de	Conseil lors de l'achat ? Lors des campagnes (ciblant les ATVDs ou plus globalement sur les résultats d'examen) (cf. éviter de faire de la publicité des ATVDs auprès d'un public tout venant voir PTP2 ?

⁶⁵ Les répondants ne connaissent actuellement pas la fiabilité des tests .

⁶⁶ Le répondant précise que pour certains cela ne suffira pas, sans toutefois préciser les autres raisons (15).

⁶⁷ Anciennement professionnel de santé, sans qu'il ne soit possible d'établir ici un lien. (Cf. recherche qualitative)

⁶⁸ Ce serait une information pour ceux qui décident de mettre sur le marché. En général, même les médecins et les pharmaciens ne comprennent pas ces notions. (14)



		suivi (une assistance sociale ou un psy, avec possibilité de choisir le genre de l'interlocuteur pour éviter les problèmes de honte) (10) -la présence d'un professionnel permet d'expliquer directement au patient ce qu'il y a à faire (17).	
En aval de la réalisation de l'ATVD			
PTP8	« Les médecins et les pharmaciens n'ont pas le temps » de fournir des informations/explications lors de la réalisation des ATVDs, (5)	Pouvoir poser des questions s'il y a une difficulté lors de la réalisation des ATVDs à un service qui soit disponible. (5)	Mise en place d'un numéro vert gratuit (0800), auquel quelqu'un qui s'y connaît répond (au moins pendant les heures de bureau) (5)
PTPV9	Risque que la personne reste seule et se sente démunie, face à une AVTD positif particulièrement pour les diagnostics de maladies à pronostic lourd, comme le VIH (11)	Mettre en place (si inexistant) ou relayer vers (si existant) une structure de prise en charge sur le plan psychologique et émotionnel (ex. le centre ELISA pour le VIH) Informar la personne pour qu'elle sache vers qui se diriger, y compris si elle souhaite la confidentialité Exemple à suivre. Ce qui se passe dans les festivals, pour le VIH, idéalement orienter la personne vers la prise en charge ou expliquer les comportements de santé pour rester négatif, un médecin, un psy, une infirmière spécialisée dans le domaine.(11)	Faire l'inventaire de l'existant [Faire une étude des besoins si inexistant] Élaborer un annuaire des structures existantes Communiquer l'information au patient lors de l'achat du test (support patient ? En le précisant lors de l'achat ?)

5.2.2.2B ACTIONS CIBLANT LES DEUX PROFESSIONNELS (MÉDECINS GÉNÉRALISTES ET PHARMACIENS)

	Problèmes	Suggestions/Propositions-Besoins	Moyens
PTD1	Les ATVDs sont méconnus des médecins (sur le plan de leur existence même) (3,7) et des pharmaciens (sur le plan de leurs caractéristiques »)(5) Les notions de sensibilité-spécificité sont peu maîtrisées par ces deux professionnels (14). Utile sur le plan de la santé publique si cela permet de raccourcir le délai de prise en charge d'une pathologie nécessitant une prise en charge rapide et si l'ATVD donne lieu à une prise en charge lorsque celle-ci est indiquée. (14)	Pouvoir conseiller les ATVDs. -Informar les patients de l'existence de l'ATVD, de manière ciblée (pathologie nécessitant une prise en charge rapide et patient dans le groupe-cible). -Lui expliquer comment le réaliser, y compris le comportement à adopter si un problème apparaît lors de la réalisation (ex. que faire si le temps de pause est plus long, si pas assez de sang, etc.) <u>et</u> comment interpréter le résultat Être en mesure d'informer la personne sur la fiabilité d'un ATVD. (5) -Préciser que le patient ne doit pas nécessairement passer par eux mais créer les conditions pour que le patient se sente suffisamment à l'aise pour	Informar les médecins de l'existence des ATVDs (3) Formation des professionnels concernant les ATVDs et les relations avec le patient, les conditions pour mettre en confiance le patient Accompagné de support ? [en lien avec PTP4 &6]



		revenir les consulter. (14) , lui « communiquer » le type de professionnel/service à consulter en fonction du résultat. (5)	
PTD2	?	Faire preuve d'un peu d'ouverture (5) au dialogue	?

5.2.2.2C ACTIONS CIBLANT LES MÉDECINS

	Problèmes	Suggestions/Propositions-Besoins	Moyens
Lorsque le patient a réalisé un ATVD			
PTM1	Les médecins sont perçus comme : - y étant défavorables et susceptibles d'y réagir négativement (3,4,5,7,12,14,16,17) parce qu'ils vivront les ATVDs comme une perte de leurs prérogatives, avec un patient qui se substitue à eux pour le diagnostic. -réticents, parce que peu confiants dans les caractéristiques techniques des ATVDs (la fiabilité) (17), <u>et</u> par crainte des réactions du patient (dénî, autonomisme, désespoir) (15,17). Par ailleurs : -L'ATVD se limite à un paramètre alors qu'un bilan plus complet parfois aurait été nécessaire (VIH, Chlamydia, cholestérol, fer, etc.). (9,11,14) -L'ATVD participe à une logique de santé négative et à la médicalisation de la vie (un médicament pour chaque problème décelé) versus à une approche de santé positive et préventive (14) <i>Dans notre échantillon, les patients étaient globalement favorables aux ATVDs. Les autotests pourraient générer des situations délicates pour deux profils de patients: 1/ceux qui présentent des positionnements de type autonomistes et voient dans les ATVDs un changement de leur rôle ; 2/ ceux qui font état de relations moins partenariales et voient dans l'autotest un changement positif pour les relations patient-médecin.</i>	-Adopter une attitude d'écoute (16) -Accueillir positivement la démarche (16) Cf. un mauvais accueil pourrait aussi renforcer le comportement du patient. Or, il semblerait que ce soit les patients qui présentent des relations patient-médecin centrée sur le soignant qui soient favorables au ATVD -Demander au patient s'il a déjà essayé d'autres « solutions » avant de consulter ? (Cf. investiguer l'existence d'automédication. Certains auront essayé de se « soigner » par eux-mêmes. -Remettre ce paramètre dans le contexte de la santé physique holistique du patient [lorsque c'est pertinent. Contre-exemple : Le VIH+].(14,16) -Regarder dans une approche de type préventive. -En cas de test positif ou préoccupant, idéalement, vérifier les options de santé et les désidératas du patient en matière de type de relation patient-médecin (cf. évolution possible en cas de maladie) (voir PGMP1) <i>[En amont. Mettre des balises pour que tous ne réalisent pas n'importe quel ATVD, ce qui risque de contribuer à la médicalisation de la vie, sur prescription d'exams exigés par le patient etc.]</i>	Informers les médecins de l'existence des ATVDs (3) Et former aux caractéristiques des ATVDs pour être prêts à recevoir le patient Former à une approche de santé plus holistique et aux approches préventives. (14) Former à la communication avec le patient (?), si possible préalablement cf. point PGPM 1 & 2 pour gérer la consultation ATVD et prévenir une partie des comportements d'autonomisme



	➔ Les ATVDs risquent d'exacerber les tensions voire encourager à terme l'autonomisme, si un minimum de dialogue ne peut être établi (5).		
Autres/Général			
PTM2	Les médecins sont actuellement méfiants vis-à-vis du dispositif. Or, La confiance dans les ATVDs des patients sera fonction de la confiance que les médecins y mettront (12). Cf. capital « confiance » élevé des patients vis-à-vis du médecin	Impliquer davantage les médecins et ce, dès le départ (12) [y compris les informer-voir PTM1]	???
PTM3	Peu de médecins comprennent les notions de sensibilité-spécificité. Aussi, ils généralisent les traitements pour éviter les faux négatifs (14).	Mieux maîtriser les notions de sensibilité-spécificité ? Intégrer l'incertitude ? Voir PTD1	Formations initiales ?

5.2.2.2D ACTIONS CIBLANT LES PHARMACIENS

Quoique l'influence des ATVDs sur la relation avec le pharmacien soit peu mentionnée par les patients. Certains y voient une opportunité positive de sortir de son rôle de dispensateur de produits. D'autres, le risque que le pharmacien soit en porte-à-faux suite à des questions du patient qui auraient « dû » être adressées aux médecins.

	Problèmes	Suggestions/Propositions-Besoins	Moyens
En amont des ATVDs. Préalable. Voir PGFF-1. Repenser la profession. Changement de logique. Crédibilité à créer			
PTF1	Deux positionnements : 1/Le pharmacien = un vendeur (son objectif n'est pas de prendre soin). En outre, l'officine se prête mal à l'évolution de la profession vers plus de conseils : présence d'autres clients et manque de temps pour expliquer (10, 12) ; 2/le pharmacien donne des « conseils » (13,17)	Opportunité sur le plan du rôle du pharmacien. [Pas de consensus, 2 positionnements] 1/L'ATVD = Une opportunité de « sortir de son rôle de dispensateur de produit » ; 2/ pas d'évolution possible vers un rôle de conseil pour le pharmacien (10,12)	? ➔ Il resterait alors aussi à convaincre le public de cette évolution ? Comment ?
Avant la vente			
PTF2	Les ATVDs sont méconnus des patients. [Tous les ATVDs ne devraient pas être réalisés par tout le monde]	Informar la population de l'existence des ATVDs (16), de manière ciblée : proposer la réalisation d'un ATVD, si c'est en relation avec les plaintes de la personne ou si elle fait partie d'un groupe cible. Il doit expliquer pourquoi il le propose, sinon la personne ne comprendra pas et ne le réalisera pas (ex. appartenance à un groupe d'âge ; plaintes, ...) (7)	Formation des pharmaciens (ATVDs et communication)
Lors de la vente			
PTF3	Risque de se limiter à la vente de la boîte pour le pharmacien. Risque d'un mésusage par le patient, par manque d'information (14)	1/Expliquer comment faire le test et les conditions d'utilisation (14)	Le pharmacien est perçu comme « connaissant les ATVDs parce qu'il les vend » (14)



PTF4	Risque d'absence de suivi, après la réalisation de l'ATVD (2,11,16) <i>L'ATVD se limite à un paramètre alors que parfois un bilan plus complet aurait été nécessaire</i>	2/Référer vers le médecin, -quel que soit le résultat du test (2), notamment parce qu'un bilan plus global pourrait être indiqué ? -si le test devait être positif (11, 16)	??
PTF5	Risque d'être mis en porte-à-faux (par rapport au médecin) par des demandes que le patient aurait dû adresser au médecin	?	Clarification des rôles pharmacien-médecin, via des réunions entre les deux professions

5.2.3. RECHERCHE

	Observation-Problèmes	Suggestions/Propositions-Besoins
PTR1	<i>La majorité de notre échantillon bénéficie d'un suivi médical régulier, souvent lié à une pathologie chronique. Aussi, seule une partie des répondants se dit concernée par une utilisation effective d'un ATVD. Il serait intéressant de mener une recherche auprès du public présenté comme potentiellement utilisateur.</i>	Mener des recherches sur un public plus jeune, un public qui ne bénéficie pas d'un suivi médical régulier. Particulièrement sur les représentations des ATVDS, les changements induits par les ATVDS sur leur relation avec le médecin et les comportements de santé (dépistage, automédication)
PTR2	<i>La recherche est qualitative. Nous connaissons l'existence des différentes tendances mais non l'ampleur de ces dernières. D'autres recherches seraient nécessaires dans ce sens. Particulièrement pour le profil des patients en regard de la relation patient-médecin et ATVD.</i>	Mener des recherches à plus grande échelle en particulier pour permettre de déterminer l'existence de profils de patients en regard des ATVDS (en particulier les liens entre le type de relation patient-médecin préalable, la perception d'un changement dans la relation et l'attractivité des ATVDS.)
PTR3	<i>Pas de consensus sur la pertinence de parler au patient en termes de « faux positif/négatifs ». Deux positionnements : 1/ L'incertitude est présente dans tous les examens (une notion était intégrée par la majorité de notre échantillon) → Il est nécessaire d'en informer le patient. 2/ Cela ne signifie rien pour un patient qui veut savoir si oui/non il a ce problème de santé. Le fait que les professionnels maîtrisent ou non ces notions ne fait pas consensus non plus.</i>	Mener des recherches afin de déterminer dans quelle mesure la notion de fiabilité (sensibilité et spécificité) est maîtrisée (et souhaitée) des patients, médecins, pharmaciens.

5.2.4. SPÉCIFICITÉS POUR LE VIH

	Problèmes	Suggestions/Propositions-Besoins	Moyens
PTV1	Lorsque le patient consulte un médecin de famille, celui-ci risque de communiquer le résultat du test à un autre membre de la famille. Or, dans le cas du VIH, cela peut révéler d'autres choses: drogue, rapports sexuels multiples, homosexualité (11) → Risque de ne pas consulter et Risque de conflits voire de rejet de la famille.	Clarifier les aspects éthiques en matière de communication de résultats d'examen à l'entourage. ??	??



II. PARTIM MÉDECINS GÉNÉRALISTES

1 - PRÉSENTATION DE L'ÉCHANTILLON

Parmi les 26 médecins qui nous ont contactés pour un entretien, 25 ont participé à la recherche. Un médecin n'a pu être rencontré durant la recherche, en raison d'une incapacité de travail. La durée moyenne de l'entretien était de 59 minutes [37 min ; 113 min]

Notre échantillon final comporte **25 médecins généralistes** travaillant tous à Bruxelles, dont :

- 13 hommes (3⁶⁹, 4, 5, 6, 7, 8, 11, 12, 13, 14, 16, 23, 24) et 12 femmes.

- 22 francophones (1-22) et 3 néerlandophones.⁷⁰

- A l'exception de deux jeunes médecins (3, 21), tous exercent de manière stable dans une ou des structure(s). 17 (71%) exercent exclusivement dans une structure, 7 (16, 17, 18, 19, 20, 23, 24) partagent leur temps entre plusieurs lieux. A savoir, deux lieux pour 5 d'entre eux (17, 18, 20, 23, 24), quatre lieux pour un médecin (16) et 5 lieux pour un autre (17).

- L'expérience professionnelle moyenne est de 14,5 ans ; l'expérience de la plus courte étant de 0 année (fin de l'assistantat) et la plus longue étant de 52 années. Neuf débutent leur carrière professionnelle et ont moins de 5 ans d'expérience. Huit sont très expérimentés et disposent de 20 années d'expériences ou plus (parmi ceux-ci 5 disposent de plus de 30 ans d'expérience). Un autre tiers se situe entre ces deux extrêmes mais plus proches pour la plupart (7 sur 8) des jeunes professionnels : ils ont une expérience supérieure ou égale à 5 ans d'expérience mais inférieure à 10 ans⁷¹.

- 9 (3, 4, 5, 13, 14, 19, 20, 22, 23, 24) rapportent exercer d'autres responsabilités en dehors de l'exercice de la médecine dans leur pratique et la formation in situ des futurs médecins

Ces autres responsabilités consistent en l'exercice d'un mandat dans une association de médecins (n=5 : 4, 13, 20, 22, 24), l'intervention dans la formation initiale des médecins généralistes (autres que les stages) (n=4 : 14, 19, 20, 24) ; l'exercice d'un mandat dans une association ou une ONG (n=2 : 3, 5) ou encore une représentation institutionnelle d'une institution (n=1 : 14).

- 10 médecins⁷² (2, 3, 4, 11, 14, 17, 18, 19, 21, 22) ont été formés à l'éducation du patient ou à des approches similaires (dans une optique participative) : Balint (2, 4) ou accompagnement des personnes souffrant d'addiction (14). Huit autres rapportent avoir été formés à la communication avec le patient toutefois ces approches semblent peu participatives (1, 6, 7, 15, 16, 20, 23, 24)⁷³.

- 13 médecins⁷⁴ mentionnent ne pas avoir bénéficié d'une formation/rencontre associant médecins et pharmaciens tandis que 10 en ont bénéficié. Parmi ceux-ci, 8 (1, 4, 13, 14, 15, 18, 20, 24) y ont assisté lorsqu'ils étaient en fonction, 2 lors de leur formation initiale (15, 18). Deux médecins (4, 20) organisent ce type de rencontres.

⁶⁹ Ces nombres correspondent au numéro du répondant.

⁷⁰ Soit 12%, une proportion « similaire » à celle de la répartition linguistique des médecins dans la Région de Bruxelles-Capitale. 7,4 % des généralistes de Bruxelles sont membres de BHAK, l'équivalent néerlandophone du FAMGB. L'appartenance à une certaine organisation est utilisée comme un proxy de la langue d'exercice de la profession (source : BHAK), bien que le FAMGB ait aussi des membres néerlandophones, de sorte qu'il y a probablement une surestimation des généralistes francophones.

⁷¹ Pour mémoire : Quatre ne précisent pas.

- Inférieur à 5 ans (3, 6, 10, 15, 17, 18, 21, 25) (n=9)
- Supérieur ou égal à 5 et inférieur à 10 ans (9, 11, 16, 20, 22, 23, 24) (n=7)
- Supérieur ou égal à 10 et inférieur à 20 ans (19) (n=1)
- Supérieur ou égal à 20 ans (1, 2, 4, 7, 8, 12, 13, 14) (n=8), dont supérieur à 30 ans (1, 4, 7, 8, 12) (n=5)

⁷² Taux de réponse : 23 sur 25 (pas de réponses pour 8).

⁷³ Six précisent ne pas avoir suivi de formation (5, 9, 10, 12, 13, 25). Taux de réponse : 24 sur 25 (pas de réponses pour : MG-8)

⁷⁴ Taux de réponse : 23 sur 25 (pas de réponses pour 8 et 16).

- 6 médecins⁷⁵ pratiquaient des thérapies alternatives, non-conventionnelles (2,7,9,16,17,22), la phytothérapie (2,7,9,17), les huiles essentielles (9), les remèdes naturels (16), l'acupuncture (2) et l'hypnose (22). 3 autres se disent ouverts pour en discuter avec le patient (4,19,25) ou référencement vers un praticien de ce type, connu du médecin, pour des traitements de soutien (19). Les onze autres ne pratiquent pas ce type de thérapie et ne s'y disent pas ouverts (3,5,6,8,10,11,12,14,20,23,24).

2 - ANALYSE DES PRATIQUES ACTUELLES

2.1 PRATIQUES AVEC LE PATIENT

2.1.1. TYPOLOGIE DE PRATIQUES PATIENT-MÉDECIN

Ces résultats ne doivent pas être lus en termes de proportion dans la population des médecins généralistes de la région de Bruxelles-Capitale. Le nombre de médecins est néanmoins indiqués à des fins d'information et de facilitation de la lecture.

1.1.2.1. TYPE PRINCIPAL DE PRATIQUE

Neuf MGs présentent des pratiques de type « activité-passivité » (Type 1), consistant à communiquer une information de manière non-personnalisée (n=2), en communiquant le pourquoi (n=6), voire un début de personnalisation liée à une relation de longue durée ou à l'observation du contexte (n= 1). Notons que ce n'est pas parce que le MG parle beaucoup au patient ou qu'il lui pose beaucoup de questions (afin par exemple de réaliser une anamnèse) que les pratiques sont centrées sur le patient ou sont partenariales. Neuf autres MGs présentent des pratiques de type « guidance-coopération » (Type 2) personnalisent leur approche du patient, en prenant certaines informations (autre que l'anamnèse physique), en le faisant participer aux soins (auto-prélèvement), ... tout en restant le décideur, l'expert. Enfin, sept MGs présentent une approche de type participation mutuelle (Type 3), comprenant des éléments de codécision, un travail sur la motivation et une autonomisation progressive du patient. Par conséquent, une partie importante de notre échantillon ne présente pas des pratiques centrées sur le patient. Dix-huit médecins généralistes présentent au mieux des pratiques de type « Guidance-coopération ». Notons que l'autonomisme du patient (Type 4), n'est pas présent comme type principal.

L'élément associé à des pratiques plus partenariales semblent être la formation à des pratiques partenariales avec le patient (éducation du patient, Balint, accompagnement addictions) : Tous les MG présentant des pratiques de Type 3 ont suivi ce type de formation. Trois MGs présentant des pratiques de Type 2, ont suivi des modules de formation dans ce sens.

Deux tendances sont en outre relevées :

- **Un discours de « participation » peut cohabiter avec des pratiques qui ne sont pas participatives.** Le discours de participation du patient voire de collaboration patient-médecin est intégré dans le discours de 5 MGs (16,19,22,24,25). Il ne s'inscrit toutefois pas dans leur pratique. Il s'agit de 3 MGs présentant des pratiques de type 1 et de 2 MGs qui présentent des pratiques de type 2 (ces deux derniers ont par ailleurs suivi des modules de formation en ETP). Par exemple : Les termes suivants sont relevés : « pour que le patient soit acteur » (16), « pratique collaborative » (19), « patient partenaire » (19,22), « motivation du patient » (22), responsabilité partagée (25). Les contradictions sont en outre parfois directement présent dans le discours lui-même (25) « décider ensemble.... mais mon choix », « prescrire ce que veut le patient », « mise en évidence de ses connaissances, mais le MG éprouve des problèmes avec les patients qui savent. Ils sont qualifiés de patients difficiles ».

Par ailleurs, les termes du type « expliquer » ou « communiquer » sont fréquemment employés pour qualifier des pratiques de transmission d'information unilatérale *du médecin vers le patient* sans qu'aucune information préalable n'ait été recueillie auprès du patient.

⁷⁵ Taux de réponse : 20 sur 25 (pas de réponses pour 1,13,15,18,21)

L'emploi de ces termes, intégrés dans le langage des praticiens, complique la classification des pratiques. Il rend aussi leur illustration (voir Tableau MG2) en quelques lignes mal aisée. L'attribution des types a été réalisée au terme d'un processus de validité intercodeurs mené par les premier (SDR) et second (MP) auteurs.

- Les pratiques peuvent par ailleurs être très intuitives sur le plan de la participation, particulièrement parmi les MGs présentant des pratiques de Type 2 (1,5,9,10,13,15,18). A ce titre, les croyances et représentations en matière de santé ne sont explorées que par peu de MGs et confrontées à des savoirs objectifs (à l'exception de 9). Les pratiques consistent à personnaliser la transmission de savoir (15,18), écouter le patient (1), à dialoguer avec lui (1,5), à comprendre les raisons de sa non-observance (5), à prendre en compte les émotions du patient (9), à exposer les raisons de ses choix thérapeutiques (9), embryonnaire sur le plan de la codécision⁷⁶, aide le patient à faire le tri des informations (13) voire lui fait réaliser certains prélèvements (1). Ces MGs ne sont en général pas outillés en matière d'approche participative. Ils n'ont pas suivi de formations.

Tableau MG1. Pratiques des médecins, concernant la relation médecin-patient, selon les médecins

	Sous-Type	1 Autocratie Passivité-activité			2 Paternalisme Guidance-Coopération	3 Egalitarisme Participation Mutuelle		4 Autonomisme		
		1.1	1.2	1.3		3.1	3.2	4.1	4.2	4.3
Type principal	Nombre (Nb)	n=9			n=9	n=7		n=0		
	Nb/sous-Types	n=2	n=6	n=1		n=7				
	IDnum	23,25+	6++,8,12,16+,20+,24+	7+	1,5,9+,10+,13,15,18+,19+,22++	2,3,4,11+,14,17+,21				
Variations	Nb	n=6			n=5	n=2				
	Nb/sous-Types	n=1	n=4 (dont 1++)	n=1	n=5 (dont 1++)	n=2				
	Vers :	→ 4.2 : 25	→ 1.3 : 6 → 4.1 : 6, 20 → 4.2 : 24 → 4.3 : 16	→ 4.3 : 7	→ 4.3 : 9 → 3.1 : 10, 18, 22 → 4.1 : 19 ← 1.2 : 22	← 2: 11, 17				
Après-variation	Nb	n=2			n=2	n=3		n=8		
	Nb/sous-types	n=0	n=1	n=1	n=2	n=3		n=0	n=3	n=2
	Idnum		← : 22	→ : 6	« ← » : 11,17	→ : 10,18,22			→ : 6,19,20	→ : 24,25

Un + : existence de variations. Deux + : variations vers deux types

En bleu : approche intuitive

En vert : intégration dans le discours, mais pas en pratique

En rose : formés, outillés. Participation mutuelle (Balint, ETP, addiction)

Tableau MG2-Illustration⁷⁷ des différents types de relations patient-médecin, selon le médecin :

Type 0	---
Type 1.1	<i>En als het gaat om iemand die effectief een bepaalde aandoening, hoe pakt u het aan om dat te communiceren? Hun diagnose ofzo? Ja, hun diagnose. Heel vaak gebeurt dat zelfs al aan de telefoon, bv een positieve chlamydia test ofzo, en dan, ja, leg ik dat kort uit...(Cléa, MG25)</i>
Type 1.2	<i>Moi, je prends juste le temps d'expliquer et quand je fais ça avec mes patients et que j'en ai de plus en plus et qu'ils viennent me voir, j'essaie de prendre le temps. Je préfère passer cinq minutes de plus à expliquer comment l'examen va se dérouler, pourquoi je le demande, qu'est-ce qu'on recherche ? Et comme cela, le patient, il est acteur de sa santé. (...) Moi, c'est un peu ma façon de faire, j'essaie qu'à chaque consultation il y ait quand même une information en plus, pour que les gens</i>

⁷⁶ Une codécision paradoxalement qualifiée de « plus aisée » si le patient fait ce que le soignant dit !

⁷⁷ En type principal ou lors des variations.

	puissent comprendre. Et c'est cela qui est aussi apprécié, aussi par les patients. Moi, c'est ma marque de fabrique et je continue à le faire et je continuerai toujours à le faire parce que même si j'arrive à sauver une personne, ce ne sera pas perdu. (Pascal, MG16)
Type 1.3	C'est un avocat, c'est un juriste. Il va au restaurant deux fois par jour. Je lui dis : « Monsieur, votre foie il va éclater ! Vous avez un taux d'autant ! » Et voilà. Ils comprennent bien eux-mêmes, vous savez. Et quand vous leur mettez les résultats sous le nez et qu'ils voient que le cholestérol, le total, en dessous de 190 et qu'il se trouve avec un taux de 298, par exemple. Et le risque cardio-vasculaire qui doit être en dessous de 5 et qui est à 7,9. Je leur dis : « quand moi, j'ai fait mon infarctus, j'avais 7,4 ».(...) En plus c'était une africaine. Donc, je dis : « Comme toute bonne africaine, vous devez avoir été en contact avec la malaria ». La codéine est très mal supportée par le foie. Les femmes à cause des œstrogènes sont beaucoup plus constipées que les hommes. Bon, voilà vous allez être constipée, nauséuse et tout le bazar et en plus, vous arrêtez la toux donc vous vous noyez dans vos sécrétions. Voilà tout ce que j'explique ! (Gallien, MG7).
Type 2	Ça serait beaucoup plus en discussion ouverte, en parlant « Qu'est-ce que vous connaissez du VIH ? Comment vous protégez-vous du VIH ? Si un préservatif venait à se rompre, vous savez qu'il existe des solutions ? Vous pouvez aller aux urgences dans les 48h ». Mais c'est des consultations qui prennent ... enfin, moi j'aime beaucoup mais elles prennent du temps. Ça prend au moins 20 à 25 minutes. Et une fois que le patient vous a dit ce qu'il connaissait du sida, vous faites quoi avec ? Alors je peaufine un tout petit peu ses connaissances. Je dis qu'effectivement, s'il fait le test parce qu'il a été exposé à un risque et donc on va essayer, pour la prochaine fois, de réduire les risques. Si le VIH est positif, ben je lui annonçais en consultation.(Romane, MG18) I : Et quand vous devez expliquer à un patient un diagnostic, comment est-ce que vous vous y prenez ? Ça dépend du diagnostic. Ça dépend du patient. Mais en général, moi personnellement, j'essaie parfois d'utiliser mon ordinateur et de montrer des images, par exemple une hernie discale ou quoi ou un débordement de disque, je montre une image. Ou alors, je fais... Je m'adapte en fait aux patients mais je fais par exemple, pas que des images physiques qu'on peut voir, mais des métaphores parfois pour qu'ils comprennent plus facilement. (Julia, MG10)
Type 3.1	Je propose des traitements plus naturels et non toxiques voire rien, juste de l'écoute ou de l'acupuncture ou des choses comme ça. Mais donc, l'idée c'est de traiter s'il faut et s'ils veulent bien et de proposer d'autres choses. (...) Donc, oui, moi j'aime bien les gens qui viennent en disant : « j'ai lu sur Internet que... ». C'est chouette c'est bien. Parfois, ils savent mieux que moi pour certaines choses. Mais c'est bien, c'est normal ! (...) Par exemple, là, j'ai vu une patiente ce matin. Elle ne voulait pas faire sa chimiothérapie, alors qu'elle a un cancer hyper agressif. Ben, on a passé une heure à vérifier ses intentions. Et finalement, son intention, c'était de vivre plus longtemps, d'être plus confortable et donc, on est arrivé au fait...elle-même, hein, « ben alors, je vais faire ma chimiothérapie ». Alors qu'au début, elle ne voulait pas. Mais ce n'est pas moi qui l'aie décidé pour elle. Je lui ai dit « mais qu'est-ce que vous voulez en fait, à part la chimiothérapie que vous ne voulez pas ». Ben, voilà, cela prend du temps de faire ça. (...)Mais bon, disons qu'un médecin, c'est un être humain, qui a certaines connaissances mais le patient, il a ses connaissances aussi : il connaît mieux son corps, comment il réagit, et sait mieux que nous les effets secondaires qu'un médicament, par exemple, peut faire sur eux, qui n'est pas forcément la norme. Donc, moi, je pense qu'il faut vraiment écouter les gens dans ce qu'eux ont à dire. Et donc leur rendre leur autonomie c'est leur proposer ce que l'on sait sachant que l'on ne sait pas tout, il faut l'avouer aussi. Et puis qu'ils puissent faire leur choix. (Blurette, MG2) Quel que soit le test que les gens font, la première chose que je fais quand une femme vient avec un test urinaire, c'est lui demander « et vous avez envie d'être enceinte ? ». Cela change... la consultation est complètement différente. Si la personne vient parce qu'elle n'a pas envie d'être enceinte et que les règles ne sont pas là. Ce n'est pas du tout la même chose que « mes félicitations » (Rires). Donc, la première chose à demander c'est grossesse désirée ou non désirée ? Et je vais voir dans le dossier GD/GND (...). L'autonomie, ça veut dire qu'il doit pouvoir comprendre et réagir en fonction de... et faire ses choix aussi, de traiter, de pas traiter, de faire un régime, de ne pas faire un régime, de faire ou de ne pas faire de l'exercice, ... et on revient sans arrêt dessus, ou de recourir ou pas à de la médecine traditionnelle, ou à des fkihs ou à ce que vous voulez, à des thérapeutes magiques... Tout ça on peut en parler ! C'est une discussion hyper ouverte. Moi, j'ai plein de gens qui n'oseraient pas chez d'autres médecins mais ici, ça ils savent qu'ils peuvent dire qu'ils ont traité un truc en allant chercher une amulette sur laquelle un chameau a pissé 3x et qu'ils portent sur le cœur le soir entre 5 et 7 parce que le fkih a dit que c'était comme ça, quoi. On peut raconter ça, et donc à partir de là on peut expliquer nos histoires aussi et donc reconnaître, ne pas disqualifier le savoir de l'autre et faire reconnaître aussi le fait que nous sommes avec le patient et pas à sa place, ni au-dessus de lui. (...)Et alors, dans les décisions, ça se prend comment ? Parce qu'il vous dit « voilà, moi, j'ai fait ceci » C'est toujours négocié. C'est toujours négocié. J'explique, « voilà, vous faites ça, vous faites ça. Moi je pense en tant que médecin occidental que... si vous faites ça, c'est bien, mais si vous utilisez aussi la méthode occidentale. Ben, il y aura les effets secondaires et les objectifs que l'on peut espérer... et à vous de choisir. » Et puis, ils choisissent. (Damien, MG4)

	<i>Je prends le temps d'annoncer effectivement en fonction de ce qu'il sait déjà, ce que je sens qu'il pourrait entendre et peut être séparé en plusieurs consultations d'annonce... de dire qu'on fait des explications générales mais peut-être pas trop d'informations d'un coup et qu'on se revoit ensuite après réflexion et avec des questions spécifiques. Je me jette rarement sur un traitement d'office. Je préfère d'abord expliquer les enjeux et prendre le temps d'expliquer le déroulé du suivi, de l'évolution. (...)J'en discute avec lui, évidemment. Et puis, ça va dépendre de l'impact et de la gravité de son diagnostic. Si jamais... enfin... je pense que maintenant avec l'information des patients et l'autonomisation, c'est souvent des négociations. Donc, on gère ce qui est faisable et réalisable. Moi, l'intérêt ce n'est pas que le patient prenne une pilule, c'est qu'il puisse l'accepter dans son quotidien, qu'il puisse comprendre l'intérêt. Sinon ça ne sert à rien, en fait, si c'est imposé par dogme. Qu'il ne comprend pas. (Roseline, MG18)</i>
Type 3.2	--
Type 4.1	<i>Des vaccins, on ne peut pas les forcer mais je répète toujours l'information que j'ai et que voilà... Donc, j'essaie un petit peu de nuancer. J'essaie en maintenant toujours le lien thérapeutique pour pas que le patient aille chez un autre médecin qui va peut-être soigner différemment. Qui est peut-être un peu plus gourou qu'autre chose, et que voilà. (Florian, MG6)</i> <i>Mais, si par exemple un patient diabétique refuse de faire un suivi, je vais le respecter mais je vais lui dire que ce n'est pas une bonne idée. Voilà. Mais je ne vais pas lui dire « je ne veux plus vous soigner » parce que vous refusez mes examens. Parce qu'alors, le pauvre, c'est pire, il n'a même plus de médecin. C'est encore pire pour sa santé. Peut-être qu'un jour il changera d'avis néanmoins il y a un lien avec quelqu'un. (Théa, MG20)</i>
Type 4.2	<i>Ik zeg het ook, kijk, soms komen ze binnen van "ik wil een antibiotica" en dan zeg ik "kijk, ik denk dat dat niet nodig is, ik denk dat het viraal is, kijk, waarom, dit en dat zijn de redenen, dus dat gaat van zichzelf over, als ge wenst kan ik gewoon de keelspray geven, als ge zegt het is erg, dan kan ik ook nog een medicatie bijvoegen, maar als ge toch echt antibiotica"...dan leg je uit, "ik wil schrijven, maar volgens mij is dat niet nodig want dat is schadelijk, er zijn ook nevenwerkingen". Ik laat de patiënt zelf beslissen, soms probeer ik toch nog, als dat niet de juiste beslissing is, toch nog een richting te geven, maar ik laat ze zelf, alle, dat ze..., (Bastien , MG24)</i>
Type 4.3	<i>Ben je le remarque rapidement s'il n'a pas suivi. Par exemple si je lui donne un bêtabloquant, parce qu'il a trop de tensions et un peu trop rapide. Quand il revient, s'il revient avec une tension trop élevée, mais également surtout un pouls qui est à 104 à la minute, je dis : « le bêtabloquant il est où ? » I : Et alors vous faites quoi ? Vous lui dites de le prendre ou vous lui réexpliquez ? Vous lui demandez pourquoi il ne l'a pas pris ? Je vais dire : « je m'en fous que vous le preniez ou pas. C'est votre santé. Ce n'est pas mon problème ! Mais si vous gérez mal et que vous finissez en faillite, il ne faut pas venir pleurer après ! » (Galien, MG7)</i> <i>Alors, on passe une heure et demie à essayer de leur expliquer qu'il y a ça, il y a ça, il y a ça. Et puis après il me regarde « Et je dois faire tout ce que vous avez dit ? ». Là, en général comme je suis très très vilaine, je dis « Non, vous ne devez pas. Ça ne m'empêchera pas de dormir si vous ne le faites pas. Par contre vous, vous serez vachement plus mal. Oui, mais c'est votre problème. Vous venez chez moi pour un avis. Vous faites ce que vous voulez, mais si vous revenez après en me disant que ça ne va pas mieux... ». Voilà, je suis désolée. En général, je leur dis « Ça ne va pas mieux, vous n'avez pas fait ce que j'ai dit. Qu'est-ce que vous voulez que je fasse pour vous ? ». Je dis « Moi, je n'ai pas de baguette magique. Je n'ai pas de boule de cristal pour savoir ce qui va vous arriver et je n'ai pas de baguette magique pour réparer les choses comme ça. Donc, où vous faites un effort pour prendre votre santé en mains et vous essayez de suivre les conseils qu'on vous donne ou bien vous décidez que ces conseils vous n'en voulez pas mais alors c'est normal que ça n'aille pas mieux. Vous pouvez demander l'avis d'autres personnes. Vous pouvez voir d'autres personnes. On est 5 médecins ici, peut-être que les autres vous donneront d'autres choses. Vous m'avez demandé mon avis, je vous l'ai donné. Vous ne le suivez pas, vous venez me dire que ça ne va pas... ». (Inès, MG9)</i>

2.1.1.2. VARIATIONS DE PRATIQUES & FACTEURS ASSOCIÉES

Treize MGs présentent des variations entre le type de pratique principal et un (6,7,9,10,11,16,17,18,19,20,24,25), voire deux (6, 22) autres types de pratiques. Ces variations sont principalement présentes chez les MGs présentant des pratiques de Type 1 ou 2 :

- A l'instar des patients (dans la relation patient-médecin), la variation la plus présente (n=8), est une variation au départ du Type principal vers le **Type 4**. Elle consiste en « **donner/laisser le pouvoir au patient** », le laisser décider voire rompre la relation. Ce « type de pratiques » est adopté en cas d'échec de l'approche mise en place par le MG et plus rarement, si le patient formule une demande précise, et que le MG prescrit ce qui est demandé (25). Les Types 1 (6 variations sur 6) et dans une moindre mesure, le Type 2 (2 variations sur 5), soient les deux types de

pratiques les moins participatives sont concernées par cette variation. Aucun MG présentant un Type 3 ne présente ce Type de pratique ; La motivation et la codécision font partie de la pratique de ces MGs.

- Une autre variation affecte sélectivement certains MGs de Type 2 (10,18,22), **ceux-ci vont négocier avec le patient (Type 3), en cas d'échec persistant de leur approche (10)**, suite à la proposition d'un traitement alternatif par le patient (18) ou encore, suite à une relation de longue durée avec le patient et le fait de disposer du temps nécessaire (22).
- **Le fait de mieux connaître le patient (6), peut également amener le MG à « individualiser » l'approche patient**, du fait de sa connaissance du contexte, sans qu'il n'y ait une volonté délibérée de recueillir des informations à cette fin (Variation de 1.2 à 1.3).
- Tandis que **le manque de temps (salle d'attente remplie) et la fatigue du MG**, peut amener le MG (22) à mettre en œuvre des pratiques plus directives (Variation de 2 à 1.2). Face à ces « circonstances », d'autres MGs varient toutefois davantage dans le même type.
- Enfin, une **variation vers des pratiques « moins négociées »** (Type 2) de certains MGs de Type 3 peut paraître paradoxale de prime abord. Ces MGs (11,17) mettent en place des pratiques plus paternalistes à la demande du patient qui souhaite ce type d'approche. Le Patient choisit s'en remettre au médecin, ce qui constitue une forme d'exercice de son autonomie décisionnelle [29,30].

Notons que le **profil 3.2, soit une relation de confiance d'égal à égal** sur laquelle le patient pourra compter en cas de problème, n'est pas rapporté par les MGs alors qu'il l'était par les patients. Ce serait intéressant de comprendre les raisons de cette différence par des recherches ultérieures basées sur des échantillons pairés.

Variations médecins dans la relation médecin-patient. Les éléments déclencheurs de variation paraissent liés au Type de pratique principal. Les approches de Type 3 sont stables et ne varient que pour rencontrer les souhaits du patient. Tandis que les approches de Type 1 (et une partie des approches de Type 2) tendent à basculer **vers des approches de Type 4**, en cas d'échec ou de désaccord. En d'autres termes, ils passent d'une approche où le soignant exerce le pouvoir à une approche où le patient « exerce le pouvoir sur sa santé », parfois en rupture avec le monde médical. **Cette tendance est également la plus observée parmi les patients interviewés.** Il est à noter que d'autres MGs de Type 2, confrontés à la situation d'échec ou de désaccord adopteront une approche plus partenariale. Enfin, des éléments de contexte (connaissance du patient de longue date ou salle d'attente remplie) semblent influencer certains MGs de Type 1 ou 2.

2.2. COLLABORATION AVEC LE PHARMACIEN

2.2.1. TYPOLOGIE DE PRATIQUES MÉDECIN-PHARMACIEN

Nous distinguerons ci-après le type principal de relation (le plus « fréquent ») et les variations de pratiques.

2.2.1.1. TYPE PRINCIPAL DE COLLABORATION

Lorsque médecin et pharmacien collaborent, la forme de collaboration principale, la plus présente (à titre indicatif : 23 sur 25), est celle d'un échange d'information au terme duquel, le médecin prend une décision ou communique ce qu'il y a lieu de faire (**Type 2-consultation**). Parmi les **23 échanges de ce type**, 17 consistent à demander une information sans qu'il n'y ait proposition d'alternatives, 6 consistent en une discussion avec proposition d'alternatives. Les propositions d'alternatives peuvent provenir des deux professionnels (2,11,12,25) ou du pharmacien uniquement (15,24). Deux autres MG présentent en pratique principale, un transfert de connaissances (Type 3). Dans un cas, il s'agit d'un transfert de connaissances du médecin vers le pharmacien (dans le cadre des traitements de substitution) (14). Dans l'autre, il s'agit du transfert de connaissances du pharmacien vers un jeune médecin (concernant les préparations magistrales et « les médicaments ») (21). Dans le premier cas, c'est le type de prise en charge lié à un « traitement » qui induit ce mode. Dans le second cas, c'est la proximité géographique de ces pharmaciens et le fait que le MG soit une jeune praticienne.

Collaboration médecins-pharmaciens. Points-clés.

- Les relations médecin-pharmacien en routine se limitent à des consultations, soit la transmission d'informations.
- Certains présentent néanmoins des pratiques de transfert de connaissances comme type principal qu'il s'agisse de transfert du médecin vers le pharmacien, dans le cas des traitements de substitution, ou de transfert du pharmacien vers un médecin en début de carrière, concernant les magistrales et d'autres aspects de la médication.

Tableau MG3 . Expériences des médecins, de la collaboration médecin-pharmacien

	1 Isole- ment	2 Consultation	3 Transfert de connaissances	4 Collaboration active	5 Intégration
		2.1. sans proposition/demande d'alternative	2.2. avec proposition/ demande d'alternative		
Nb/Type	n=0	n=17	n=6	n=2	n=0
Type principal		1+,2+,3+,4, 6,7,8+,9+,10+, 13+, 16+,17,18++,19+,20+, 22,23	Alt. les 2 : 5+, 11+, 12,25 Le FA : 15,24	14+ 21+	
Nb/Variations :	n=0	n=11	n=2	n=2	
Variations vers :		→ 4: 1,3,8, 20 → 2.2: 2,9 → 3 : de FA vers GP : 10, 13, 16, 18, 19 → 5: 18	→ 4 :5,11	→ 5 :14, 21	
Nb/suite à variation			n=2	n=5	n=6
Après variation :			→ : 2,9	→ : 10, 13, 16,18a, 19	→ : 1, 3, 5,8,11,20, (1x/an. Formel)
					→ :14,18b,21 14 avec le patient.

Pas de variations : 4,6,7,12,15,17,22,23,24,25

Tableau MG4. Illustration des différents types de collaboration pharmacien-médecin, vue par les médecins.

1.Isolement	---
2.Consultation	2.1.sans alternative <i>J'appelle souvent les pharmaciens pour savoir s'ils ont tel ou tel produit. (...) Ils m'appellent parce que j'ai prescrit un truc complètement inconnu ou ils ne savent pas lire mon écriture mais bon, c'est presque fini tous ces trucs puisque c'est électronique (Bluette, MG2)</i> 2.2.avec alternative <i>En général, c'est plutôt des contacts ponctuels « Ah, docteur, on a plus ce produit-là, qu'est-ce que je peux donner à la place ? » Bon, c'est plutôt ce genre de truc. En général, on leur dit « Bon, qu'est-ce que vous avez dans votre stock ? Qu'est-ce que vous avez à proposer ou bien vous avez telle ou telle alternative »... (Luc, MG12) Par rapport aux pharmaciens, vous avez des contacts avec eux ? Oui, il y a le pharmacien ici du coin. On s'entend bien. On a des contacts. Il me demande parfois si... d'autres aussi, mais lui c'est le plus proche. D'autres qui me demandent si, par exemple, ils peuvent remplacer tel ou tel médicament... Enfin, oui, oui, j'ai des bons contacts, oui (Odile, MG15)</i>
3.Transfert de connaissances	<i>Moi, j'ai sympathisé... après, je ne sais pas si c'est très professionnel mais j'ai sympathisé avec une pharmacienne qui travaille à quelques pas d'ici et elle est très sympathique. Et souvent je l'appelle quand j'ai des petites questions, surtout sur les préparations magistrales, parce qu'on n'a pas du tout été formé. Donc, souvent elle me dit : « oui, tu peux faire cela ». Et elle me donne la formule parce que je n'ai aucune formule. Enfin, on n'en a peu en tout cas et c'est vrai que pour les patients, c'est plus avantageux au niveau financier (Julia, MG10)</i> <i>Il y a une relation spécifique et une relation d'amitié d'ailleurs qui se crée grâce à ça. (...) Oui. Ben, c'est vraiment... Elle me téléphone aussi par rapport à des questions, par rapport des patients qui viennent comme ça à l'officine et puis, elle est embêtée par rapport à ce counseling en pharmacie. Voilà, ça se fait un petit peu dans les deux sens. Voilà, c'est parce que je ne sais pas tout, parce qu'elle ne sait pas tout... C'est plus un partenaire de soin quoi. I : Plutôt un échange de savoir entre vous deux... Voilà, oui.(Matthias, MG13)</i>

4.Collaboration active	<i>Mais là c'était surtout de l'échange d'informations. On s'était réuni pour comprendre à quelles informations ils allaient avoir accès et pourquoi le pharmacien allait avoir accès à ça et c'est ce qu'il allait en faire et un peu les bénéfices de chaque côté. On parlait aussi un peu des réticences des deux côtés. (Kevin, MG11)</i>
5.Intégration	<i>C'est souvent le patient qui fait l'intermédiaire parce que je pense qu'on a le plus souvent ni l'un, ni l'autre, le temps de s'appeler et donc, on le fait quand c'est vraiment nécessaire. Et parfois il vaut mieux que ce soit le patient qui soit le porteur des choses (...)</i> <i>Ça peut être pour une information. Ça peut être pour essayer d'aplanir un différend ou ...ça peut être pour ... Récemment ça a été beaucoup autour de prescription électronique pour voir comment... (pour le fonctionnement avec les changements ?) Oui. Ça peut être pour demander s'il est en mesure de faire une préparation, assez rapidement, pour prévenir qu'on lui envoie un nouveau patient. Voilà, des choses comme. Ça peut être beaucoup de choses.(...)</i> <i>Je pense que les deux cas de figure doivent...Je n'ai pas fait de statistiques, mais... dans mon type d'activité, cela m'arrive quand même assez souvent qu'on intercède auprès du pharmacien pour lui donner un peu plus d'éléments de compréhension de comment les choses se passent entre le patient et lui. Ce qui peut aider à ce que la relation se prolonge. (Nathan, MG14)</i> <i>Ben, c'est plus sur la délivrance de la méthadone. Donc c'est plus ciblé. Et donc, c'est plus sur des recadrages, sur des gélules avancées, sur des gélules non avancées... donc là, pour le coup, le pharmacien, on le sent plus en pluridisciplinarité avec nous parce qu'il est avec nous pour mettre des barrières ou pas, pour délivrer une gélule quand nous on est fermé ou non disponible pour gérer l'état de manque. Et donc, là je pense qu'il y a un soutien... réciproque. Donc à un moment, quand ils vont voir, Ben qu'au niveau des gélules de méthadone, ça ne fonctionne vraiment pas du tout. Ben ils vont référer le patient et mettre un cadre et donc ils vont sentir qu'à ce moment-là, dans le lien thérapeutique, il a besoin d'un cadre (...) Et la pharmacie va essayer de gérer en fonction de la connaissance aussi du patient qu'il a. puisqu'il y a un besoin vital... vital ressenti comme tel chez le patient au niveau de la délivrance de médicament.(Romane, MG18)</i>

2.2.1.2. VARIATIONS ENTRE LES PRATIQUES. TYPES DE PRATIQUES PLUS AVANCÉES

Les variations donnent dans ce cas systématiquement lieu à des collaborations plus avancées. Quinze MGs présentent des variations **entre le type de pratique principal et un (1,2,3,5,8,9,10,11,13,14,16,19,20,21) ou deux (18) autres types de pratiques**. Les dix autres MGs présentent des pratiques constantes. En prenant en compte ces variations, cela porte à 12 le nombre des MGS qui présentent des pratiques partenariales « plus élaborées » que la consultation. Cinq rapportent des transferts de connaissances (Type3). Six rapportent une collaboration active (Type 4). Enfin, trois MGs présentent des pratiques d'intégration (Type 5). Un MG de Type 1.1 présente des variations à la fois vers le type 3 et vers le type 5 (18).

- Certains MG de **Type 2.1 vers le Type 3-transfert de connaissances** (n= 5 ; 10,13,16,18,19), ce type de relation s'établit quand ce cas avec **un (10,13,16,18) ou quelques pharmacien(s) spécifique(s) (19)**. Ces relations sont qualifiées au minimum de bienveillantes (18), voire d'amicales. Les transferts de connaissances peuvent être **unilatéraux** du pharmacien vers le médecin ((10,18); il porte sur les magistrales et sont le fait de jeunes médecins) ou **bilatéraux** (13,16,19 ; dans ce cas, la discussion porte sur tous les aspects ce qui touchent aux médicaments (16,19), ou le contenu diffère en fonction de la demande du destinataire : les magistrales et la disponibilité des médicaments (du pharmacien vers le médecin) et les conseils en pharmacie (du médecin vers le pharmacien)(13).
- Des MGs de **Type 2.1 ou 2.2 (1,3,5,8, 11,20) rapportent des variations vers le Type 4, collaboration avec codécision**. Dans trois cas toutefois, il s'agit d'une réunion unique (8,11) ou d'une réunion annuelle (20) dont les retentissements sur la pratique quotidienne ne semble pas existants. En outre dans certains cas, cette collaboration est limitée aux procédures administratives (8,11). Les pratiques collaboratives s'avèrent dès lors souvent limitées à un domaine spécifique. Il ne s'agit pas d'harmoniser globalement des pratiques. Deux (3,5) concernaient les traitements de substitution, il s'agit dans ces cas réellement de collaboration active.
- Une variation du **Type 1.1 (14) ou du Type 3 vers un Type 5-intégration (codécision et centrée sur le patient)** se concentre dans notre échantillon sur une pratique particulière : **les traitements de substitution**. Le patient se trouve intégré dans cette relation dans un cas (14), ce n'est pas le cas des deux autres (18, 21). Dans un cas (14), le transfert de connaissances est une étape vers une approche intégrative, dans laquelle le patient est associé.

- Enfin, **deux MGs de type 2.1 vers le Type 2.2 (2,9)** soit lorsque cela concerne les **magistrales** (2), soit lorsque c'est le **MG qui appelle** (9).

Notons qu'une **collaboration plus poussée concerne souvent un domaine particulier, celui des traitements de substitution** (n=5 sur 12 ; 3,5,14,18,21)

Points-clés. Les variations donnent lieu à des pratiques plus collaboratives. Tenant compte des variations, douze médecins sur les 25 présentent des pratiques collaboratives qui vont au-delà de la consultation (transmission d'information). Même si seuls deux MGs présenteront ce type de pratique comme pratiques principales.

Les transferts de connaissances, lors des variations présentent la spécificité qu'elle s'établit avec un pharmacien ou plus rarement, avec un nombre très restreint de pharmaciens. La collaboration active s'avère parfois limitée à une dimension de la pratique (aspects administratifs) ou à des réunions périodiques avec peu d'impacts mentionnés sur la pratique quotidienne et ce, avec une exception, celle de l'accompagnement dans les traitements de substitution.

Concernant **les adaptations de la typologie prédéfinie à partir de la littérature.**

- Le réseautage n'est un préalable à la consultation. Souvent, c'est le patient ou en tout cas la prescription qui « établit le contact ». Aussi a-t-il été retiré de la typologie.
- Le transfert de connaissances a en revanche été ajouté pour qualifier la situation où un professionnel transfère des informations à l'autre dans l'optique que ce dernier apprenne quelque chose.
- Le type « Consultation » comprend deux sous-types, à savoir sans ou avec proposition/demande d'alternatives, qui constitue une étape dans la reconnaissance du savoir de l'autre professionnel.

2.2.1.3. CARACTÉRISTIQUES DES RELATIONS.

Nous distinguons ci-après la **fréquence des contacts, la ou les personne(s) qui établissent le contact**, l'existence (ou non) de **réseautage** ainsi que l'existence **d'une hiérarchie entre les deux professionnels**.

La fréquence des contacts. Les contacts (Taux de réponse : 14 sur 25) sont le plus souvent (11 sur 14) rapportés comme « rares » (n=5 ; 3,4,16,19,22) ou « occasionnels » (n=6 ; 1,2,10, 11,12, 18). Deux rapportent des contacts « fréquents » (n= 2 ; 8,21) ou « régulier » (1x/semaine)(n=1 ; 23). Il ne semble pas exister de lien entre le type de relation partenariale principale et la fréquence des contacts. Toutefois, un MG, mentionne une fréquence de contacts plus élevée dans le cas de relation plus partenariale (10, voir variation ci-après)

La ou les personne(s) qui établit/issent le contact. L'initiateur du contact (Taux de réponse : 12 sur 23) est : soit le médecin et le pharmacien, soit principalement le pharmacien (9 sur 23) pour les échanges de Type 2- Consultation. Ils diffèrent des échanges de Type 3, pour lesquels soit le patient fait le lien (14), soit le médecin en demande d'acquisition de connaissances (21) sont à l'initiative du contact.

L'existence de réseautage (i.e. établir des contacts interpersonnels, faire connaissance) . Le réseautage (Taux de réponse : 15 sur 25), tient davantage d'une relation privilégiée (11 sur 15) avec un (7,9,5,11,15,25,10,13,16,18) ou deux-trois pharmaciens (19), que d'une politique délibérée de réseautage systématique (4 sur 15. 8,17,20,24). Dans les deux cas de réunions institutionnalisées avec une ou des officines (20, 24), il n'est pas fait mention de pratiques collaboratives plus avancées. Six de ces relations privilégiées ne sont pas liées à des pratiques collaboratives plus élaborées tandis que cinq des relations privilégiées mentionnées ci-avant s'inscrivent dans une relation plus collaborative de transfert de connaissances (10,13,16,18,19). Ces relations privilégiées, correspondant à des pratiques plus collaboratives peuvent être établies sur base de la proximité géographique (10,18) ou de relations amicales (13,14,19) dont l'origine n'est pas spécifiée.

L'existence (rapportée) d'une hiérarchie entre les deux professionnels. La relation médecin-pharmacien peut être qualifiée ou non de hiérarchique (taux de réponse : 22 sur 25). Seize médecins rapportent avoir une relation d'égal à égal avec les pharmaciens. Un de ces médecins (Gallien, MG7) établit néanmoins une distinction entre le pharmacien expérimenté et les jeunes pharmaciens qui ne peuvent répondre à ses questions ou ne peuvent le faire qu'après avoir consulté un ordinateur, dans ce cas la hiérarchie implicite est que la relation médecin-pharmacien est déséquilibrée à la faveur du médecin. Six autres

médecins font état que le médecin est supérieur au pharmacien. Parmi ceux-ci, un des médecins (Sybille, MG19) mentionne que la relation devient égalitaire lors des transferts de connaissances. Il ne s'agit toutefois plus des mêmes pharmaciens, ces derniers font parties d'un cercle amical du médecin. Si la mention d'une hiérarchie est plus rare, elle est absente chez les médecins (14,21) dont le mode principal est le transfert de connaissances, en d'autres termes, lorsque le niveau de collaboration est plus élevé.

Les pratiques de réseautage semblent davantage tenir de la relation privilégiée le plus souvent avec un seul pharmacien.

3 – REPRÉSENTATIONS DES AUTOTESTS À VISÉE DIAGNOSTIQUE

Ce chapitre concerne les représentations sociales des médecins généralistes relatives aux autotests à visée diagnostique (ATVD) ainsi qu'aux représentations relatives aux utilisateurs d'ATVD. Les résultats sont présentés selon ces deux sections.

Notons que seuls trois médecins (11,13,19) disposent d'une expérience effective d'un ATVD avec un de leurs patients.

3.1. REPRÉSENTATIONS (ET CONNAISSANCES) CONCERNANT LES ATVD

Ce chapitre aborde respectivement dans un premier temps, les connaissances et les représentations relatives aux ATVD, préalable à l'entretien (3.1.0). Par la suite, une fiche précisant ce qui était entendu dans le cadre de la recherche Care-test était présentée au répondant. Cette fiche permettait d'une part, de distinguer les autotests à visée diagnostique des mesures en monitoring qui sont le plus souvent mises en place à la demande du médecin. D'autre part, de prendre connaissance des différents ATVDs existants. Dans un second temps, après cette clarification, le médecin était encouragé à exprimer ses représentations concernant les ATVDs (3.1.1.).

3.1.0. CONNAISSANCES ET REPRÉSENTATIONS EN COMMENÇANT L'INTERVIEW

Ces réponses sont obtenues en tout début d'entretien. Elles concernent ce qu'en savent les médecins avant l'entretien, comment ils ont pris connaissance de l'existence des ATVDs ainsi que la manière dont ils décrivent ces derniers.

3.1.0.1. CE QU'EN SAVENT LES MÉDECINS AU DÉBUT DE L'ENTRETIEN.

Taux de réponse : 22 sur 25. (1-7,9,10,12-20,22-25. Pas de réponse : 8,11,21)

Les réponses reprises ci-après font suite à une question du type : « c'est quoi, pour vous, un autotest à visée diagnostique ? » posée à l'entame de l'entretien.

Certains MG (1,6,7,15) rapportent ne pas savoir ce qu'est un autotest à visée diagnostique. Parmi ceux-ci, un en espère en apprendre plus au cours de l'interview (7), un autre a téléphoné préalablement à ses confrères afin de savoir s'ils connaissaient ces tests. Ces derniers n'en avaient pas été informés (6).

D'autres médecins soulignent qu'ils ne les connaissent pas tous (10,13,14,16,17,19,22), deux d'entre eux diront ne pas avoir imaginé qu'ils y en avaient autant (13,17). L'autotest à visée diagnostique le plus fréquemment cité est celui du VIH (voir. 3.1.1.3) en raison de la connaissance de tests rapides par le médecin (3,5,10,14,18,19,22) ou en raison des polémiques liées à sa commercialisation (4,10). Différents médecins mentionnent en avoir entendu parler, mais ne savaient pas s'ils étaient (déjà) disponibles (25).

Enfin, **une définition ou une appréciation est directement exprimée par certains.** (Voir paragraphe 3.1.1.3)

Les tests de grossesse (2,4,5,7,9,10,13,14,17,19) sont par ailleurs mentionnés ainsi que les alco-tests dans une moindre mesure (2) afin d'établir un lien avec des tests davantage connus. Les tests en monitoring, en particulier les glucomètres (2,4,7,12,13), les tensiomètres (4,9) et les INR (13) sont également cités.

⇒ Les ATVDs sont globalement méconnus par les médecins généralistes à Bruxelles, au moment de la réalisation des interviews (automne 2018-été 2019) que ce soit par leur existence ou par la variété des ATVDs existants.
⇒ La compréhension de ceux-ci est néanmoins facilitée par la connaissance et l'expérience des tests de grossesse et des tests rapides.

3.1.0.2. COMMENT LES MÉDECINS ONT-ILS APPRIS L'EXISTENCE DES ATVDs ?

Taux de réponse : 12 sur 25 (3,4,5,10,14,16,17,18,19,21,22,24. Pas de réponse pour 1,2,6,7,8,9,11,12,13,15,20,23,25)

Les manières dont les médecins ont pris connaissance des ATVDs sont variées :

- L'expérience des tests rapides, pour le dépistage des MST (et en particulier du VIH) par des ASBL (3,19) ou en cliniques spécialisées (10) et de diverses pathologies, en médecine d'urgence (5,18,22). Cette expérience a permis à ces médecins d'être familiarisés aux aspects techniques des ATVD. Elle a également rendu certains médecins attentifs à la commercialisation des ATVD. Lorsqu'ils le précisent, ils l'ont découvert lors d'un passage en pharmacie (3) ou par la presse (10).
- La presse médicale belge (4, 24) ou française (17) faisant mention de critiques (14), de controverses (17) ou de polémiques concernant des ATVDs (4) concernant l'ATVD VIH (4).
- Les médias grand public faisant mention de la commercialisation (10) ou de polémiques (4) à propos de l'ATVD VIH.
- Une découverte fortuite lors d'un passage en pharmacie (21).

Par ailleurs, deux médecins mentionnent en avoir discuté avec un pharmacien lors du lancement des ATVDs (16). Il s'agit dans les deux cas de pharmaciens, plus proches : un ami (16,19) ou un membre de la famille (16). Dans l'un des cas (19), de savoir comment cela allait se dérouler avec le patient et si les pharmaciens avaient été formés. Ce contact a mis en évidence une absence de préparation.

le test [VIH] était sorti, c'était il y a trois ans, j'en avais discuté avec la pharmacienne, qui habite près de chez moi, que je connais et tout. Je lui avais demandé : « vous en avez ? ». Parce que je crois que c'était en janvier 2016 quelque chose comme ça. Et donc en janvier, j'étais partie là-bas en lui demandant : « Alors, vous en avez commandé ? Est-ce que vous avez été formé ? Comment cela va se passer ? ». Elle me fait : « Mais non ! On va en recevoir mais nous on a eu aucune formation information, ne serait-ce que comment le faire ». Donc, elle aurait eu un patient, le 2 janvier elle aurait dû l'ouvrir avec le patient et découvrir pas à pas avec le patient. (Sybille, MG19)

Notons néanmoins que la moitié des médecins ne répond pas à la question parmi lesquels ceux qui ne savent pas ce qu'est un ATVD.

Seule la moitié des médecins précisent comment ils ont pris connaissance des ATVD. La prise de connaissance s'est effectuée par leur connaissance préalable des tests rapides, la presse médicale, les médias grand public ou encore, une découverte fortuite lors d'un passage en pharmacie.

3.1.0.3. COMMENT LES MÉDECINS DÉCRIVENT-ILS LES ATVDs ?

Taux de réponse : 22 sur 25. (Pas de réponses : 8,11,23)

Les ATVDs sont décrits comme des tests :

- Réalisés par le patient lui-même (1,2,3,5,7,9,13,21,22), desquels le patient lit le résultat et l'interprète lui-même (3,7,9). Certains précisent : sans assistance (21), par le patient, pas par le médecin (13), ou pouvant être réalisé indépendamment du médecin (5).
- À la maison (1,9,10)
- En vente libre (10), en pharmacie (10, 20)
- À charge du patient (20)
- À des fins de dépistage/diagnostic (1,9,22) ou de suivi d'une pathologie (9, 12)

Certains médecins se posent des questions (2), notamment quant à leur disponibilité au moment de l'interview⁷⁸ (2,9,25) et quant à l'acteur qui doit supporter le coût de l'autotest (2). D'autres expriment d'emblée leur opinion négative en regard des ATVDs (6,20). Les ATVDs sont perçus comme chers (20), présentant du fait de leur non-accompagnement avant ou après (20) ou encore comme « une porte ouverte au mésusage » (qu'il s'agisse des ATVDs ou des tests en monitoring) (6)

Les avis divergent quant à leur nombre, depuis « Il n'y en a pas beaucoup » (7) à « Il y en a de plus en plus » (4). Les médecins énumèrent différents « ATVDs » : il s'agit :

- D'autotests à visée diagnostique sortis à partir de 2017 (3,4,10,14, 16,17,19,20,22), principalement celui du VIH (tous les répondants précités) mais également de ceux concernant une carence en fer (19), une intolérance au gluten (19), Lyme (17), les autres infections sexuelles transmissibles (20) et peut-être (coefficient de certitude plus faible), le diabète (9, 20).
- D'autres autotests (2,4,5,7,9,10,13,14,17,19), principalement le test de grossesse (tous les répondants précités), mais également l'alcotest (2), les tests urinaires (albumine, PH) (7) et les tests d'ovulation (9).
- Des automesures en monitoring (2,4,7,9,12,13,14,19), telles que les glucomètres (2,4,7,12,13), les tensiomètres (4,9) ou les INR (13).

Notons que plusieurs médecins (2,7,9,12,13) ne mentionnent pas les ATVDs sortis à partir de 2017. Enfin, des médecins (10,17) relatent leur expérience des tests rapides. L'un d'eux utilisera le terme « tests rapides » comme synonyme de ATVD tout au long de l'entretien (10).

Au-delà de ce qu'évoque directement les termes « autotest à visée diagnostique » (i.e. par le patient et en vue d'un diagnostic), ce terme évoque d'autres autotests commercialisés également en grande surface ainsi que les mesures en monitoring, souvent initiées par le corps médical.

 **Implication** : il est important de spécifier ce qui est entendu par ATDV, afin d'éviter toute confusion.

Lorsqu'un autre type de test est évoqué par le répondant, le chercheur précisait ce qui était entendu par « autotest à visée diagnostique », au moyen de la fiche décrite ci-avant, et ce, afin que le reste de l'entretien porte bien sur les tests concernés. Cette fiche a été présentée à tous les répondants afin de clarifier les types d'autotests dont il est question dans Care-test.

3.1.1. REPRÉSENTATIONS CONCERNANT LES ATVDs

Cette section comporte quatre parties distinctes : la perception générale des ATVDs, les points forts et points faibles des ATVDs, les représentations quant à leur fiabilité, les représentations quant à leur commercialisation en grande surface.

3.1.1.1. PERCEPTION GÉNÉRALE DES MÉDECINS RELATIVE AUX ATVDs

Celles-ci comprennent la perception générale des ATVD, leurs points forts et points faibles, les éléments qui peuvent faire infléchir la balance en faveur ou en défaveur des ATVD, les conditions à remplir pour que les ATVDs soient « utiles », les questions qui restent en suspens et les raisons avancées à cette perception des ATVD.

La catégorisation suivante est établie sur base de l'appréciation globale que le médecin émet à propos des ATVD. Elle vise à donner une idée de la valence globale. Lorsque le praticien se prononce clairement en faveur ou en défaveur des ATVD, il est classé en « pour » ou « contre ». Lorsque le praticien se prononce en faveur de certains éléments et en défaveur d'autres, il est classé dans la position intermédiaire.

Quatre médecins (1,2,14,16) sont pour les ATVD. Quatre (6,8,20,25) sont contre. Seize (3,4,5,7,9,10,11,12,13,15,18,19,22,23,24) sont partagés, neutres, mitigés. En d'autres termes, ils sont pour les ATVDs sur certains aspects et contre les ATVDs sur certains

⁷⁸ Cette mention sera reprise par d'autres MG en cours d'entretiens (9), la clôture de l'entretien se terminant parfois par la demande de quand les autotests seront disponibles (2).

autres aspects. Ils n'ont pas de positions tranchées. **Deux autres médecins (17,21) estiment qu'il est prématuré de se prononcer.**

Notons que la catégorie intermédiaire comporte des degrés d'appréciation des ATVDs très divers. Une analyse fine de ce sous-groupe n'est pas toutefois pas pertinente. Nous nous intéressons à ce qui caractérise ces différents positionnements. Par ailleurs, soulignons que les fréquences observées ne présagent pas de fréquences dans la population, notre recherche qualitative est exploratoire. Aussi, l'échantillon n'a pas pour vocation d'être représentatif.

3.1.1.2. RAISONS AVANCÉES À CE POSITIONNEMENT

Les médecins évoquent différentes raisons en regard de ce positionnement par rapport aux autotests à visée diagnostique. La ou les raisons déterminante(s) sont repris(es) ci-après. Le positionnement des médecins comporte toutefois souvent des nuances. Le lecteur les trouvera sous les rubriques : points forts, points faibles et points en balance (voir 3.1.1.3).

➔ **Les médecins « pour » les autotests à visée diagnostique (1,2,14,16)** motivent leur positionnement par : leur intérêt pour la prévention et les dépistages (1,16), pour les nouvelles technologies dans ce cadre (16) ; l'importance que les personnes prennent du pouvoir sur leur santé (2,16⁷⁹-autonomie décisionnelle) et sur leur vie (2) ; les expériences positives d'auto-prélèvement par le patient lui-même (1-Hémocult[®] et les Infections Sexuellement Transmissibles) ou encore que l'existence des ATVDs puissent faire avancer le débat en matière de *testing* par des non-médecins (14- hépatite C).

[Dépistage & nouvelles technologies] Après, je me trompe peut-être complètement. Parce que moi je suis très, nouvelles technologies, dépistage, je suis à fond dedans. J'essaie ... « pas gadget » mais tout ce qui peut avancer du type « diagnostic », je suis à fond et je suis pour. Et que je ne me considère plus comme le médecin paternaliste... Moi, je suis comme un consultant. Enfin, c'est ma vision. C'est comme ça qu'on m'a formé aussi et donc, j'essaye... mais c'est toujours aussi un peu contrôlé. Mais donc, le dépistage c'est pour tirer la sonnette d'alarme et après aller investiguer pour comprendre ce qui se passe (Pascal, MG16)

[Pouvoir sur la santé et la vie] C'est super important que la personne prenne le pouvoir sur la santé et sur sa vie. C'est pour cela que cela ne me dérange pas du tout, les petits kits. Cela ne me dérange pas du tout que les gens fassent des trucs sans mon autorisation. (Rires). C'est intéressant. (Blurette, MG2)

[Débat en matière de testing par des non-médecins] on bute sur le fait que nos collègues non-médecins même formés et informés ne peuvent pas en principe pratiquer de l'auto test hors le contrôle direct d'un médecin. Euh... qui semble quand même un outil vraiment important de lutte contre l'épidémie d'hépatite C. Hé bien apparaissait déjà un autotest. Donc, on est déjà à un stade plus loin où même plus un soignant qui va faire le test mais ça rentre, dans les pratiques courantes que des patients vont eux-mêmes se dépister pour des diagnostics qui peuvent être aussi lourds même que le HIV et on reste empêtré dans notre action par rapport à ... voilà... à des questions de santé publique. (Nathan, MG14)

En dehors de l'effet sur le débat du *testing* par des non-soignants, **les médecins perçoivent les ATVDs comme étant en accord avec la démarche qu'ils « poursuivent » auprès des patients qu'il s'agisse d'autonomie (décisionnelle) du patient ou de prévention. Tous tiennent un discours d'autonomie, même si dans certains cas, elle est limitée au discours (16) ou très intuitive (1)**

➔ **Les médecins « contre » les ATVDs (6,8,20,25)** estiment être peu (in)formés les concernant (6,20), redoutent l'anxiété (8) ou la réaction d'un patient (25) face à un test positif, doutent de la fiabilité des tests (25-sensibilité-risque de faux négatifs) ou encore, perçoivent les ATVDs comme allant à l'encontre d'une « prise en charge globale » du patient, par le médecin (20).

[Peu informé/formé] Ça peut être intéressant mais il faut bien renseigner et je pense que c'est... voilà. C'est surtout l'information et si nous on n'a pas l'information parce que mes collègues et d'autres collègues que j'ai appelés, ils n'étaient pas plus au courant par rapport à tout ça pour les patients.

I : Du fait que ça existe et de ce que ça mesure, etc. ?

Hm, hm. On a eu peu d'information par rapport à ça. (Florian, MG6)

[Approche de la médecine] [de l'explication de l'autotest] Bah, par le médecin, c'est pour ça que pour moi cela n'a aucun sens, qu'il se trouve en pharmacie. Je ne suis pas du tout favorable à cela en fait. Parce que pour moi au-delà du test, il y a vraiment une prise en charge globale (Théa, MG20)

Note : les verbatim illustrant les autres dimensions sont repris en 3123-points faibles des ATVDs.

⁷⁹ Dans ce cas, il s'agit d'un discours de prise de pouvoir sur leur santé mais qui ne se traduit pas dans l'approche patient. le MG informe le patient « afin que celui-ci soit acteur de sa santé ».



Le manque d'information, de formations en regard des ATVDs, la crainte de la réaction du patient face à un test positif couplée au doute sur la fiabilité des ATVDs ainsi que la vision de l'approche de la médecine (et du rôle du médecin) motivent ce positionnement. **Ces médecins avaient en outre en commun de présenter des pratiques de type 1, autocratie, patient passif-soignant actif.**

➡ **Les médecins qui n'ont pas de position tranchée. Ils sont partagés, neutres ou mitigés par rapport aux ATVDs (3,4,5,7,9,10,11, 12,13,15,18,19,22,23,24)**

Taux de réponse : 13 sur 15. (Pas de réponse pour : 13,15,23)

Ces médecins mettent en exergue deux éléments qui font en sorte que les ATVDs sont ou non pertinents, à savoir :

- L'intérêt variable de mesurer certains paramètres/dépister certaines maladies (24) en santé publique (3,4,10,12-VIH très utile ; 5,11) ou l'*Evidence Based Medicine* (18)

Et donc pour le patient, c'est quelque chose de bien ou quelque chose de pas trop bien ?

Mais non, moi je ne peux répondre que d'un point de vue santé publique. On est au niveau individuel... (Cyril, MG3)

- Le type de patient plus ou moins anxieux (3) ; qui ose ou pas en parler au médecin (7); plus ou moins raisonnable (9), plus ou moins adéquat dans ses réactions (11)

D'autres éléments sont également avancés pour motiver ce positionnement souvent en complément d'une des deux éléments précités :

- Le fait qu'« il ne soit pas facile de comprendre sa santé soi-même et que dès lors, il est préférable d'en parler » (4)
- L'expérience d'un ami qui a osé faire le test VIH lors de la sortie de l'autotest (10)
- Le risque de surconsommation (24)

Enfin, un faible niveau de littératie chez ses patients (qui lui fait craindre une augmentation de sa charge de travail du fait des ATVD), la réduction de la médecine à un acte technique (22) ainsi que le fait que l'introduction des ATVDs ait été réalisée sans formation préalable du personnel médical et paramédical (19-y compris les pharmaciens) sont également avancées.

Ce positionnement est lié aux types de tests ou aux types de patients (et à leur réaction). Le raisonnement est que certains tests sont plus pertinents que d'autres et que le profil de certains patients seraient adéquats pour une utilisation des ATVDs. La crainte de la réaction du patient et le manque d'information, de formation, sont également partagés par certains médecins « contre » les ATVD.

Note : les verbatim illustrant les autres dimensions sont repris en 3123-points faibles et points forts des ATVDs.

➡ **Enfin, les médecins qui préfèrent ne pas se prononcer (17,21)** font mention de très nombreuses interrogations qui témoignent d'un manque d'information, de formation concernant la fiabilité (spécificité ? sensibilité ?) (17,21) et de la pratique ad hoc liée à cette fiabilité (et dès lors, de la plus-value ou du surcroît de travail engendré par les ATVDs) (17,21) ou encore, du souhait de connaître le positionnement de leurs confrères (21).

Le sentiment de manque d'information est partagé avec certains médecins étant contre les ATVDs ou ayant une perception mitigée des ATVD.

Perception globale ATVD & profil du médecin. (voir Annexe 2)

- Ceux qui sont « pour » les ATVDs, voient les ATVDs comme en accord avec leur pratique actuelle soit d'autonomie du patient ou de prévention-dépistage. Tous tiennent un discours favorable à l'autonomie du patient, même si les pratiques ne sont pas nécessairement de l'ordre du partenariat mutuel (il peut s'agir d'un discours d'autonomie ou de pratique intuitive)
- Ceux qui sont « contre », présentent des pratiques très centrées sur le soignant, autocratique, Type 1.
- Ceux qui n'ont pas de positionnement tranché sont pour ou contre les ATVDs en fonction du type de tests et du type de patients (et leur réactions émotionnelles)

Il semble exister un lien entre le fait d'être favorable aux ATVDs et le fait d'exercer en libéral. Toutefois, si ce lien se confirme, la nature du lien reste à élucider (par exemple, à titre d'hypothèse, le type de patientèle). En effet, si tous les médecins favorables aux ATVDs, exercent en libéral, tous ceux qui exercent en libéral ne sont pas nécessairement favorables aux ATVDs.

3.1.1.3. POINTS FORTS & POINTS FAIBLES DES ATVDs



Cette section comprend les points forts et les points faibles des ATVDs (voir Tableau récapitulatif MG6, à la fin du point 3.1.1.4.), ainsi que les conditions que les ATVDs devraient rencontrer, tels que perçus par les médecins. Le point 3.2. Représentations de l'utilisateur d'ATVD offre une vision complémentaire aux points forts et faibles des ATVD, celui de l'association de certaines catégories de patients à l'utilisation des ATVD.

POINTS FORTS

Les médecins répondants formulent deux types de réponses, en fonction de « deux types » de publics : les patients ou les citoyens, en général ; leurs patients, en particulier. Les premiers relèvent davantage d'une abstraction, tandis que les seconds sont les patients « réels » du praticien.

POUR LES PATIENTS OU LES CITOYENS, EN GÉNÉRAL

Les différents points forts ou avantages perçus par les médecins dans le cadre de la population en général sont⁸⁰ de:

➔ **Améliorer le dépistage d'un problème de santé pour un individu et dans une population.** A l'échelle d'un individu (5,9,15,17), les ATVDs peuvent également permettre le **dépistage/diagnostic (9) plus précoce** d'un problème de santé (5,15,16,17) voire de déceler « des choses à côté desquelles on serait passé » et d'éviter les complications de la maladie (5). Les ATVDs permettraient dès lors une prise en charge plus rapide de ce problème (5,15,16).

Ça va nous éviter de passer à côté de certaines choses ou de passer à côté de complications qu'on aurait vues trop tard sans ces autotests. Mais moi là, ça a tout son sens pour moi ! Typiquement, le diabétique mais pas que, hein ! On peut même penser à l'hypertendu, on peut penser à tout un tas de choses. Et là, ça a un vrai, vrai sens pour moi. Ou le VIH, évidemment. (Eric, MG5)

A l'échelle d'une population, l'ATVD s'avérerait **particulièrement pertinent dans le cas de pathologies sensibles, d'exams « plus embarrassants »** : il peut s'agir de pathologies qualifiées de « taboues » parce que liées à la sphère sexuelle tels que le Chlamydia (10,25), le VIH (1,3,7,10,15,23,25) ou de pathologies dont le patient n'ose pas parler avec son médecin (24). L'ATVD permet alors de franchir le pas, parfois après des années de doute (10). L'autotest permettrait de réduire au maximum le seuil d'accessibilité au dépistage et dès de réduire d'incidence du problème dans une population donnée, des mesures pouvant dès lors être mises en place (3,15).

Ça ouvre l'accès au dépistage et à la connaissance de son statut sérologique à des gens qui n'y avaient pas du tout l'accès avant. Comment dire... C'est l'accès, le plus bas seuil imaginable au test et donc ça, c'est très bien ! (Cyril, MG3)

Les ATVDs peuvent en outre permettre d'augmenter une couverture insuffisante en matière de dépistage pour certains paramètres. Ces paramètres doivent toutefois être pertinents en matière de santé publique (3,4,5- VIH, 12-Tétanos, 11,12 VIH) et sont intéressants si les ATVDs sont fiables (11).

*Donc il y aura des autotests qui seraient plus pertinents que d'autres parce que...
Oui, des autotests qui permettent de simplifier des campagnes de prévention connues et validées. Ça, c'est bienvenu évidemment. Mais des autotests qui servent à tester d'autres choses dont en routine, pour quelqu'un qui va bien, il n'y a aucun intérêt à le connaître...
I : Donc en fait, les autotests, c'est plutôt une mauvaise chose... ?
C'est une très bonne chose si c'est utilisé à bon escient. Mais c'est comme tout !
I : D'accord. Mais seulement il y en a qui ne sont pas du tout pertinents et d'autres qui le sont.
C'est-à-dire que ceux qui permettent de faciliter ce qui existe déjà, moi je ne me pose même pas la question. (Eric, MG5)*

➔ **Permettre de « raccrocher les personnes à la médecine ». L'ATVD = une porte d'entrée.** Les ATVDs peuvent permettre de « raccrocher les personnes à la médecine » comme le disent les patients. Il est fait allusion à deux publics :

- Les personnes qui n'ont pas de médecin, qui entreraient en relation avec un médecin suite à la réalisation d'un ATVD. Les ATVDs sont alors perçus comme une « porte d'entrée vers la consultation d'un médecin via le dépistage et la prévention » (1,3, 18)

C'est un bon moyen de rentrer dans la médecine, dans le dépistage ou dans la prévention. Parce que finalement, c'est cette notion-là qui moi m'intéressait en fait quand vous parlez de ces tests-là, c'est que c'est entrer dans la tête des gens toute la notion de prévention aussi... et de faire des dépistages pour voir s'ils ont, s'ils n'ont pas, si on peut faire quelque chose...(Alice, MG1)

⁸⁰ Les représentations sont toujours le fait d'un ou d'une partie des praticien(s). Il n'existe pas une représentation commune/unique.

- Les personnes qui ont un médecin (7,15), sans problème apparent de santé mais dont la priorité n'est pas de consulter (15), notamment du fait d'un agenda chargé (7). Les ATVDs permettraient alors d'obtenir rapidement une information et de ne pas postposer une consultation (7).

Je crois que l'utilité de ces tests, c'est que des gens qui se sentent très bien, par curiosité, font un test et puis du coup s'inquiètent et vont voir le médecin alors qu'ils n'auraient probablement pas été. Voilà comment je le vois ! (Gallien, MG7)

Une troisième catégorie des personnes est également citée : celles qui n'ont pas accès aux soins ou ne sont pas en ordre de mutuelle. Néanmoins, se pose alors dans ce cas, la question du suivi de ces personnes dans la mesure où « les soins ne sont pas possibles » (18)

➔ **Permettre d'éviter une consultation, de désengorger le cabinet médical.** A l'inverse du point précédent, l'ATVD peut aussi permettre d'éviter une consultation et ce, dans deux cas : un résultat positif avec un problème de santé pouvant être géré par le patient en autonomie (19). Un résultat négatif, à condition que le test soit très sensible (25).

Les ATVDs permettraient alors de réduire l'engorgement des pratiques des médecins généralistes notamment pour les petites questions (9). Notons toutefois que dans le premier cas, ce n'est pas l'automédication qui est ici visée mais davantage une autonomie (fonctionnelle) dans la gestion d'un problème de santé existant (notamment les infections urinaires). L'utilisation de l'ATVD devient alors similaire à un test en monitoring pour un problème de santé connu et ce, éventuellement avec l'accord du médecin voire avec la collaboration du pharmacien (19).

➔ **Rassurer le patient.** Les ATVDs peuvent permettre de rassurer « certains patients » (16-idée d'un résultat négatif, particulièrement dans le cas du VIH) et d'obtenir des réponses à leurs questions (1,9-en regard de problème de santé « plus bénins »).

➔ **Aider à faire avancer le débat sur l'administration de tests rapides (hépatite C) par des non-médecins** (14).

POUR SES PATIENTS

Les différents points forts ou avantages perçus par les médecins pour leurs propres patients en particulier sont :

➔ **Contribuer à (ou témoigner de) l'autonomie du patient.** Les ATVDs sont également perçus comme contribuant à l'autonomie du patient (1,2,5,9,13,16,19), de « prendre sa santé en mains » et ce, à des degrés et à des moments différents de la « prise en charge » (16) : être responsabilisé (1,5); faire quelque chose de positif pour sa santé par rapport une inquiétude plutôt que de ne rien faire (1) ; jouer un rôle actif (13) ; être autonome dans la gestion d'un problème de santé (19), prendre l'initiative dans la prise en charge (16) ou encore reprendre du pouvoir sur sa vie et sa santé (2,9).

Ça m'intéresse de responsabiliser les patients. Ça je pense que de ce côté, les autotests peuvent amener quelque chose. S'ils ont les informations nécessaires, je pense qu'ils vont les faire à bon escient. (Eric, MG5)

C'est super important que la personne prenne le pouvoir sur la santé et sur sa vie. C'est pour cela que cela ne me dérange pas du tout, les petits kits. Cela ne me dérange pas du tout que les gens fassent des trucs sans mon autorisation. (Rires). C'est intéressant. (Bluette, MG2)

Ces différences sont le reflet de la représentation de l'objectif de comportement de santé pour les patients (i.e. ce que le patient devrait pouvoir faire au-delà de la prise en charge par le soignant) et de leur représentation du rôle du patient.

Toutefois, certains listent des **qualités requises** chez le patient pour permettre cette autonomie : lors de la réalisation du test, être raisonnable et être capable de gérer un résultat positif sans dramatiser/paniquer (9,16) (y compris pour le VIH) (16) ; pour la gestion « autonome » d'une pathologie (infection urinaires (9), être « célébrée » (9). Un autre médecin balaye l'objection de l'anxiété et de la peur qu'un résultat positif peut générer chez le patient par le fait qu'ils doivent « vivre leurs émotions » (2) (><).

Ah oui, oui. C'est super. C'est juste qu'il y en a certains qui vont avoir plus de peur qu'autre chose, quoi. (...)Mais voilà, c'est aussi la liberté des gens. Les gens qui aiment bien se faire peur, et trouveront toujours bien un moyen.

Ah oui. Il y a des gens qui ont peur de tout. Donc, n'importe quoi va pouvoir alimenter cette peur. C'est qu'ils ont besoin de la vivre, en fait. (Bluette, MG2)

Les ATVDs sont par ailleurs perçus comme étant dans le sens de l'évolution de la société avec des patients plus attentifs à leur santé (1) ou qui sont plus actifs dans la prise d'information notamment via internet (13,14), qui contribue à l'évolution de la relation soignant-soigné (14). L'ATVD est alors un point de départ à partir duquel travailler avec le patient à l'instar de l'information obtenue sur Internet ou d'une question du patient (13,14).



Dans ce cadre, l'ATVD permettrait en outre de :

➔ **Contribuer à la « liberté du patient de savoir »** (2,4,5)

D'autres éléments sont également relevés :

➔ **Permettre la réalisation de certains examens plus sensibles par le patient lui-même, mais cette fois, en routine.** L'ATVD va dès lors rendre possible un examen, qui en son absence ne serait pas réalisé. L'expérience positive d'Hémocult® et des frottis réalisés par le patient l'encouragent à poursuivre dans cette voie (1)

Ce n'est pas vraiment un autotest parce que c'est moi qui donne le test, mais par exemple quand il faut faire un examen gynécologique pour faire juste un frottis pour voir s'il y a une maladie sexuellement transmissible, par exemple. On n'a pas besoin de faire un examen gynéco, le patient peut le faire. Et parfois, les gens ne veulent pas et puis si je leur dis « mais vous pouvez le faire à la maison » ... puis ils le font parce qu'ils sont plus à l'aise... (Alice, MG1)

➔ **Dispenser le médecin d'une partie de la médecine qui ne l'intéresse pas (prescrire des tests)** (2)

Moi, je trouve cela très rigolo ! (Rires) non, moi, je trouve ça très rigolo. Mais, par exemple, le VIH, cela, c'est très bien parce que ce n'est pas très intéressant pour moi de prescrire des tests VIH. Autant qu'ils le fassent de leur côté. En plus, c'est cool, c'est anonyme : ils sont tranquilles, quoi ! (...) C'est marrant quoi. Moi ce sont tous les trucs qui ne me passionnent pas forcément, moi. Tous ces tests et tout. Une fois que c'est fait c'est bien ! (Blurette, MG2)

➔ **Préserver l'anonymat**

Ce qui est un plus pour le patient, notamment en ce qui concerne les IST. (2) (voir supra)

Les ATVDs sont en outre perçus comme :

➔ **Probablement fiables**, dans la mesure, où tout dispositif doit présenter un minimum de fiabilité pour être mis sur le marché (14).

➔ **Très intéressants pour certains tests.** (><)⁸¹. Il est à noter que l'idée qu'un ATVD puisse être intéressant (24) ou non diffère en fonction des praticiens. Il s'agit de paramètres de santé dont le dépistage a été validé sur le plan de la santé publique et qui correspondent aux campagnes de dépistage existantes (3,5,9,11,12,15) (l'ATVD est alors un moyen permettant d'augmenter la couverture du dépistage, parfois sur des paramètres dont le recueil est plus sensible (1,7,10,23) (comme nous le mentionnions ci-avant). Il peut aussi s'agir de problématiques sur lesquelles les patients se posent des questions (1-Gluten,9-Lyme).

Parce que l'intolérance au gluten, tout le monde se croit intolérant au gluten, donc ça faciliterait peut-être les choses que les gens puissent faire un autotest. (Alice, MG1)

Ces éléments sont précisés ici dans la mesure où les médecins les ont mentionnés comme points forts. Les représentations concernant la fiabilité seront toutefois systématiquement développées en 3.1.2.4.

Points forts des ATVDs. Les médecins formulent les points forts des ATVDs pour deux types de patients distincts : les patients en général et ses patients en particulier.

A l'exception d'une aide pour faire avancer le débat en matière d'administration des tests rapides par des non-médecins (organisation des soins) et de certains éléments bénéfiques pour les médecins (désengorgement des salles d'attentes, non-réalisation d'une partie de la médecine qui ne l'intéresse pas), les points forts sont des avancées pour le patient et la santé des populations (le dépistage).

En ce qui concerne le patient, il s'agit d'éléments qui touchent sa relation avec le médecin (renouer avec la médecine, l'autonomie des patients vis-à-vis du médecin, l'accessibilité favorisée grâce à l'anonymat, le sentiment de réconfort).

Aucun élément n'a été évoqué concernant le pharmacien et les relations avec ces derniers.

POINTS FAIBLES

Les différents points faibles ou désavantages perçus par les médecins sont de:

⁸¹ Sigle lors la représentation est à la fois comme points forts et comme points faibles.

➔ **Risquer d'engendrer une surconsommation de tests ou de soins.** Cette surconsommation touche les ATVDs, les tests/examens complémentaires ou encore, les soins. La surconsommation des ATVDs (3,4,9,24) est crainte, par certains, surtout au début de la commercialisation, par attrait de la nouveauté (9). Deux profils de personnes (3,4) sont mentionnés : des patients anxieux et non pas ceux qui en ont objectivement besoin (3) et les hypocondriaques (4).

Le gros problème c'est d'entretenir l'hypocondrie qui malheureusement touche un grand nombre de nos concitoyens. Donc, cela m'inquiète de ce côté-là ! (Damien, MG4)

Dans le cas de patients très demandeurs d'examens, cela risque de « saper » le travail réalisé par le médecin avec ces patients.

On a clairement des patients qui vont être très très demandeurs. J'ai peur que ça nous pourrisse le travail que je fais avec certains (Kevin, MG11).

Or, La réalisation d'un test ne comportant pas d'indication, conduit lors d'un test positif à ce que le MG doive réaliser d'autres examens « non-utiles » dans la mesure où il faut donner une réponse à la « demande » du patient (22).

Ça nous force à faire d'autres tests alors que parfois ce n'est vraiment pas nécessaire, j'ai l'impression (Barbara, MG22).

Elle conduit également à une surconsommation de soins, certaines pathologies n'ayant pas lieu d'être traitées telles qu'un cancer à un âge avancé, certains taux de PSA de cholestérol (6) voire à une automédication accrue (9). Par conséquent, les ATVDs risquent d'engendrer des dépenses inutiles en matière de santé pour le patient et pour la société (9), une balance coût/bénéfices déficitaires (9,12).

➔ **Manque de réflexion en matière de santé de population.** Certains se disent sceptiques sur l'utilité de l'ATVD, s'il n'y a pas de pertinence à « mesurer » ce paramètre de santé sur le plan de la santé publique (3,6). L'objectif en termes de santé (publique) n'est pas réfléchi a priori, y compris dans le choix des tests. La démarche est l'inverse de ce qui est réalisé en santé publique (cf. ici, on commercialise et puis, on voit ce que cela « donne ». (3)

Je pense qu'en termes de santé publique, ce n'est pas comme qu'on travaille, on n'a pas des tests qu'on met sur le marché et puis, qu'on vend et on voit a posteriori. Enfin, c'est assez étonnant comme démarche. (...). Il faut réfléchir en termes de morbi-/mortalité à la clé. Je pense que la réponse, elle est là. (Cyril, PA3)

Ce risque est d'autant plus souligné pour les tests jugés « peu intéressants », peu utiles.

➔ **Être limité dans leur approche de la santé.** Les ATVD mesurent un paramètre et ne le remettent pas dans son contexte (5,7,10, 13, 20, 24, 25). Ce qui souvent ne suffit pas, c'est une entrée en matière (7, 13). Mais, cela ne suffit pas. Ce n'est qu'un zakouski ! (7). Une démarche très incomplète en regard d'une consultation en médecine (examen des symptômes, anamnèse) (10 au terme de laquelle le test n'est pas toujours nécessaire (5, 23)), d'une prise de sang plus complète (7) ou encore, qui inclut la sensibilisation à la prévention des comportements à risque (24)

Détecter une maladie, ça ne vaut la peine que si on peut la soigner ou que si on peut en limiter les conséquences soit pour les patients, soit pour l'entourage. Pour le reste, sinon on passe sa vie à faire des tests de tout pour savoir si on n'a rien attrapé. Ça n'a pas de sens. Si vous me dites, vous n'avez jamais eu de rapports sexuels de votre vie, je vais vous dire ne faites pas de test du VIH, ça ne vaut pas la peine. Et que vous n'êtes pas personnel soignant et que vous ne vous êtes pas piquée, ça ne sert à rien. Là, c'est caricatural mais il y a tout un tas de domaines dans lesquels les gens ont aussi cette démarche -là. (Eric, MG5)

maar ja, dan daar ook he, van "ik durf het niet te vragen" dat is geen oplossing, dat is van "ge hebt iets fout gedaan, onbeschermd contact gehad", daarvoor hebt ge ook nog altijd een huisarts, die u attent maakt op preventie, "kijk tot wat dat kan leiden", en dat je dan het belang uitlegt van beschermd contacten enzo, dus...ge wint altijd bij een contact met de huisarts, maar ik denk dat dat in de meeste...het deel van de patiënten die zo gaan denken, gaat heel klein zijn en het overgrote deel gaat dan overconsumptie doen (Bastien, MG24)

➔ **Ne pas permettre la prise en charge globale assurée par le médecin, le réduit à un acte technique. [Aussi dans représentation du changement sur le rôle du médecin]**

Dans le même ordre d'idée que ce qui précède mais y ajoutant explicitement l'influence sur le rôle du médecin. Les ATVDs vont à l'encontre d'une prise en charge globale, qui doit être assurée par le médecin (20). Ils réduisent le rôle du médecin à un acte technique (mesurer un paramètre) alors que beaucoup de problèmes en médecine générale peuvent être diagnostiqués par l'anamnèse, le dialogue avec le patient (22)

I : Et quand vous dites par rapport à l'information etc. cela devrait te fait par qui ? Si l'indication est bonne etc. ?

Bah, par le médecin, c'est pour ça que pour moi cela n'a aucun sens, qu'il se trouve en pharmacie. Je ne suis pas du tout favorable à cela en fait. Parce que pour moi au-delà du test, il y a vraiment une prise en charge globale (Théa, MG20)

En fait tout ça, ça dénie aussi un peu le rôle du médecin, je trouve. C'est vraiment réduire la médecine à des trucs techniques entre guillemets. Alors que, dire que quelqu'un a une intolérance au gluten, avant tout, c'est l'anamnèse. Avant tout, c'est « depuis quand ? Est-ce que tu as mal au ventre ? A quel moment ? Est-ce que tu as remarqué que c'était en relation avec tel ou tel truc que tu manges ? ». Pour pratiquement tout ça, c'est vraiment comme s'il y avait cette croyance que la technique et la technologie allaient tout trouver. Alors que la plupart du temps, 90 cas sur 100 ils sont résolus en médecine générale déjà. Et 90x sur 100, c'est l'anamnèse qui te dit... 'fin, tu sais déjà beaucoup beaucoup de choses. Et ça, ça court-circuite le... (Barbara, MG22)

➔ **Présenter un coût (relativement) élevé.** Le coût des ATVDs est perçu comme (très) élevé (13,19) et ce d'autant : que les examens sont décrits comme gratuits (6-prise de sang) ou moins chers chez le médecin (8) ou en laboratoire (10) ; que la consultation chez le généraliste est moins coûteuse (24) ; que les tests sont probablement non remboursés (7,14,20) ; que la dépense est parfois inutile (23 cf. une mesure des paramètres n'est pas toujours utile,24) et en cas de ATVD positif, la consultation, la réalisation d'un autre test et donc, d'autres dépenses seront nécessaires (8,12).

Alors, je leur explique que mes tests de grossesse me reviennent à 87 cents la pièce exactement. Alors pourquoi avez-vous été dépenser autant d'argent chez le pharmacien ? Ça résume beaucoup ma pensée. Peu importe le test. En fait, souvent, le rapport qualité-prix est mauvais. (Henri, MG8)

➔ **Risquer de générer des réactions de panique ou de prise de risques de la personne seule face aux résultats (><)**

Une réaction de panique ou d'anxiété (1,5,6,9,11,15,18,20,25) face à une « mauvaise nouvelle » est crainte. Cette anxiété est parfois qualifiée « inutile » (6) d'autant que les faux positifs ne sont pas à exclure, comme dans tout test (16). Les ATVDs seraient alors inadéquats pour les personnes ne pouvant réagir de ...manière adéquate à un test positif (11), les personnes anxieuses (9) ou très fragiles émotionnellement » (9, 16). Certains précisent que c'est le cas pour les ATVDs à pronostic fort, comme le VIH (16, 18) et si les services de prise en charge sont fermés (25).

➔ **Risquer de banaliser le VIH et d'encourager les pratiques à risques**

La commercialisation des ATVDs est également perçue comme un des éléments de banalisation du VIH, pouvant contribuer à encourager la prise de risque sur le plan des comportements sexuels (16,17).

Le truc avec les autotests, c'est juste cela qui m'inquiète un petit peu... C'est très bien, ce côté préventif, s'il y a quelque chose qui peut permettre de gagner... six mois, un an et d'éviter que d'autres personnes soient contaminées. D'où l'idée du Prep, qui est très très bien, le rembourser et tout ça. Mais, après, de nouveau. Rentrer dans une société où on va aller financer pour que les gens aillent faire des Bouga-Bouga et des machins... Moi, parfois, cela m'énerve un petit peu, parce que de nouveau, c'est les inciter à avoir un comportement à risque qu'ils n'auraient pas eu, s'il n'y avait pas ce genre de trucs. (Pascal, MG16)

Parce que parfois ce qui avait été aussi un peu critiqué, c'est qu'on se dit surtout dans la population homosexuelle du Marais à Paris. C'est dire, « c'est bon, j'ai mon autotest je suis négatif, je peux continuer mes pratiques à risque » dans ce sens-là, en fait. Donc cela, ça peut être ça le côté un peu plus négatif des autotests, par exemple. (Roseline, MG17)

Le risque de réaction négative est d'autant plus présent qu'est à déplorer :

➔ **Le manque d'accompagnement du patient.**

Ce manque d'accompagnement concerne l'achat de l'ATVD (20) et l'interprétation des résultats (23). Lors de l'achat, l'information que le patient recevra sur les plans de la fiabilité, l'indication... suscite la « perplexité » du médecin (19,20), notamment parce que les pharmaciens étaient eux-mêmes mal informés lors du lancement des ATVDs (19) ou parce que la pharmacie ne s'y prête pas (20).

L'introduction des ATVDs sont perçus comme s'étant réalisé dans un contexte de non-préparation des professionnels, en particulier :

➔ **L'absence de formation des personnels médicaux (19,20) et paramédicaux (19), y compris les pharmaciens et les accueillants en centres médicaux ou de planning (19).** La **méconnaissance de l'existence** même des ATVDs par les médecins, conduirait à leur rejet (6)

Ça peut être intéressant mais il faut bien renseigner et je pense que c'est... voilà. C'est surtout l'information et si nous on n'a pas l'information parce que mes collègues et d'autres collègues que j'ai appelé, ils n'étaient pas plus au courant par rapport à tout ça pour les patients.

I : Du fait que ça existe et de ce que ça mesure, etc. ?

Hm, hm. On a eu peu d'information par rapport à ça. (Florian, MG6)

Le manque d'accompagnement du patient et la surconsommation de ATVDs font craindre, un :

➔ **Risque d'un accroissement de la charge de travail des généralistes (><)**

Cet accroissement serait généré par des patients anxieux qui se testent sur des paramètres non pertinents) (12) et chez les patients avec un niveau de littératie peu élevé qui éprouveraient des difficultés dans la lecture et l'interprétation des résultats (22)

Il faut aussi se rendre compte, nos patients des fois, beaucoup, ne savent pas lire un tableau à 2 entrées, quoi. 'fin, le niveau est étonnamment bas... de connaissances. Et donc, lire un truc comme ça, je ne sais pas si ça va aller. Ils vont voir un truc, ils ne vont rien comprendre et ils vont peut-être « trop » venir... parce qu'ils ne savent pas lire le résultat. Peut-être. Peut-être pas. (Barbara, MG22)

➔ Risque d'aggraver les inégalités en matière de santé

Les ATVDs sont perçus comme risquant de ne pas garantir un accès égalitaire. Ils seraient réservés à ceux qui sont informés et ont des moyens financiers. Les ATVDs sont considérés comme contribuant à la marchandisation des soins (14) et échappant à la régulation (14).

Fondamentalement pour moi ce qui est le plus important et qui risque de ne pas arriver c'est ce que c'est que l'accès soit équitable. Donc, voilà, on prévoit toute une série de mécanismes pour que les médicaments soient accessibles, en principe, à tout le monde et on voit déjà que dans la réalité ce n'est pas le cas. Et là, on ajoute des instruments de santé qui échappent à cette régulation. (...)

En soi, je ne pense pas du tout que ce soit négatif. Mais, par contre ça peut poser plein de questions. Notamment... (Silences) Moi, ce qui peut me déranger là-dedans c'est que ça participe d'une marchandisation des soins et que l'on propose de plus en plus... Enfin... L'époque n'est pas si lointaine où on ne pouvait pas faire en Belgique de publicité pour les médicaments. Voilà, maintenant, c'est entré dans les mœurs et on propose de plus en plus d'outils de santé qui ne sont plus régulés dans le cadre des produits de santé ... ou plus de la même façon et qui sont de plus en plus des marchandises comme les autres et donc, ça induit une inégalité d'accès à l'offre de santé, on va dire. (Nathan, MG14)

➔ **Risque de passer à côté d'un problème de santé, du fait des faux négatifs (25).** Le patient se sentirait alors « faussement » rassuré.

Les ATVD, ou plutôt certains d'entre eux, sont en outre perçus comme :

➔ **Peu utiles/intéressants sur le plan de la santé publique ou individuelle. Ce qu'est un test « intéressant/peu intéressant » n'est toutefois pas toujours spécifié (24) et lorsqu'il l'est, il ne fait pas nécessairement consensus.** Les critères suivants sont énoncés pour qualifier des ATVDs de « peu intéressants » :

-ceux qui concernent des **pathologies très anxigènes** (Tétanos, Chlamydia, Lyme) (8) ou

-ceux qui ne sont **pas compris dans les recommandations de la santé publique** en matière de dépistage (5,12-Cholestérol,13), dans les guidelines (22) ou en médecine générale, parce que polémiques (18. La PSA, le gluten, le fer : pas ok). Notons qu'il n'y a pas de consensus sur l'ensemble des dépistages recommandés (notamment en ce qui concerne le cholestérol, le fer). Cette observation vaut également pour le point suivant.

Il y a des tas d'autres trucs où, je crains moi, que cela va nous occasionner plus de travail et plus d'emmerdes que de bénéfices pour le patient et pour la santé publique.

Oui. Vous pouvez nous expliquer un peu plus ?

« Docteur, mon cholestérol... ». Déjà, en Belgique, on dose trop souvent le cholestérol. Alors, vous allez rajouter ça ! Ça ne sert à rien. Et alors, bon nous nous devons filtrer les patients qui méritent une attention par rapport à ça

Mais avoir de nouveau des cholestérol-maniaques qui viennent tous les mois dire « Ah, mon cholestérol, il a de nouveau augmenté... » et on ne va rien faire ! Parce qu'ils ne rentrent pas dans des catégories de prévention primaire. Donc ça, ça m'énerve.

Oui, ça alimente une demande qui n'a pas lieu d'être ?

Absolument. Point de vue santé publique O. (Luc, MG12)

➔ Dans le même ordre d'idée, certains sont perçus comme **trop commerciaux** (10-Tous sauf le Chlamydia et le VIH) et développés par des firmes intéressées par les dividendes aux actionnaires pas par le patient ou la santé publique (12).

Tous ces fabricants de tests, qu'est-ce qu'ils attendent ? A votre avis ? La santé publique, ils s'asseyent dessus, c'est pas leur problème. Quand ils mettent des tests comme ça sur le marché, c'est pour nourrir les actionnaires. Or, déjà, la majorité des patients dépensent déjà beaucoup trop pour sa santé. Quand ils n'achètent pas toute sorte de conneries, des suppléments alimentaires, des vitamines dont il n'a pas besoin et qui coûtent un pont aussi. Bon, ben voilà. (Luc, MG12)

➔ **Peu fiables.** Certains ATVDs sont non fiables (19 ; Le gluten, le fer, le sang colorectal : pas fiables) (19). Certains sont perçus comme moins fiables que les tests réalisés chez le généraliste (11, 12) et le test de labo serait préférable (25).

Het wordt alleen gevaarlijk als de patiënt dat 's avonds laat uitvoert, en dan een slecht resultaat krijgt en dan blijft die daar de hele nacht op doormalen. Dan ga je domme dingen krijgen of gaan die mensen in paniek op de spoed arriveren en ja..... Dat is een beetje mijn vrees bij mijn patiënten, ik zou liever hebben dat ze gewoon bij mij komen en de labotest betalen. (Cléa, MG25)

Un médecin souligne toutefois que certains ATVDs posent davantage un problème de pertinence/utilité sur le plan de la santé publique que de fiabilité (13)

3.1.1.4. CONDITIONS

Certains médecins (n=9 ; 1,3,9,11,13,15,18,19,20) posent des conditions pour que l'utilisation des ATVDs puisse être intéressante ou moins délétère. Cette partie a été intégrée dans les Suggestions/Propositions au titre de « Besoins latents ».

➡ **Accompagner le patient.**

En amont, Donner une « bonne information » au patient concernant :1) quand et à quel moment réaliser le test (15) et 2) la lecture et l'interprétation des tests (afin de prévenir l'anxiété) (1,9,11,20)

- Le professionnel à même de donner cette information varie toutefois : soit pas de préférence du moment que l'information soit donnée (9), soit un professionnel qui connaît bien le patient et puisse expliquer (1).
- Le rôle du médecin ne fait pas consensus : il faudrait que le médecin donne les explications en amont et pour cette raison, la commercialisation en pharmacie est-elle un non-sens (20). Ou à l'inverse, le médecin ne devrait pas accompagner la réalisation de l'ATVD, sinon cela deviendrait un non-sens (11). A ce titre, la lecture même du test devrait se faire accompagner sans qu'il ne soit mention du fait qu'il s'agisse d'un professionnel ou non (11).

En aval, la prise en charge d'un test positif (11,15) afin de ne pas laisser le patient seul avec son « résultat » (15)

Voire accompagner la lecture de l'ATVD (11, 13). L'acteur n'est pas spécifié, si ce n'est que, pour l'un deux (voir supra) cela ne peut être le médecin. (11)

➡ **Identifier que la personne fait effectivement partie du groupe cible pour cet ATVD.** Ce qui est décrit comme un rôle pouvant être tenu par le pharmacien ? (3). Une consultation de 10-15 minutes pourrait être menée par le pharmacien, avec la difficulté que cette consultation doit être rentable pour le pharmacien ? (18)

➡ **S'assurer de la fiabilité des ATVDs (17), de ceux pouvant être intéressants pour augmenter la couverture de certains dépistages (11)**

Si c'est super fiable, on le sait, alors du coup on va prendre cette prise en charge beaucoup plus rapidement et on va avoir un diagnostic plus précoce qu'avant (Roseline, MG17)

➡ **Assurer une « prise en charge » rapide pour les ATVDs à diagnostic fort** si le résultat est positif (16, 18). Ce qui nécessite une bonne collaboration médecin-pharmacien pour garantir ce suivi (référencement) (16,18).

➡ **Développer des procédures permettant au patient une meilleure autonomie du patient dans la gestion de problème de santé** tels que infections urinaires, notamment via une meilleure collaboration médecin-pharmacien afin que le pharmacien puisse avancer certains médicaments (19)

➡ **Assurer la formation des pharmaciens concernant les ATVDs (19), y compris pour pouvoir expliquer au patient et accueillir adéquatement un patient avec un test +.**

Tableau MG 6- Représentations des médecins concernant les points forts et les points faibles d'un ATVD

Points forts	Points faibles
Pour les patients ou les populations, en général : ➔ Améliore le dépistage d'un problème de santé pour un individu et dans une population (et facilite celui lié à examens « embarrassants », aux pathologies « taboues ») ➔ Permet de "(Re)nouer avec la médecine". L'ATVD = une porte d'entrée. ➔ Permet d'éviter une consultation, de désengorger le cabinet médical. (><) ➔ Rassure le patient (><) ➔ Aide à faire avancer le débat sur l'administration de tests rapides (hépatite C) par des non-médecins Pour ses patients : ➔ Contribue à (ou Témoigne de) l'autonomie du patient ➔ Permet la réalisation de certains examens plus sensibles par le patient lui-même, mais cette fois en routine ➔ Dispense le médecin d'une partie de la médecine qui ne l'intéresse pas (prescrire des tests) ➔ Préserve l'anonymat Les ATVDs sont en outre perçus comme : ➔ Probablement fiables ➔ Très intéressants pour <u>certain</u>s ATVDs.	➔ Risque d'engendrer une surconsommation d'ATVDs, d'examens ou de soins ➔ Pas réfléchi en matière de santé de population, y compris, dans le choix des tests ➔ Risque d'aggraver les inégalités en matière de santé ➔ Limité dans son approche de la santé (un paramètre hors contexte, réduction du médecin à un acte technique) ➔ Risque de passer à côté d'un problème de santé, du fait des faux négatifs. ➔ Risque de susciter des réactions de panique ou de prise de risques, de la personne seule face aux résultats (><) ➔ Risque d'accroître la charge de travail des MGs (><) ➔ Risque de banaliser le VIH et d'encourager les pratiques à risques ➔ Coût (relativement) élevé ➔ Absence de formation du personnel médical et paramédical ➔ Manque d'accompagnement du patient. Certains ATVDs sont en outre perçus comme : ➔ Peu intéressants sur le plan de la santé publique ou individuelle (pas EBM ou anxiogènes). Trop commerciaux. ➔ Présentant un problème de fiabilité
Conditions à une utilisation intéressante/moins dommageable : ➔ Accompagner le patient. En amont, une « bonne information », en aval, la prise en charge d'un test positif ➔ Identifier que la personne fait partie du groupe cible pour cet ATVD. ➔ S'assurer de la fiabilité des ATVD, de ceux pouvant augmenter la couverture de certains dépistages ➔ Assurer une « prise en charge » rapide pour les ATVDs à diagnostic fort. ➔ Développer des procédures permettant au patient une meilleure autonomie du patient dans la gestion de problème de santé (ex. avancer certains médicaments) ➔ Assurer la formation des pharmaciens concernant les ATVDs.	
Les points relevés ci-dessus concernent surtout la santé des populations, le patient et la relation médecin-patient. Peu d'éléments relatifs au pharmacien, si ce n'est pour souligner la perplexité sur l'information reçue lors de l'achat et la lecture des résultats. La plupart des points relevés ci-dessus sont très imbriqués. Ils sont souvent la cause ou la conséquence d'un ou de plusieurs autre(s). Il est mal aisé d'établir une liste de points. Le classement des ATVDs en utiles/pas utiles ne fait en outre pas consensus.	

3.1.1.5. REPRÉSENTATIONS RELATIVES À LA FIABILITÉ

Taux de réponse : 23 sur 25 (pas de réponse : 8, 19)

Les médecins étaient invités à se prononcer sur la fiabilité des ATVD. Les éléments repris ci-après sont l'appréciation donnée par le répondant suivi de commentaires apportés par celui-ci pour nuancer son choix. Quinze médecins rapportaient ne pas savoir s'ils sont fiables. Cinq médecins estimaient qu'ils étaient plutôt fiables, deux estiment que cela varie en fonction du test et un dernier estimait qu'ils n'étaient pas fiables.



➔ **Quinze médecins rapportent ne pas savoir si les ATVDs sont fiables ou non (1, 2, 4, 6, 7, 9, 10, 11,15,16,17, 20, 21, 23, 25)**

Parmi ceux-ci, trois médecins disent que les ATVDs se doivent d'être fiables (1,4,16). Toutefois, l'un d'eux précise qu'il en a de bons échos (16). Deux médecins estiment que les ATVDs ne sont pas fiables à 100% (10,23), l'un d'eux pense qu'ils pourraient être trop sensibles et détectés d'anciennes infections (23). Par ailleurs, trois médecins (4,10,16) soulignent qu'aucun test médical n'est fiable à 100%. Un autre médecin (7) précise avoir (davantage) confiance en son labo, qui contrairement à d'autres ne fonctionne pas avec des cadeaux et des bakchichs. Enfin, deux précisent souhaiter cette information (2,6).

➔ **Cinq médecins estiment que les ATVDs sont (plutôt) fiables (5, 13, 14, 22, 24)**

La perception de quatre d'entre eux (5,14,22,24) repose sur le fait que comme ils sont sur le marché, ils ont dû être validé et ce, précise l'un d'entre eux « pour veiller à ne pas engorger les consultations de faux positifs » (14). Certains estiment en outre que les ATVDs sont aussi fiables que le test labo par un professionnel (13,24), exception faite d'un aspect technique qui pourrait poser problème (telles que les conditions de conservation ou une erreur de manipulation (13).

Nous retrouvons deux idées exprimées par certains médecins qui rapportent ne pas savoir si les ATVDs sont fiables, à savoir : l'idée que les ATVDs se doivent être très fiables (sinon les personnes/patients vont penser qu'ils sont fiables à 100% et ne pas penser aux faux positifs) (14) et le fait qu'aucun test médical n'est fiable à 100%.

Quelle que soit la procédure médicale, ce n'est jamais du 100%, on dit, en médecine. Donc, il y a toujours... il n'y a jamais de certitude absolue ou presque jamais ! (Nathan, MG14)

Un médecin pense qu'il n'a pas de raison de penser que ce n'est pas fiable, du fait du mode de fonctionnement même du test à savoir : la recherche d'une protéine spécifique (13). Notons que deux médecins se basent sur leur expérience du test rapide, pour estimer la fiabilité de l'ATVD (5, 22).

Soulignons par ailleurs que, dans cette catégorie, lorsqu'un problème de fiabilité est évoqué, il s'agit surtout d'un problème de spécificité (14).

➔ **Deux médecins estiment que la fiabilité de l'ATVD varie en fonction du test (3, 19)**

Ils ont tous deux une expérience de l'ATVD VIH qu'il estime fiable. En revanche, l'un estime ne pas connaître les autres mais suppose une sensibilité et une spécificité douteuses (3), tandis que l'autre affirme que certains ne sont pas très fiables et ne devraient pas exister (déficience en fer, gluten, ...) (19)

➔ **Un médecin estime que les ATVDs ne sont pas fiables (12)**

Dans ce cas, les tests de labo sont perçus comme plus fiables que les ATVDs.

Fiabilité des ATVDs-La perception de la fiabilité des ATVDs est variée. L'ensemble de la palette est présente (fiables, fiabilité « test-dépendante », pas fiables). Néanmoins, une importante partie des médecins-répondants de notre échantillon rapportaient ne pas savoir si les ATVDs sont fiables ou non.

Aussi, la perception de la fiabilité ne peut être mise en relation avec les autres tendances. Par exemple, qu'ils soient favorables ou défavorables aux ATVDs, la majorité de ces médecins rapportaient ne pas savoir s'ils sont fiables ou non. Toutefois, ceux qui y étaient favorables en raison de leur apport sur le plan du dépistage (1,16) mais qui ne présentaient pas des pratiques partenariales avec le patient soulignaient que les ATVDs se devaient d'être fiables. Il s'agit toutefois qu'une petite partie de notre échantillon. D'autres recherches seraient nécessaires pour examiner ces tendances sur de plus grands échantillons.

3.1.1.6. REPRÉSENTATIONS DE LA VENTE DES ATVDs EN « GRANDE SURFACE »

Taux de réponse : 14 sur 25 (pas de réponse : 1,4,7,9,10,13,19,22,23,24,25)

Cette disposition (décision de la ministre De Block) est intervenue en cours de recueil des données. La question n'a dès lors pas pu être posée à l'ensemble des médecins généralistes. Il était prévu que les ATVDs soient (ultérieurement) disponibles en grande surface. La situation n'était pas effective lors du recueil de données.

➔ **Sept médecins se disent plutôt défavorables à la commercialisation des ATVDs en grande surface (6, 11, 14, 15, 17, 20, 21)**

Les raisons invoquées sont, dans 5 cas, liés au pharmacien. Dans 2 cas, il n'est pas spécifié explicitement.

Concernant le pharmacien, la commercialisation en grande surface ne permettrait pas à celui-ci d'exercer son rôle. Ce rôle varie toutefois, depuis "un filtre" (20), un informateur (6, 11, 21) ou encore, en tant que professionnel de santé d'orienter et de rassurer. L'information peut porter sur l'indication (11, 21), le référencement (21), le risque de faux négatifs (21), la réalisation du test (11) et sa lecture (11)

[Informateur] C'est pire. Je pense que si ça se vend en supermarché, je pense que ce sera pire. Là, le pharmacien a au moins le rôle de l'informateur. (Florian, MG6)

Ça change quelque chose. C'est sûr. Ben, je suis contre. C'est une mauvaise idée justement parce que l'on parle de... Comme je disais : indication, information, référer, renvoyer chez le médecin si nécessaire. Et parce que c'est faussement rassurant ! Comme je disais, VIH, quel danger quoi ! Ils font ça et tout le reste passe à la trappe. Et de nouveau, sensibilité, spécificité. S'il est négatif, ils seront faussement rassurés alors que peut-être cela a une faible sensibilité donc... Non, c'est sûr. Ça devrait être chez le pharmacien, sans aucune hésitation. Misère ! (21)

[Orienter, rassurer] C'est encore pire parce que le pharmacien, autant c'est un professionnel de la santé, donc il peut orienter et même rassurer aussi. Mais je ne sais pas si c'est une caissière ou une machine automatique au Delhaize ou autre, ils ne peuvent pas faire ça. Enfin, pour moi, ce n'est pas bien. (Odile, MG15)

Les autres médecins motivent leur choix par le fait que la vente d'ATVDs doit être accompagnée d'information, sans préciser toutefois qui doit la donner et que « c'est beaucoup mieux qu'il y ait de la relation en parallèle aux outils techniques » (14), ou encore que ce type de commercialisation accroisse le risque d'automédication (17).

➔ **Trois praticiens estiment que ce type de commercialisation n'induit pas de différence (8, 12, 16)**

Dans 2 cas, il est question des pharmaciens. L'un d'eux estime qu'il n'y a pas de plus-value sur le plan du conseil en pharmacie (8) ; l'autre évoque qu'il n'y a pas de différence pour lui, en tant que médecin, mais que cela affecte davantage le pharmacien par le manque à gagner (12)

Maintenant ils sont disponibles en pharmacie, s'ils étaient disponibles dans les supermarchés demain ? C'est la même chose. C'est pareil qu'en pharmacie, en fait ? [ironique] Ben oui. La différence, c'est le commentaire du pharmacien ? (Henri, MG8)

Par exemple, pour le (VIH) sida que ce soit disponible en pharmacie ou en supermarché, c'est pareil ?

Pfff. Il faut dire ça aux pharmaciens. Moi, comme je ne suis pas vendeur, ça m'est complètement égal. (Luc ? MG12)

Le troisième insiste sur le fait que le lieu de vente importe peu mais que l'ATVD doit avoir la même fiabilité quel que soit le lieu de commercialisation (et que cette fiabilité doit être la même qu'un test de labo) (16).

➔ **Un médecin raisonne selon le principe que l'achat d'un autotest fait partie de la liberté de la personne. (2). Aussi, peu lui importe où l'ATVD est disponible. De toute façon, si ce n'est pas en grande surface, le patient pourrait l'acquérir sur Internet.**

➔ **Deux médecins émettent un avis différentiel en fonction du type d'ATVD (3, 18)**

C'est le critère de gravité de la pathologie, le fait que l'ATVD concerne un diagnostic fort qui fait en sorte que l'ATVD ne puisse pas être commercialisé en grande surface. L'ATVD VIH serait ne devrait pas être commercialisé en grande surface tandis que la commercialisation d'un autre ATVD en grande surface pose moins de problème. L'un d'eux précise peu (18). L'autre précise que si le pharmacien offre un minimum d'accompagnement et de suivi et que si le diagnostic est anxiogène, il est préférable que cet ATVD soit vendu en pharmacie (3), il souligne également que la tension entre qualité des soins et accessibilité doit être réfléchie dans le cadre de l'accès en grande surface. Souvent l'accroissement d'accessibilité va de pair avec une diminution de la qualité (3)

Imaginons une personne qui fait un test de dépistage de la carence en fer, il se retrouve avec un résultat positif. Ce n'est pas très grave, c'est vivable. La personne qui va au supermarché acheter un test VIH et qui se retrouve avec un résultat positif, c'est quand même assez difficile à vivre s'il n'y a pas eu un minimum de conseil et d'accompagnement autour, et si le pharmacien offre ce minimum d'accompagnement, pourquoi pas. C'est déjà ça ! On pourrait réfléchir l'accès en supermarché, on est aussi dans cette tension entre... souvent plus, en tous les cas c'est la notion que j'ai, souvent plus on rend un soin ou un produit de santé accessible, moins on met de la qualité autour, dans l'accompagnement dans l'information, etc. (Henri, MG8)

➔ **Un médecin ne se prononce pas en faveur ou en défaveur de la commercialisation en grande surface, mais il se dit opposé à toute forme de publicité ou de promotion concernant les ATVDs quel que soit le lieu de vente (5)**

La raison de cette opposition est que, selon lui, tout type d'action promotionnelle incite potentiellement à une consommation inutile.

Vous allez avoir de la pub pour ça. Vous avez déjà été aux États-Unis, je suppose. Vous voyez la pub pour les médicaments ? C'est pareil, hein. Ça, on n'a pas envie, hein ! Non, parce qu'honnêtement, les campagnes de dépistage qui valent la peine pour l'instant, on les connaît. Et on les met en place, plus ou moins bien, je suis tout à fait d'accord. Moi le premier ou le dernier. Mais qu'est-ce des autotests vous nous apporter par rapport à ça ? (...) ça m'EFFRAIE que ce soit en solde [dans la pharmacie d'à côté] ! Vous pouvez imaginer quoi. Ça veut dire qu'on va pousser les gens à l'acheter, non pas parce que c'est utile, parce que c'est moins cher. (Eric, MG5)

Le positionnement en regard d'une commercialisation des ATVDs en grande surface est assez contrasté. Toutefois, aucun des médecins interrogés n'exprime toutefois le souhait que la commercialisation se réalise en grande surface plutôt qu'en pharmacie. L'analyse ne fait pas apparaître de lien entre le positionnement en faveur/défaveur de l'ATVD et le positionnement en regard de sa commercialisation en grande surface.

3.2. REPRÉSENTATIONS DE L'UTILISATEUR D'ATVDS

Lors des entretiens avec les médecins, il a été question de 4 profils d'utilisateurs d'ATVD : l'utilisateur « cible », l'utilisateur « redouté », l'utilisateur-type et le non-utilisateur-type. Un tableau récapitulatif des différents profils d'utilisateur peut être consulté à la fin du point 3.2.

Il peut exister une redondance partielle avec des éléments évoqués sous d'autres rubriques

3.2.1. L'UTILISATEUR « CIBLE »

L'utilisateur « cible » est celui pour lequel, l'ATVD aurait été idéalement conçu, d'après le médecin.

➔ La personne qui consulte peu ou pas (1,3,7,15,18)

Il peut s'agir de quelqu'un qui n'a pas de médecin (1,3), qui va bien mais est curieux (7), qui est très occupé, afin d'obtenir une information (7), pour qui aller chez le médecin n'est pas une priorité (15) ou encore d'une personne réfractaire aux systèmes de soins (18). En cas de résultats positifs, la personne va consulter alors qu'elle ne l'aurait pas fait en l'absence d'ATVD (1,3,7,15,18). En cas de résultat négatif (15), elle est rassurée.

Parmi ces profils pour lesquels, les ATVDs seraient utiles, figure la catégorie particulière des personnes précaires qui n'ont pas accès au système de soins de santé. Toutefois, le médecin se pose la question du suivi pouvant être assuré dans ce cas(18).

C'est ça, je pense que ça dépend de l'accessibilité aux soins de santé de base. Un VIH pour une personne qui a une mutuelle et une accessibilité aux soins de santé... Bon, une mutuelle en ordre, VIPO, tiers-payant 1€, prise de sang VIH 0€. Mais pour des personnes précaires qui n'ont pas tout ce système-là, oui. Il y en a certains qui sont très très utiles.

I : Le patient aussi qui souhaite...

C'est ça. Soit est habitué au système de soins de santé et y a accès. Soit est totalement réfractaire et a les moyens, mais donc ça pourrait être une petite porte d'entrée. Soit n'a pas du tout les moyens et... Oui. Bon, après là, VIH+, pas de mutuelles, pas de prise en charge, après qu'est-ce qu'on en fait aussi ? C'est ça la question. (Romane, MG18)

Ce profil de ceux qui consultent peu ou pas rejoint partiellement un des points forts des ATVDs mentionnés précédemment, à savoir la possibilité de renouer avec le système de soins. Les verbatim sont présents dans la partie consacrée aux points forts et aux points faibles des ATVD.

➔ Une personne responsable (5), raisonnable (5, 8, 9), qui prend sa santé en mains (5), forte sur le plan émotionnel (8,9,16) et pourra déterminer s'il est nécessaire de consulter (8).

Patient responsable (...) C'est-à-dire un patient qui se dit « Punaïse, je ne sais pas ce que j'ai fait de mon carnet de vaccination. J'ai déménagé 5x, je sais plus où il en est. Qu'est-ce que je fais ? Bon, allez je prends ma responsabilité, je vais acheter un test tétanos. C'est positif, j'ai le temps d'en reparler à mon médecin. C'est négatif, c'est le printemps, je vais faire mon jardin. Ben je me débrouille pour me faire vacciner ». Ça, c'est une responsabilisation. Par exemple.

I : Oui, donc c'est gérer sa santé en fait ?

Voilà. « Je me suis blessé dans mon jardin. Je ne sais pas très bien, je vais faire le test. C'est positif, je suis protégé donc ça va. Je vais essayer de retrouver mon carnet. Si je ne le trouve pas, je prends les mesures qu'il faut. C'est négatif, je ne suis pas couvert. Je vais peut-être aller consulter quand même ». (Eric, MG5)

L'utilisateur doit pouvoir gérer le résultat émotionnellement y compris un résultat positif à un ATVD VIH (16). L'idée est qu'il ne va pas être sous l'emprise de la panique ou dramatiser (8,9,11,16). La proportion de la population « raisonnable » ne fait toutefois pas consensus. Selon un médecin, il s'agit d'une majorité (9). Selon un autre, il s'agit d'une minorité (8).

*Donc, si ce n'est pas clair pour les patients et qu'ils voient « J'ai du sang dans les selles », il y en a qui vont paniquer en disant « J'ai un cancer ». Voilà, mais il y a des gens extrêmement raisonnables et c'est la majorité, il ne faut quand même pas être pessimistes non plus.(9)
... Ça peut éventuellement aider un patient à décider s'il va consulter ou non. Mais seulement peu de patients vont être assez rationnels, que pour le faire ! (Henri, MG8).*

➔ Le patient « cérébré », censé, qui se connaît, et va pouvoir se prendre en charge eux-mêmes (19)

Ce médecin pense à la gestion des infections urinaires. Comme mentionné précédemment, cet usage de l'ATVD est toutefois plus proche d'un outil à utiliser en monitoring avec l'accord du médecin.

Si elle se connaît bien, qu'elle est cérébrée, machin machin. Je pense que cela évite une consultation... évidemment ça leur fait une fois par mois, il faut faire un bilan uro. Mais à côté de ça, si elle en fait deux ou trois fois par an ou deux fois par an... elle sait exactement les symptômes, elle sent que ça vient. Cela ça a du sens. (Sybille, MG19)

3.2.2. L'UTILISATEUR « REDOUTÉ »

L'utilisateur « redouté » est la personne que le médecin ne souhaiterait pas voir utiliser l'ATVD. Celle pour laquelle, l'ATVD n'est pas destiné. Il s'agit du **patient anxieux ou fragile émotionnellement** (3,4,9,11,16)

Cette anxiété peut poser problème à différents moments :

➔ Lors de l'achat, le patient anxieux (3,9) voire hypocondriaque (4) serait amené à réaliser des tests non-nécessaires (3). L'ATVD serait de nature à entretenir cette anxiété (4)

➔ Lors d'un résultat positif, le patient anxieux ou fragile émotionnellement céderait plus aisément à la panique (9,11,16).

Mais on a quand même des personnes qui sont très fragiles, des personnes qui ne sont déjà pas bien et qui se disent « Je dois chercher la raison à pourquoi je ne suis pas bien » et puis, un test comme ça revient anormal et ils se voient déjà morts. (Inès, MG9)

Les utilisateurs redoutés sont particulièrement concernés par deux points faibles des ATVDs mentionnés précédemment à savoir : un risque de surconsommation et un risque de réaction de panique.

3.2.3. L'UTILISATEUR-TYPE

L'utilisateur-type est la personne ou le patient qui typiquement se tournerait vers l'ATVD, selon le médecin.

L'utilisateur « cible » de type « la personne qui consulte peu ou pas » et l'utilisateur « redouté » de type « la personne anxieuse et fragile émotionnellement » sont également mentionnés comme utilisateur-type.

Dans la population des gens qui seraient suffisamment stressés par leur santé pour aller acheter un autotest à la pharmacie. (Cyril, MG3)

➔ L'utilisateur-type du ATVD-VIH (7,12,19,17,20) et plus largement des ATVD-MST (20)

Des représentations de l'utilisateur de cet ATVD sont évoquées par plusieurs médecins. Ces représentations sont le plus souvent distinctes les uns des autres. Elles ne doivent pas être lues comme le portrait de l'utilisateur. Selon ces médecins, il s'agit :

- Un homme (12)
- Un jeune homosexuel masculin (19)

Mais, je pense que les autotests pour le HIV cela a beaucoup plus de succès dans la population homosexuelle... jeune. (Sybille, MG19)

- Des jeunes que le médecin a soignés depuis la naissance (7)

Le VIH ? Cela c'est peut-être la petite fille qui est un peu méfiante et qui se dit : « j'ai un peu déconné et -ci et -ci et ça ». Plutôt que d'aller avouer cela à un tiers, parce qu'il y a quand même des enfants que je soigne maintenant que j'ai connu tout bébé. « Oui mais qu'est-ce que le Docteur Gallien va penser ? ». (Gallien, MG7)

- De personnes ayant eu un comportement sexuel à risque (20) ou ayant, plus généralement, des comportements sexuels à risque (12)

Je pense qu'il y a des tas de gens qui ne parlent pas de leur sexualité volage, non protégée et qui passent en dessous des radars, effectivement. Alors, si ceux-là se sentent, dans leur petit coin, concernés et peuvent se procurer un test VIH et venir quand ça se positive, bon c'est pas plus mal. (Luc, MG12)

- Qui n'ose ou ne veut pas en parler au médecin (7-12)
- Qui est surveillé par sa famille (7)

Je ne crois pas que beaucoup de gens ou alors ceux qui ont peur d'aller raconter leurs histoires à un médecin, ceux qui sont également surveillés par leur famille. On va dire : « tiens pourquoi tu as été chez le Docteur G ? Et ce bon « mutuelle » ? C'était pourquoi ? Et ceci et cela ». Ou alors à la maison, cela va revenir parce qu'il y a un tout petit tiers payant du labo concernant l'analyse. Bon, cela marchera pour les gens qui préfèrent le secret à la certitude ! (Gallien, MG7)

- Qui souhaite être seul parce qu'il a un peu honte, dans la mesure où il s'agit du VIH (17)

Peut-être qu'il y en a beaucoup qui attendent la dernière minute avant de consulter un médecin parce que voilà peut-être qu'un autotest permet de se dire : « on est tout seul à la maison » ... surtout pour le VIH. Parfois, ils ont un peu honte. Du coup, ça permet de gagner du temps, se rassurer si ça ne va pas ou peut être... (Roseline MG17)

La honte, mais dans ce cas de consulter un médecin, est également reprise pour l'ensemble des ATVDs relatifs aux MST (20)

☞ ☺ Un patient motivé par la prévention (1)

☞ N(eutre). Une personne qui a une crainte, une anxiété, une plainte par rapport à un problème de santé (4, 10, 13). Un médecin s'interroge sur les motivations du patient à ne pas consulter un médecin (4), tandis qu'un autre fait l'hypothèse que :

☞ N. Un patient veut avoir en avoir le cœur net et qui est fatigué de se faire dire par le médecin généraliste qu'il est en bonne santé (10).

Et c'est vrai que le patient qui a réellement peur d'une maladie et qui veut être certain de l'avoir ou de ne pas l'avoir peut se diriger vers ce genre de tests. Parce qu'il en a peut-être un peu marre d'entendre le médecin lui dire qu'il va bien et qu'il est en bonne santé. (Julia, MG10)

☞ N. Un patient qui ne souhaite pas en discuter avec son médecin généraliste (10). Une représentation également évoquée dans l'utilisateur-type de l'ATVD VIH.

S'ils vont faire ce genre de tests, c'est qu'ils n'ont pas forcément envie de le faire chez le médecin et d'en discuter. (Julia, MG10)

☞ N. La personne qui veut vérifier si elle est en bonne santé, en l'absence de symptômes (5)

Alors que le médecin remet la demande d'examen dans un contexte et en fonction de symptômes. Il souligne qu'il peut s'agir de personnes qui ont eu l'habitude dans leur pays d'origine de faire des examens réguliers, notamment des prises de sang check up.

Classiquement, les gens veulent savoir s'ils sont en bonne santé. Et donc voilà, c'est une démarche qui ne fonctionne pas. Et donc, la plupart du temps, on leur dit que ce n'est absolument pas nécessaire de faire quoi que ce soit. Sauf s'ils présentent des symptômes. Or, ils ne les ont pas. I : D'accord. Donc en fait, ils viennent chez vous pour être rassurés et puis, vous examinez...

Pas tous nos patients, hein ! Les gens qui pourraient avoir tendance à aller vers ce genre de chose. En fait, ils viennent ici pour savoir s'ils ont quelque chose. Notamment, les gens qui viennent du bassin méditerranéen, parce qu'on a une population très hétéroclite. Soit de migrants économiques ou qui ont fui leurs pays, soit d'expat'. Et donc il y a des expats' espagnols, les jeunes femmes espagnoles viennent se faire faire une prise de sang tous les ans. Ça n'a aucun intérêt, mais apparemment en Espagne c'est ce qui se fait. Donc voilà, par exemple. Et donc j'imagine que ces patients-là auraient tendance à aller vers un autotest, je peux imaginer. (Eric, MG5)

☞ La personne qui consulte Internet (7)

Dans la mesure où, les gens vont beaucoup chipoter sur Internet. Cela-oui (Gallien, MG7)

☞ ☹ Et enfin, la personne, « correspondant à la majorité de la population », qui n'a pas appris à se maîtriser, à attendre quand elle a une question, et qui n'a pas la formation suffisante pour comprendre le résultat (8)

Oui, et ça reflète très bien le psychisme des gens et leur manière de fonctionner. Donc, on a une angoisse. On se pose une question et on essaye d'avoir la réponse le plus vite possible parce qu'on ne peut pas attendre. Parce qu'on n'a pas appris à se maîtriser... et donc, on va chez le pharmacien acheter un test de grossesse à 20€. On pisse dessus, etc., puis on regarde et on se dit « Ah ? Qu'est-ce que ça veut dire ? ». Alors, les personnes hésitent... « Est-ce que c'est vraiment positif ? Je ne suis pas sûre. On va acheter un deuxième test... ». Authentique. Dans une deuxième pharmacie évidemment.

Mais il montre très bien comment fonctionnent les gens. Les gens, ils n'ont aucune patience, aucune maturité et aucune formation scientifique. Ils sont complètement nuls... sauf 1 patient sur 100 comprend plus ou moins ce qu'on lui explique, au niveau chimie générale je dirais. (Henri, MG8)

L'utilisateur-type comporte dans plusieurs dimensions des **éléments touchant à la relation patient-médecin** : ils évoquent des situations de **rupture ou de tension, d'approche partagée**. Sur le plan de la rupture, la personne sera encline à réaliser un ATVD parce que soit elle n'ose (7,20) ou ne veut (10) pas en parler au médecin, soit l'offre du médecin généraliste [qui remet dans le contexte (5), qui les rassure (10)] ne correspond pas à leur demande [de savoir qu'ils sont en bonne santé (5), de vouloir en avoir le cœur net (10)]. Cette tendance pourrait en outre avoir pour origine un système de soins de santé dans lequel le patient a évolué précédemment (5) Un médecin rapporte toutefois ne pas comprendre les motivations du patient qui réalise un ATVD plutôt que de consulter un médecin (4). Sur le plan d'une approche partagée, il s'agissait d'un attrait commun pour la prévention (1) ou la prise en charge de sa santé par le patient, l'exercice d'une autonomie décisionnelle (5), les médecins évoquent une relation partenariale.

L'analyse ne fait pas apparaître de tendances entre la perception des ATVDs et la représentation de l'Utilisateur-type.

3.2.4. LE « NON-UTILISATEUR »-TYPE

Le non-utilisateur-type est **le patient du médecin (1,7,14,20), en général ou certaines catégories de ses patients (16)**.

Les médecins répondants pensent que **leurs patients connaissent peu les ATVDs (10) et que peu d'entre eux en ont utilisé (14,20)**. Ils se basent sur le fait que peu ou pas de patients soient venus leur parler d'un ATVD qu'ils auraient utilisé. Seuls trois médecins ont fait l'expérience d'un ATVD avec l'un de leur patient (11,13,19). Un praticien précisera toutefois que le fait qu'il n'en ait pas connaissance, n'exclut pas que certains patients aient pu en réaliser (14).

Heu. Je n'ai pas connaissance de patients qui auraient utilisé un autotest, ce qui n'exclut pas que certains aient pu... (Nathan, MG14)

Mais, je vous avoue que j'ai très très peu dans ma patientèle. Je n'ai même encore jamais entendu quelqu'un qui a utilisé ça. Jamais. Pour l'instant. Et donc, c'est pour ça, que probablement, je ne suis pas plus intéressée que cela non plus. (Théa, MG20)

D'autres médecins **pensent que leurs patients viendraient plutôt leur en parler (1,7) et faire un test de labo (comme le médecin préfère) d'autant que le prix sera perçu comme élevé et que les patients souhaitent être assurés par leur médecin (7)**.

Je dirais juste, enfin je crois, que mes patients qui viennent régulièrement, ils ne vont pas faire les autotests parce qu'ils vont venir directement m'en parler, je pense. Donc moi, je crois que c'est plus une visée de santé communautaire. (Alice, MG1)

Ils ne vont pas s'amuser à chercher cela eux-mêmes (...) Au contraire, ils auraient plutôt tendance à dire: « On va vite aller dire ça au Docteur Gallien ». Mais « il va peut-être me regarder d'un drôle d'air et me dire : « Comment est-ce que tu peux faire ça ? ». Bon, peut-être il ira faire cela ! (...)

Donc, moi, je pense que si on a un problème de VIH, on préfère aller voir le médecin. Parce que, vous me dites, le VIH, 30 € vous me dites ? Donc, 30 €...

L'interprétation, comme je connais les gens, ils ne seront pas toujours sûrs. Bon, alors ils préféreront venir me voir... dis ce que je pense... me raconter leurs petites histoires. Demander d'abord s'il y a des risques qu'ils n'ont eus, parce qu'il y a autant dans la parole que dans l'acte. Ce que l'on veut c'est surtout sortir rassurer. Que quelqu'un estime le pour, le contre. En disant il y a des risques ou il n'y a pas des risques. Et alors « en fait quand même une prise de sang ? » « Ah ben, oui oui, faites surtout une prise de sang » et ils vont se fier à la prise de sang, beaucoup plus qu'à un test qu'ils vont réaliser eux-mêmes.(Gallien, MG7)

Un médecin identifie (16) deux catégories de ses patients qui sont peu susceptibles d'utiliser des ATVDs: **les patients gériatriques et les patients avec peu de moyens financiers (16)**. Soulignons toutefois que les ATVDs sont cités comme intéressants (voir Utilisateur « cible ») pour cette dernière catégorie, par un autre praticien (18).

Peu. Dans ma patientèle, c'est vrai que j'ai beaucoup de patients en gériatrie.

Et tous les vendredis, une fois par semaine, je suis à un quartier à Bruxelles où là j'ai une population un peu plus hétéroclite. Mais, de nouveau, là, les gens ne sont pas trop demandeurs. Ils n'ont pas trop les moyens non plus. Ils sont tous au CPAS. Donc, ils ne sont pas à demander des autotests. Si c'est remboursé et pris en charge par la mutuelle, il n'y a pas de problème. S'il faut payer un petit peu, cela devient un peu plus compliqué. (Pascal, MG16)

Tableau MG7. Représentations du type d'utilisateur d'ATVD, selon les médecins généralistes

Utilisateur « cible »	Utilisateur « redouté »
➡ La personne qui consulte peu ou pas (=> lui permet de (re)nouer avec le système de soins). ➡ La personne responsable, raisonnable, qui prend sa santé en mains, forte sur le plan émotionnel, qui va pouvoir déterminer s'il est nécessaire de consulter. ➡ Le patient « cérébré » qui se connaît, et va pouvoir se prendre en charge lui-même.	➡ Le patient anxieux ou fragile émotionnellement (=> surconsommation et panique)
Utilisateur-type	« Non-Utilisateur »-type
➡ ☺ Un patient motivé par la prévention ➡ N(eutre). Une personne qui a une crainte, une anxiété, une plainte par rapport à <u>un</u> problème de santé ➡ N. La personne qui veut vérifier si elle est en bonne santé, en l'absence de symptômes ➡ N. Le patient qui veut en avoir le cœur net et qui est fatigué d'entendre dire son médecin qu'il est en bonne santé ➡ N. Le patient qui ne souhaite pas en discuter avec son médecin généraliste. ➡ La personne qui consulte Internet. ➡ ☹ La personne qui n'a pas appris à se maîtriser, à attendre quand elle a une question, et qui n'a pas la formation suffisante pour comprendre le résultat.	➡ Le patient du médecin ➡ Certaines catégories de ses patients : ○ Gériatriques ○ Disposant de peu de moyens financiers
➡ L'utilisateur-type du ATVD-VIH et MST Ainsi que l'utilisateur « cible » de type « la personne qui consulte peu/pas » et l'utilisateur « redouté » de type la personne anxieuse ou fragile émotionnellement	

3.2.5. MOTIFS DE RÉALISATION D'UN AUTOTEST CHEZ UN UTILISATEUR EFFECTIF

Trois médecins avaient fait l'expérience d'un patient ayant réalisé un ATVD (ou sur le point de le réaliser), il évoque les raisons suivantes à l'utilisation de l'ATVD par leur patient :

- Dans une optique d'autonomie, le patient est perçu comme ayant réalisé un ATVD par curiosité, pour voir si cela suffisait à son suivi (13)

Il est venu avec le cholestérol, je vais dire par curiosité pour savoir si ça correspondait aux prises de sang qu'on avait. C'était plus, je dirais, par curiosité, point. Parce qu'il se disait que si sa prise de sang, ça ne se résume qu'à ça, alors tant qu'à faire il se débrouille tout seul dans son coin. (Matthias, MG13)

- Une personnalité inquiète pour sa santé, qui pense être carencée voudrait des compléments (11)

Bah, il trouve qu'il est faible et il est fatigué. Il y en a pas mal qui trouvent que dès qu'ils sont un peu fatigués, ils pensent qu'ils manquent de fer ou de vitamines.

I : D'accord. Oui, oui.

Et c'est dans ce cadre-là, qu'à mon avis, il s'est dit "Génial, maintenant il y a des autotests. Je vais aller voir".

I : Et il focalise vraiment là-dessus ou...

Pas que son fer. Non, il a peur d'être en manque. D'être carencé en à peu près tout. Voilà, c'est quelqu'un qui est assez inquiet. Oui. S'il y avait eu une vitamine ... Je me dis vraiment n'importe quoi, il l'aurait sans doute fait ça pour voir si ça ne manquait pas. (Kevin, MG11)

Dans le troisième cas, un jeune patient avait acheté l'ATVD-VIH mais n'avait pu le réaliser seul par crainte du résultat. Aussi, était-il venu consulter le médecin. Il a au final réalisé l'examen classique après explication. Le médecin lui a dit de garder le test pour la prochaine fois (19).



4 – CHANGEMENTS PERÇUS DANS LA RELATION PATIENT-MÉDECIN-PHARMACIEN

Seuls trois médecins (11,13,19) disposent d’une expérience effective des ATVDs avec au minimum un patient. Par conséquent, il s’agit dans la plupart des cas de représentations de ce que les ATDV pourraient induire comme changements dans la relation plutôt que de changements effectifs.

Les différents types de changements (tels que perçus par les médecins) suivront la présentation suivante : les changements perçus globalement, les changements sur le plan des rôles, les changements sur le plan des relations avec les patients et avec les pharmaciens ainsi que les changements tels que perçus par les patients, les pharmaciens et les autres médecins, selon le médecin.

4.0. CHANGEMENTS PRINCIPAUX PERÇUS SUR LE PLAN DE LA RELATION.

Taux de réponse : 13 sur 25 (2,5,6,8,10,11,12,13,14,18,20,22,24)

Les médecins étaient d’abord invités à s’exprimer sur le fait que les ATVDs changeaient globalement quelque chose sur le plan de la relation patient-médecin-pharmacien. Les données ci-après donnent une idée globale que ce qui change/changerait dans la relation ainsi que de la valence du changement, selon les médecins.

Concernant les relations entre patients-médecins-pharmaciens, Dix mentionnent l’existence d’un changement, trois l’absence de changement. Les changements peuvent être ressentis comme plutôt positifs, plutôt négatifs ou en « attente de stabilisation ». Les éléments repris ci-après visent à donner une idée des « tendances » principales. Les différents arguments seront détaillés dans les points 4.1 et 4.2.

➡ Changements plutôt négatifs dans la relation (n=5 ; 11,12,20,22,24)

Ces changements sont perçus comme affectant **le médecin et sa relation avec le patient**. Les ATVDs sont décrits comme induisant une approche plus « restrictive ». Ils sont perçus comme allant à l’encontre d’une approche du corps comme une unité (11,20) en induisant une approche « un problème, une solution » (11), mais aussi en ne permettant plus d’aborder la prévention et les comportements à risques du fait qu’il y aurait moins de consultation (24). Un médecin dira qu’avec les ATVD, le rôle du médecin est essentiellement, réduit à un acte technique (22). Les médecins devraient en outre avoir davantage de travail et de problème avec un rapport coûts-bénéfices déficitaire, si on considère les bénéfices pour la santé publique et le patient (12).

Maintenant, il y a des tas d’autres trucs où, je crains moi, que cela va nous occasionner plus de travail et plus d’emmerdes que de bénéfices pour le patient et pour la santé publique. (Luc, MG12).

➡ Changements plutôt positifs dans la relation (n=4 ; 2,5,6,18)

Ces changements concernent le **patient, voire l’opportunité d’une nouvelle organisation des soins**. Un patient plus actif, qui a plus de pouvoir et peut prendre ses décisions (2), qui est responsabilisé (5, type 2) ou encore qui peut prendre soin de sa santé (6). Le degré d’autonomie diffère toutefois. Dans un des cas, le médecin (6, type 1.2)) souligne que cette autonomie nécessite que le patient soit mieux informé, ce qui **nécessite plus de collaboration entre médecin et pharmacien** et ce, afin que le discours soit cohérent (6). Cet aspect de bonne communication entre les intervenants et un relai vers le médecin généraliste par la suite est également souligné par un médecin qui voit dans les ATVDs une opportunité de nouvelle organisation du système de soins pour alléger la charge de travail de médecins surchargés (18, type2)).

Si un médecin (2, type 3.1) mentionne que les ATVDs donnent plus de pouvoir aux patients et aux pharmaciens, elle précisera aussi que cela ne change rien pour elle. Plus de pouvoir au patient rejoint en effet son objectif d’autonomie du patient. [Tandis que plus de pouvoir au pharmacien est considéré comme neutre dans la mesure “c’est au patient de décider, de faire ses choix »].

➡ Changements (positifs ou négatifs) en attente de stabilisation (n=1 ; 10)

Ce médecin précise qu’un nouvel équilibre est à trouver, que la pratique déterminera si le changement est positif ou négatif.

➡ Absence de changements dans la relation patient-médecin (n=3 ; 8,13,14)

Face à un ATVD, le médecin ne modifie pas son approche. L'approche initiale peut toutefois être très différente. Aussi, cette absence de changement peut toutefois recouvrir des situations elles aussi très différentes : le médecin peut traiter l'ATVD comme une demande de la part du patient, un point de départ (14-Type 3) ou confronté à la situation d'un patient qui a réalisé un ATVD, il peut aussi ne pas considérer l'ATVD et enclencher le suivi habituel (13-test cholestéro-Type2).

ATVDs et Changements principaux sur le plan des relations-Le changement est perçu comme **négatif** principalement pour le médecin et pour sa relation avec le patient. Cette approche deviendrait plus restrictive (car allant à l'encontre d'une approche holistique) et moins préventive (du fait de la diminution des consultations). Le changement est perçu comme **positif** parce qu'impliquant davantage le patient, le degré d'autonomie varie toutefois en fonction de leur pratique actuelle.

- Certains (Type 1.2 ou 2) perçoivent en outre la nécessité d'améliorer la communication médecin-pharmacien pour un discours cohérent vis-à-vis du patient. Cette organisation des soins pourrait permettre d'alléger le travail des généralistes.
- Lorsque le médecin présente déjà des relations patient-médecin partenariales (Type 3.1), il précisera que cela ne changera rien pour elle, mais que cela donne plus de pouvoir au patient et au pharmacien. Or, elle est favorable à tout ce qui permet au patient de reprendre le pouvoir sur sa santé. (voir Annexe 2)

D'autres n'y voient pas de changement dans la mesure où l'ATVD ne modifierait pas leur approche.

Il n'y a pas de relation manifeste avec les autres tendances.

4.1. CHANGEMENTS PERÇUS SUR LE PLAN DES RÔLES DES DIFFÉRENTS ACTEURS

La notion de changement de rôle est entendue dans un sens englobant. Dans la plupart des cas il s'agit de changements potentiels ; peu de médecins (3 sur 25) ont eu une expérience effective d'autotests.

4.1.1. CHANGEMENTS POUR LE PATIENT

Taux de réponse : 14 sur 25 (pas de réponse pour : 3,4,11,12,14,15,17,20,21,23,25)

Le médecin peut percevoir que les ATVDs induisent/induiront un changement dans le rôle du patient (11 sur 14), qu'ils n'induisent/induiront pas de changement dans son rôle (2 sur 14) ou encore, qu'ils induisent/induiront à la fois un changement et pas de changement (1 sur 14; 7).

EXISTENCE DE CHANGEMENTS POUR LE PATIENT

11 (+1) sur 14 (1,2,5,6,7,9,10,16,18,19,22,24).

Lorsque Les ATVDs sont perçus comme induisant un changement de rôle chez le patient, ce changement peut être perçu comme positif (7 sur 12) ou comme négatif (3 sur 12). Le changement peut également être perçu à la fois comme positif et comme négatif. (2 sur 12 ; 9 & 24).

CHANGEMENTS POSITIFS

(9 sur 12 ; 1,2,5,6,7,9,16,18,24)

Ceux-ci sont de deux ordres : **l'autonomie du patient** et la **possibilité pour la personne de (re)nouer avec un domaine médical**.

➔ **L'ATVD témoigne (2,6,9,16) ou stimule (1,2,5,10) l'autonomie du patient, le fait qu'il se prenne en charge, qu'il soit acteur (1,2,5,6,9,10), qu'il recherche par lui-même des réponses à ses questions (1,10).**

Différents termes sont utilisés, notamment « responsabilisation », « prendre sa santé en mains », « se prendre en charge » ou encore, « exercer plus de pouvoir ». Toutefois, ces termes sont utilisés comme synonymes à l'exception du dernier (2). Il n'est pas possible d'établir de distinctions de ce qui est entendu sur base de l'emploi d'un terme ou d'un autre.

[Cité antérieurement dans profil utilisateur] un patient responsable (...). C'est-à-dire un patient qui se dit « Punaise, je sais pas ce que j'ai fait de mon carnet de vaccination. J'ai déménagé 5x, je sais plus où il en est. Qu'est-ce que je fais ? Bon, allez je prends ma responsabilité, je vais acheter

un test tétanos. C'est positif, j'ai le temps d'en reparler à mon médecin. C'est négatif, c'est le printemps, je vais faire mon jardin. Ben je me débrouille pour me faire vacciner ». Ça, c'est une responsabilisation, par exemple.

I : Oui, donc c'est gérer sa santé en fait ?

Voilà. « Je me suis blessé dans mon jardin. Je ne sais pas très bien, je vais faire le test. C'est positif, je suis protégé donc ça va. Je vais essayer de retrouver mon carnet. Si je ne le trouve pas, je prends les mesures qu'il faut. C'est négatif, je ne suis pas couvert. Je vais peut-être aller consulter quand même ». Ça, c'est bien oui. (Eric, MG5).

Les **revers** de cette autonomie sont l'anxiété générée par un ATVD positif (1,6,9,16-particulièrement l'ATVD VIH) et l'autonomisme (9,10).

Ce qui est bien c'est qu'il y a une démarche personnelle du patient, qui s'inquiète de quelque chose qui ne va pas. Donc, aussi qui veut contrôler. Donc, cela vous semble être une bonne chose avec le bémol que peut-être qu'il va être tout seul quand il aura lu le diagnostic ? Mais moi, c'est surtout pour le diagnostic du VIH. Moi, c'est ça, le stress. (Pascal, MG16)

➔ L'ATVD peut permettre à la personne de se (re)connecter au domaine médical (1,2,7,24,18)

La personne (re)devient alors un patient. L'idée étant que le patient va contacter un médecin en cas de test positif. Le **risque** est toutefois une réaction de déni face à un test positif pouvant amener le patient à ne jamais consulter de médecin (18).

CHANGEMENTS NÉGATIFS

(5 sur 12 ; 9,10,19,22,24)

L'ATVD peut encourager le patient à espacer ses visites chez le médecin (24), voire à l'autonomisme (9,10,19,22)

Le patient prendrait ses distances avec le monde médical et ce, à des degrés divers. Depuis l'espacement des consultations chez le médecin, à jouer au docteur, à ne pas consulter, à s'auto-diagnostiquer (22), à s'auto-médiquer voire à surconsommer (9, 19).

Mais je pense que le côté face de ces autotests, c'est que du coup, ils perdent certains patients qui vont un peu jouer au docteur et se dire : « ah non, c'est bon, je suis fatigué, mais mon fer est bon. Ah non, ma thyroïde est bonne » et ne pas consulter (Sybille, MG19)

ABSENCE DE CHANGEMENT POUR LE PATIENT

3 sur 14 (7,8,13)

Pour certains, les ATVDs n'induiront aucun changement dans le rôle des patients, parce que :

➔ Les patients ne les utiliseront pas (7,8 ; Type 1). Aucun changement ne sera dès lors induit. Deux types de raisons sont avancées pour justifier l'idée que les patients ne les utiliseront pas :

- Les patients viendront consulter le médecin avant même de faire le test, parce qu'ils veulent être rassurés (7).
- La plupart des patients ne se seront pas à même de les utiliser parce qu'incapables de comprendre (8)

Les gens, ils n'ont aucune patience, aucune maturité et aucune formation scientifique. Ils sont complètement nuls... sauf 1 patient sur 100 comprend plus ou moins ce qu'on lui explique, au niveau chimie générale je dirais. Donc, c'est inutile (Henri, MG8).

➔ L'attitude du médecin reste inchangée et maintient le patient dans son rôle (13, Type2). Lors d'une consultation effective avec un patient ayant réalisé un ATVD, un médecin (13) identifie les motivations de son patient comme motivé par « de la curiosité pour voir si cela correspondait aux tests de labo » et pour voir si cela suffisait comme suivi. On retrouve ici l'idée d'autonomie/isme (?) (13). Le rôle du patient n'a toutefois pu changer dans la mesure où le **médecin s'est comporté comme à l'accoutumée**.

Il est venu avec le cholestérol, je vais dire par curiosité pour savoir si ça correspondait aux prises de sang qu'on avait. C'était plus, je dirais, par curiosité, point. Parce qu'il se disait que si sa prise de sang, ça ne se résume qu'à ça, alors tant qu'à faire il se débrouille tout seul dans son coin. (Matthias, MG13)

ATVD & changements de rôle du patient. Les changements de rôle évoqués concernent le patient dans sa relation avec le médecin (le pharmacien n'est pas évoqué). Ils vont dans le sens rentrer en relation avec le médecin, (re)devenir patient et de l'**autonomie**. Le changement se fait négatif lorsque l'autonomie se mute en autonomisme.

Le médecin peut aussi escompter une absence de changement du fait que le patient n'utiliserait le dispositif ou que lui-même se comporterait comme à l'accoutumé.

Il semble exister un lien entre être « pour » les ATVDs (1,2,16) et considérer l'ATVD comme un indice ou une possibilité que le patient soit acteur, se prenne en charge.

4.1.2. CHANGEMENTS POUR LE MÉDECIN

Taux de réponse : 19 sur 25 (pas de réponse de : 4,6,15,19,21,23)

Le médecin peut percevoir que les ATVDs induisent/induiront un changement dans son rôle (12 sur 19), qu'ils n'induisent/induiront pas de changement dans son rôle (6 sur 19) ou encore, qu'ils induisent/induiront à la fois un changement et pas de changement (1 sur 19; 1).

EXISTENCE DE CHANGEMENTS POUR LE MÉDECIN

12 (+1) sur 19 (1,3,5,9,10,11,12,17,18,20,22,24,25)

Notons que **certains de ces médecins mentionnent manquer de recul afin de déterminer quels seraient les changements induits (3,5,9,10,11,12,17,20).**

Lorsque les ATVDs sont perçus comme induisant un changement du rôle du médecin, ce changement peut être perçu comme positif (4 sur 13), comme négatif (8 sur 13). Certains mentionnent ne pouvoir se prononcer sur l'issue positive ou négative de certains changements. (1 sur 13 ; 17 qui souligne aussi un changement négatif).

CHANGEMENTS POSITIFS

(4 sur 13. 1,5,9,18)

➔ Les ATVDs font partie d'un contexte qui aide le médecin à parler de prévention avec le patient (1)

Ce contexte (favorable) l'aide à soutenir sa démarche habituelle, mal aisée à mettre en œuvre en l'absence de ce type de soutien. Par la suite, toutefois, la démarche sera la même que pour toute consultation, comprendre la plainte, etc. Le médecin perçoit toutefois les ATVDs comme ayant un changement potentiellement sur son rôle.

➔ Les ATVDs pourraient permettre de réduire l'engorgement des cabinets médicaux (5,9,18)

Le patient consulterait alors uniquement en cas de ATVD positif. Toutefois, ce dispositif nécessite de rencontrer certaines conditions : que l'ATVD soit fiable (5), que les risques de dérives (i.e. l'automédication) soient contrôlés (9). Ces dérives peuvent être contrôlées par l'information : le rôle du pharmacien ne fait pas consensus : l'un estime que le pharmacien pourrait informer le patient dans le cadre d'une collaboration renforcée avec le médecin (18). L'autre souligne que le rôle du pharmacien est toujours un peu ambigu dans la mesure où il vend (9).

CHANGEMENTS NÉGATIFS.

(8 sur 13. 3,10,11,12, 20,22,24,25 + 17, qui soulignait aussi ne pouvoir se prononcer sur la nature positive ou négative de certains changements)

➔ Les ATVDs peuvent/pourraient empêcher le médecin généraliste d'exercer son rôle. (10,11,22,24)

Ils nient son rôle, le court-circuitent et ce, à des degrés divers. Ainsi, les ATVDs peuvent/pourraient amener à :

- **Supprimer l'opportunité pour le médecin d'exercer son rôle** (10,11). Les ATVDs pourraient amener à la rupture du lien médecin-patient. Il y aurait moins (voire plus du tout) de consultations, suite à l'autonomisme du patient.

I : Quand vous disiez que le rôle du médecin vous espériez, vous espérez que c'est quoi qui ne va pas changer ?

Par exemple, quand je regarde tous ces tests-là, je me dis « si cela devient courant, au sein de la population, c'est un peu dommage » parce que tout ce que j'ai l'occasion d'apporter au patient, ne sera plus forcément apporté... (Julia, MG10)

En l'occurrence, le médecin ne pourrait plus répondre aux questions, donner des avis, des conseils (10). Il ne pourrait plus discuter du traitement avec le patient (11) suite à l'adoption de la logique « un problème décelé, une solution », encouragée par les autotests (11).

Moi je serais pour qu'il y ait beaucoup de trucs [parle des traitements] qui restent sous prescription et contrôlés. Quitte à ce que le généraliste soit plus facilement accessible. Je ne sais pas comment faire. Le but ce n'est pas de faire payer une consultation aux patients mais je crois vraiment que ça doit se faire. On doit discuter des traitements et ce, dans un cadre adapté. (Kevin, MG11)

- **Ne plus permettre au médecin d'exercer son approche** (22,24). L'ATVD pourrait en effet lui dicter/orienter son approche et ce, de deux manières en :

- Réduisant le rôle du médecin à un acte technique et niant l'importance de l'anamnèse et du dialogue. L'ATVD oblige le médecin à faire réaliser des tests supplémentaires qui parfois ne sont pas nécessaires parce qu'un paramètre « anormal » a été décelé (22).

En fait tout ça, ça dénie aussi un peu le rôle du médecin, je trouve. C'est vraiment réduire la médecine à des trucs techniques entre guillemets. Alors que dire que quelqu'un a une intolérance au gluten, avant tout, c'est l'anamnèse.

Pour pratiquement tout ça, c'est vraiment comme s'il y avait cette croyance que la technique et la technologie allaient tout trouver. Alors que la plupart du temps, 90 cas sur 100 ils sont résolus en médecine générale déjà. Et 90x sur 100, c'est l'anamnèse qui te dit... 'fin, tu sais déjà beaucoup, beaucoup de choses. Et ça, ça court-circuite le... et ça nous force à faire d'autres tests alors que parfois ce n'est vraiment pas nécessaire, j'ai l'impression (Barbara, MG22).

- Contrant l'approche plus « globale »⁸² par le médecin qui considère le patient comme un tout (vs un paramètre de santé) et qui comprend la prévention (24)

Allez, ik denk dat als ge een huisarts bent die veel denkt aan preventie en die patiënt-globaal aanpakt, ok, globaal aanneemt en in zijn geheel ziet en echt preventief werken, dan is dat een slecht idee denk ik. (Bastien, MG24)

Cette limitation touche particulièrement les aspects de dialogue avec le patient et le fait de remettre la plainte ou le paramètre de santé dans leur contexte.

➔ Les ATVDs pourraient aussi impacter négativement le travail du médecin généraliste. Ils pourraient :

- Accroître la charge de travail du médecin, particulièrement en ce qui concerne le soutien, l'accompagnement du patient anxieux (3,12).

Maintenant, il y a des tas d'autres trucs où, je crains moi, que cela va nous occasionner plus de travail et plus d'emmerdes que de bénéfices pour le patient et pour la santé publique. (Luc, MG12)

- Influencer le suivi de la pathologie. Il n'y a, dans ce cas, plus de trace de l'historique de la pathologie (17)

Parce que le labo permet aussi une forme de surveillance. On l'a dans le dossier maintenant informatisé. On a les antécédents et tout. Là, c'est peut-être un petit peu, dans la nature, perdu. On sait qu'une fois il y a une hypothyroïdie, mais bon. (Roseline, MG17)

➔ Refus de changement négatif (20,25)

Deux autres médecins (20,25) perçoivent que l'ATVD peut avoir un effet délétère sur leur rôle, mais ils s'y refusent. Ils proposent des tests à visée diagnostique avec un conseil pré-post réalisé par un médecin (ou un infirmier), mais pas en pharmacie (20) ou un encadrement (pas de précision). Dans l'intervalle, le médecin préfère promouvoir les tests de labo. Ces (« auto »)tests devraient être sous prescription⁸³ s'ils se généralisent (25). Dans ce cas, la crainte de la panique du patient face à un ATVD positif est également évoquée. Sur le plan du lien avec les autres tendances, ces médecins partagent également le fait d'être défavorables aux ATVDs et de présenter des pratiques de type autocratiques, centrées sur le médecin (Type1)

I : Et quand vous dites par rapport à l'information etc. cela devrait être fait par qui ? Si l'indication est bonne etc. ?

Bah, par le médecin, c'est pour ça que pour moi cela n'a aucun sens, qu'il se trouve en pharmacie. Je ne suis pas du tout favorable à cela en fait. Parce que pour moi au-delà du test, il y a vraiment une prise en charge globale. Si le monsieur veut se faire tester pour son HIV, c'est qu'il a eu un comportement à risque et qu'il paraît évident une bonne consultation médicale ou avec un infirmier, je ne sais pas. Pour avoir une sensibilisation sur le risque qu'il va faire (sic)... est-ce qu'il fait son test bon moment ? Est-ce qu'il est bien X semaines après son rapport à risque ou pas ? Je veux dire ça me paraît impossible de faire de la bonne médecine avec des tests en pharmacie. (Théa, MG20)

IMPOSSIBILITÉ DE SE PRONONCER SUR LA NATURE POSITIVE/NÉGATIVE DE CERTAINS CHANGEMENTS

(1 sur 13 ; 17)

Un médecin (17⁸⁴) estime qu'il est prématuré de se prononcer, sur l'aspect positif ou négatif de certains changements induits sur son rôle par les ATVD. Il évoque un manque de recul pour déterminer si cela nécessitera plus d'explication et de soutien/accompagnement, si cela va lui faire gagner ou perdre du temps (17)

Je n'ai pas encore le recul mais j'imagine que ça va en tant que pharmacien et en tant que médecin, ça va nous apporter beaucoup plus de rôle d'explication et après d'encadrement et de réassurance. Peut-être que je ne sais pas comment ils sont, mais ...est ce que parfois, du coup, il ne va pas y avoir encore plus d'inquiétude et encore plus du temps d'explication et de réassurance ou alors est-ce que cela va faire gagner du temps ? Je

⁸² Pas d'autre précision.

⁸³ Ce qui est considéré comme une aberration par d'autres dans la mesure, où il y aurait un changement de logique (MG9, type 2)

⁸⁴ Se prononçait aussi si un changement négatif sur voir ci-avant.

pense que ça peut être à double tranchant, en fait. Ça dépend encore une fois du patient et du type de problème. Mais ça peut être aussi un super outil de discussion en consultation. (Roseline, MG17)

ABSENCE DE CHANGEMENTS POUR LE MÉDECIN

6 sur 19 (2,7,8,13,14,16).

Pour certains, les ATVDs n'induiront aucun changement de rôle chez le médecin :

➡ **L'ATVD va dans le sens que son approche, de sa finalité** (2,16), à savoir de :

- L'autonomie du patient, qu'il puisse faire quelque chose pour sa santé, par lui-même, en fonction de ses choix (2).
- La prévention, du dépistage avec le médecin dans le rôle de consultant (16)

Après, je me trompe peut-être complètement. Parce que moi je suis très, nouvelles technologies, dépistage, je suis à fond dedans. J'essaie ... « pas gadget » mais tout ce qui peut avancer du type « diagnostic », je suis à fond et je suis pour. Et que je ne considère plus comme le médecin paternaliste... Moi, je suis comme un consultant.

Enfin, c'est ma vision. C'est comme ça qu'on m'a formé aussi et donc, j'essaie... mais c'est toujours aussi un peu contrôlé. Mais donc, le dépistage c'est pour tirer la sonnette d'alarme et après aller investiguer pour comprendre ce qui se passe [/pratique habituelle]. (Pascal, MG16).

➡ **La démarche reste identique : il s'agit toujours de comprendre la plainte**, la demande du patient, comme point de départ. L'ATVD peut-être l'un de ces points de départ. (2,14).

➡ **L'ATVD lui permet toujours d'accueillir tout le monde, contrairement au pharmacien**, parce que l'ATVD a un coût que tous ne pourront se permettre. Ce médecin ajoute qu'il n'aimerait pas être à la place du pharmacien. (14)

➡ L'attitude du médecin reste inchangée. **Le médecin ne se fier pas à un ATVD et réalisera un autre test** (8). Ce positionnement repose sur l'aspect technique pas sur l'aspect relationnel. De manière similaire, un médecin disposant d'une expérience effective d'un ATVD avec un patient rapporte **avoir réalisé les examens comme à l'accoutumée**, ce qui a eu pour effet que le patient « a abandonné » son idée de gérer son problème de santé (le cholestérol), en autonomie.

On a fait comme ce que l'on faisait avant. Voilà. Manifestement, je ne pense pas qu'il a dû apercevoir une plus-value. Et donc voilà, ça a été abandonné. (Matthias, MG13)

L'absence de changement comprend des positionnements contrastés. Si dans les deux cas la démarche ne change pas. Chez les uns, elle est comprise comme une démarche allant dans le sens de la finalité (réelle ou perçue) du praticien : l'autonomisation du patient (2,14,16). Chez les autres, les ATVDs ne sont pas considérés comme potentiellement autonomisant et les pratiques « classiques » seront d'application.

ATVDs et changement de rôle du médecin (et du patient). Le changement concerne le médecin dans la **relation médecin-patient**. Ils concernent des changements de rôle mais plus généralement, la manière dont les ATVDs affectent ce qu'ils réalisent avec le patient⁸⁵ (la tâche). Les changements induits par l'ATVD sont très contrastés. L'ATVD est en effet perçu comme induisant un changement et l'inverse de celui-ci (ex. surcharge vs allègement de la charge de travail, le soutien vs le déni de son rôle et de son approche, un moteur vs un frein en matière de prévention).

Il semble exister un lien entre être plutôt « pour » les ATVDs et ne pas considérer les ATVDs comme inducteur de changement pour le médecin. A l'inverse, certains, opposés aux ATVDs, (20,25) proposent des stratégies pour plus d'encadrement des ATVDs voire un contrôle par les médecins. Un autre médecin « contre » les ATVDs (8) mentionne que les médecins ne vont pas se fier aux ATVD et qu'un autre test/analyse va être réalisé. En d'autres termes que la procédure classique sera enclenchée. C'est d'ailleurs ce qu'a mis en place un médecin confronté à un patient ayant réalisé un autotest (13) pour qu'il y ait changement de rôle (ici du patient), encore faut-il que celui-ci soit accepté par l'autre (le médecin) et rester en relation. L'absence de changement semble également faire apparaître des enjeux au niveau du rôle. Les ATVDs n'induisent/induiront, dans ces cas, pas de changement de rôles mais pour des raisons opposées : les uns s'inscrivent déjà dans une pratique partenariale, les autres gardent des pratiques centrées sur le médecin et le décours de la consultation restera inchangé.

Notons le « coefficient de certitude » peut être faible. Certains médecins disent manquer de recul pour estimer les changements sur leur rôle. Néanmoins, les réactions témoignent de l'enthousiasme mais aussi d'une réticence voire une résistance prononcée à l'égard des ATVDs.

En regard du lien avec les autres tendances. (voir Annexe 2)

➡ Les médecins « pour » les ATVDs (1,2,14,16) semblent percevoir un changement positif dans le rôle du patient et un non-changement de leur propre rôle.

➡ Les médecins qui percevaient dans les ATVDs un possible changement négatif de leur rôle et qui s'y refusaient étaient « contre » les ATVDs (20,25) (et présentaient des approches autocratiques, centrées sur le médecin)

4.1.3. CHANGEMENTS POUR LE PHARMACIEN

Taux de réponse : 19 sur 25 (pas de réponse de : 7,9,13,15,16,20).

Le médecin peut percevoir que les ATVDs induisent/induiront un changement dans le rôle du pharmacien (15 sur 19) ou qu'ils n'induisent/induiront pas de changement dans son rôle (4 sur 19).

EXISTENCE DE CHANGEMENTS POUR LE PHARMACIEN

15 sur 19 (1,2,3,5,6,10,11,17,18,19,21,22,23,24,25)

Les ATVDs sont perçus comme induisant un changement de rôle chez le pharmacien, ce changement peut être perçu comme neutre, comme devant être mis en place, comme pouvant être mis en place (laisser au choix du pharmacien) ou comme négatifs. Un même médecin peut présenter différentes tendances.

CHANGEMENTS À VALENCE NEUTRE

(2 sur 15. 2, 22)

➡ Les ATVDs sont perçus comme « donnant plus de pouvoir au pharmacien » (2) comme « augmentant » le rôle des pharmaciens (22). Ce changement perçu relève du constat : ces médecins ne lui accordent ni valence positive, ni valence négative. L'un précisera (2) que plus de pouvoir au pharmacien est considéré comme neutre dans la mesure "c'est au patient de décider, de faire ses choix".

*I : Et pour le pharmacien, ça change quoi en fait ? Ça change quelque chose ou ça ne change rien ?
J'imagine que ça va augmenter son rôle. (Barbara, MG22)*

⁸⁵ Soutien à une démarche préventive, charge de travail réduite ou accrue -rassurer-soutenir-, perte de l'historique de la maladie

CHANGEMENTS QUI DEVRAIENT ÊTRE MIS EN PLACE PAR LE PHARMACIEN

(9 sur 15. 5,17,18,19,21,22,23,24,25)

Les deux types de changements suivants ne relèvent ni d'un changement positif, ni d'un changement négatif mais :

De changements devant être mis en place (i.e. ceux qu'il serait souhaitable que le pharmacien mette en place) **ou de changements pouvant être mis en place** (i.e. ceux intéressants à mettre en place si le pharmacien le souhaite, s'il est motivé dans ce sens). **Ces éléments sont proches d'une suggestion d'un rôle, pour éviter les effets délétères.**

Le fait que ces changements « devraient » être mis en place trouve sa justification dans le fait que : 1) c'est le pharmacien qui commercialise l'ATVD (5), et que dès lors, il est responsable de « s'assurer d'un ensemble d'éléments » détaillés ci-après et 2) cette commercialisation est un « business lucratif » (24,25).

Si parce que pour moi, un pharmacien ne peut pas vendre un autotest comme il va vendre une bouteille d'iso bétadine ou que sais-je. Ça doit être accompagné. Alors, je ne sais pas comment il peut faire derrière un comptoir du coup, ça, c'est son problème.

Donc là, ça change quelque chose pour le pharmacien qui doit mieux informer (Eric, MG5)

D'après ces médecins, le pharmacien « devrait » :

➔ **Vérifier l'indication** (5,21), être prêt à poser les questions (Pourquoi ? Qu'est-ce qu'il a fait d'autre ? Combien il en a fait ?) (21) et **parler le même discours que le MG : ne pas essayer d'en vendre le plus possible** (24)

➔ **Inform** (5,22) **ou expliquer** (21,18,25) : **le public cible** (21), **l'utilité** (22), **l'administration** (5), **quand consulter le médecin** (21), **la lecture et l'interprétation du test** (21), **que faire après** (21).

Le pharmacien devrait donner une bonne information... Mais ça prend du temps tout ça !... Pourquoi est-ce que le patient veut le faire ? Parce que sinon, il faudrait peut-être lui proposer autre chose. Que le pharmacien dise « Allez plutôt chez le médecin » ou... Donc, pourquoi est-ce qu'il veut le faire ? Est-ce qu'il l'a déjà fait ? Parce qu'il a y des patients qui, à mon avis, vont le refaire toutes les 2 semaines.... Donc pourquoi est-ce qu'il le fait ? Comme ça on réfère si nécessaire. Combien de fois il l'a déjà fait ? Quel est l'indication du test, le groupe cible ? S'il en existera. Que faire en fonction des résultats ? Et alors, dire que faire surtout et donner une feuille parce que les patients oublient. Une feuille qui explique bien le test avec Pourquoi, comment, quand et que faire. Et alors peut-être en fonction de chaque truc, réexpliquer... (Anaïs, MG21)

➔ **Assurer « le service après-vente » d'un test** (5,19,22,25) : **aider à l'interprétation** (11), **accueillir** (22), **rassurer et référer** (5,25), **jouer un rôle actif** lorsqu'une prise en charge rapide est nécessaire (ATVD-VIH) ce qui implique de connaître le réseau de prise en charge (19). Ce rôle serait plus nécessaire avec un ATVD qu'avec une autre vente en pharmacie dans la mesure où, avec le système d'ATVD (5), les personnes se rendent d'abord en pharmacie et que certaines risquent de paniquer (11).

Doit mieux informer le patient des conditions d'administration...Il faut qu'il s'attende à ce que quelqu'un vienne avec un résultat positif. Même si ce n'est pas ce qu'il lui a dit mais il débarque chez lui en lui disant « voilà, c'est positif. Qu'est-ce que je fais quoi ? ». Donc il s'agirait de ça. Ce n'est pas lui qui va prescrire un traitement, il faut qu'il ré aiguille, il faut qu'il rassure. (Eric, MG5)

Je ne suis pas sûr que tout le monde soit capable de recevoir ce résultat sans paniquer sans faire n'importe quoi. Donc je crois qu'il faudrait pouvoir le lire avec eux. Et pour moi si le résultat est lu de manière convenable avec le pharmacien, moi ça m'irait très bien. Je pense qu'il y en a beaucoup qu'il faut accompagner. Je pense ces choses il faut pouvoir le lire avec. Juste vendre l'autotest et dire "ben vous vous débrouillez", ça me paraît compliqué. Ou bien expliquer déjà à l'avance les tenants et aboutissants du test. (Kevin, MG11)

➔ **Faire le trait d'union entre le patient et le médecin** (2,24), renvoyer vers le médecin dès la demande et si le patient veut quand même faire le test, le référer vers le médecin quel que soit le résultat du test. (24)

Toutefois si le patient doit avoir une bonne information pour éviter les dérives liées à l'autonomisme (automédication), il y aurait un problème de **conflits d'intérêts** chez le pharmacien qui « est un vendeur avant d'être un conseiller (même s'ils ont une éthique et une déontologie) » (9)

CHANGEMENTS QUI POURRAIENT ÊTRE MIS EN PLACE PAR LE PHARMACIEN

(7 sur 15. 1,2,3,6,10,11,17)

Les ATVDs sont une opportunité de changement. Ces changements sont toutefois conditionnels à l'intérêt ou au souhait du pharmacien pour ce type de rôle. En ce sens, il s'agit d'une opportunité de changement connotée positivement; celle d'**aller au-delà de la dispensation de médicaments prescrits** (6).

Le contenu peut être commun avec les changements qui devraient être mis en place. Toutefois, dans ce cas, les **barrières à lever** sont soulignées. Ce qui fait dire à ces médecins **qu'une partie seulement des pharmaciens** s'inscrira dans cette perspective. Il s'agit : le temps nécessaire (2), le respect de la vie privée (« le pharmacien est-il soumis au secret

professionnel/médical ? »)(10), la motivation du pharmacien à expliquer (2), l'absence de souhait de l'acheteur d'ATVD d'en parler (10), discuter est malvenu voire intrusif dans le contexte de la vente libre (10), la confidentialité, les conflits d'intérêt (3), les compétences nécessaires (notamment 2).

Selon ces médecins, le pharmacien pourrait :

➔ **Jouer un rôle plus actif vis-à-vis du patient :**

- **Informé (6,10,11,17) /expliquer (1) aux patients certaines informations qui permettrait une bonne utilisation (1,6) , y compris plusieurs fois (17) (comment le faire, ce que mesure le test, que faire en fonction du résultat, référencement vers le médecin).**
- **Prendre plus en charge le patient (expliquer, motiver le patient à consulter si le résultat est positif) mais tous n'auront pas envie, d'où l'idée que cela puisse être réalisé par les pharmaciens qui aiment les relations et la prévention (2).**
- **Parler avec le patient afin de connaître sa motivation à acheter l'ATVD (10)**

Du coup, le pharmacien, lui, il peut avoir l'occasion de parler au patient. Mais je ne sais pas si réellement les pharmaciens ont le temps de poser des questions pour connaître ce qui motive le patient à acheter ce test. Et puis, je ne sais pas si c'est bienvenu... enfin, il y a le secret, le respect du patient, le secret médical. Je ne pense pas que ceux-ci soient bien reçus par la majorité des patients ! S'ils vont faire ce genre de tests, c'est qu'ils n'ont pas forcément envie de le faire chez le médecin et d'en discuter. Donc, peut-être pas non plus avec les pharmaciens. Et puis, le pharmacien ne peut pas se permettre de contacter le médecin traitant du patient pour lui dire : « écoute ton patient, il a acheté ça ». Là, il brise aussi... parce que j'imagine qu'il est aussi tenu au secret professionnel, au secret médical. (Julia, MG10)

- **Mener plus de dépistage, fournir de l'information concernant l'indication et l'interprétation (3), afin que le bon public réalise le test. Ce qui accroît la pertinence en matière de santé publique et diminuerait le travail de « rassurance » de la part du médecin.**

Voilà ! ...[réfléchi-5s]... Là, on va se retrouver face à la difficulté qu'il ait à la fois prescripteur et vendeur du test. Il y a un conflit d'intérêts...(Cyril, MG3)

➔ **Donner des informations aux médecins (17), dans la mesure où il est dépositaire des informations sur les ATVDs et sur leur fiabilité (dans la mesure où il les vend).**

Peut-être que les pharmaciens, justement seraient être plus à même de nous aider si c'est eux qui les vendent, ils connaissent peut-être mieux leurs tests et leur fiabilité. Donc, je pense que c'est là où il faut un partenariat assez... bon avec les prescripteurs. Donc, le rôle du pharmacien serait plutôt d'avoir des informations utiles et pouvoir transmettre le cas échéant. (Roseline, MG17)

CHANGEMENTS NÉGATIFS

(3 sur 15. 11, 15, 20)

➔ **L'ATVD pourrait encourager certains pharmaciens à conseiller un ATVD sans connaître tous les critères (impossibilité de faire une anamnèse approfondie) (11) et à initier un traitement après un ATVD positif (11,15), en *by-passant* le médecin (11, 15).**

C'est juste par rapport à ça que ça pourrait changer... et que les pharmaciens se prennent déjà un peu pour les médecins. Et du coup, ça pourrait les encourager à commencer des traitements... Chacun sa place quoi. Donc ça pourrait changer, oui. Parce que je vois, en France, il y avait une polémique comme quoi les pharmaciens pouvaient prescrire des médicaments, ou je ne sais pas, un truc comme ça. J'avais lu un article et ça pourrait commencer par le biais des autotests. Voilà, donc ça pourrait changer. (Odile, MG15)

Je suis plus sceptique sur le fait que les pharmaciens puissent conseiller des autotests. Dans le sens où je ne vois pas trop comment ils vont pouvoir faire une anamnèse assez fouillée pour cibler l'autotest. Si le client patient demande un autotest et qu'il le délivre. Mais j'ai peur qu'il commence à conseiller des autotests sans avoir tous les critères pour le conseiller ou pas. Moi ma crainte, là je vais un peu plus loin dans les questions et tous les pharmaciens ne vont pas faire ça, mais moi ma crainte c'est justement qu'il y ait un autotest et une solution en complément alimentaire juste après parce que le test est positif et qu'il y ait quelque chose de marketing. (...) On doit discuter des traitements et dans un cadre adapté. Je ne crois pas qu'en pharmacie il y ait un cadre adapté. (Kevin, MG11)

L'un de ces médecins, opposé au ATVD, refuse ce changement (1 sur 15. 20). Il souligne que le conseil en pharmacie n'est pas une alternative, au conseil que doit donner un médecin ou un infirmier. Même si le pharmacien était bien formé et ce, vu le manque de confidentialité. Il rejette l'idée d'ATVD (20).

Ça me paraît impossible de faire de la bonne médecine avec des tests en pharmacie. Et la discussion de comptoir, même si le pharmacien est très bien formé, je ne pense pas que le patient ait envie d'étaler sa vie dans une pharmacie, devant un comptoir de quartier. (Théa, MG20)

ABSENCE DE CHANGEMENTS POUR LE PHARMACIEN

5 sur 19 (4,8,12,14,23)

➡ **Le pharmacien reste un vendeur, ce qui est incompatible avec un rôle de conseiller** (8,12,23). Vente et conseil sont incompatibles, il y a conflit d'intérêts (8,12,23). Le pharmacien devrait pouvoir communiquer aux patients que les ATVDS ne sont pas pertinents pour eux mais le médecin suppose qu'il ne le fera pas (23). En outre, il est souligné que le pharmacien ne dispose pas des mêmes connaissances que le médecin en matière de pathologie (8)

Pour moi, le pharmacien, il vend donc il y a déjà un conflit d'intérêt. Voilà, moi je pense que ce n'est pas lui le meilleur conseiller. Enfin, c'est mon avis. Il peut y avoir des gens qui passent au-dessus mais à partir du moment où ça fait rentrer des sous, les tests, je doute quand même fort que la bonne parole soit désintéressée. (Luc, MG12)

I :-Et pour les pharmaciens, ça change quoi alors ?

Pour les pharmaciens ? C'est du business, c'est tout. Ce sont des commerçants, hein.

I :Justement, ça pourrait être quoi son rôle à ce pharmacien ?

Justement, il y a un problème. Il n'est pas médecin. Il n'a pas du tout la même connaissance des pathologies (...) Je pense aussi qu'il ne faut pas être à la fois, vendeur et conseiller. Vous voyez ce que je veux dire ? C'est une peu comme si moi je vendais des médicaments. Il ne faut pas faire les deux. Ce n'est pas bon ça.

I :Donc il y a une sorte de conflit d'intérêts en fait ?

Ben évidemment ! Ça va de soi puisqu'il gagne son... et quoi, merde. C'est évident. C'est humain. Je ne me vois pas vendre des médicaments quand même ! (...) le pharmacien va vendre hein. Il ne demande pas mieux. Il a une marge proche de 50%, vous pensez bien qu'il ne va quand même pas renoncer à ça. Donc, il va vendre. (Henri, MG8)

De apotheker, dat die...in het ideale geval zou de apotheker moeten zeggen "ja kijk, er bestaan wel testen, maar die zijn niet relevant voor u." Maar die gaat dat natuurlijk niet doen. (Arthur, MG23)

D'autres soulignent néanmoins que l'introduction des ATVDS ne modifie pas la manière dont le pharmacien conçoit son rôle :

➡ **L'ATVD ne modifie pas le profil du pharmacien.** Il y a des « consciencieux » et des « commerçants » qui essayeront d'en profiter. Le bon pharmacien approfondira la demande, réfèrera si nécessaire même si cela doit aboutir à une non-vente (4).

➡ **L'investissement dans un rôle de conseil fait partie d'une dynamique plus globale, qui préexiste aux ATVDS (14).** Ce médecin considère cet investissement comme souhaitable et ce, le plus ouvertement possible (14)

Fondamentalement par rapport aux autotests que je pense de nouveau que ça ne modifie pas nécessairement la logique relationnelle. Par rapport à un médicament aussi, le pharmacien peut investir plus ou moins un rôle de conseil. Et il est probablement, moi, je pense, plus intéressant effectivement qu'il investisse ce rôle de conseil, le plus ouvertement possible. (Nathan, MG14)

ATVDS et changement de rôle du pharmacien-Les changements de rôles sont envisagés principalement dans le rôle du pharmacien avec le patient et dans une moindre mesure avec le médecin (pour mentionner la mise à l'écart de ce dernier).

La particularité des changements induits dans le rôle du pharmacien consiste en la mention de rôles qui **pourraient ou devraient être assurés par le pharmacien**, toujours vis-à-vis du **patient** et dans une moindre mesure du **médecin**. Des **difficultés de mise en œuvre** sont en effet fréquemment évoquées (conflit d'intérêts, confidentialité, temps nécessaire, ...). D'où, cette distinction entre « devraient » et « pourraient ». Les changements de rôle qui « pourraient » être mis en place ne sont pas fondamentalement différents de ceux qui « devraient » être mis en place, mais les difficultés de mise en œuvre sont davantage soulignées. Aussi, ces changements de rôle seraient réservés à ceux qui le souhaitent, aux pharmaciens intéressés par les relations et la prévention.

Beaucoup d'éléments de tension se cristallisent autour du rôle de « conseiller » du pharmacien et de la « possibilité » ou de l'impossibilité de l'exercice d'un tel rôle.

En dehors de ces changements à mettre en place, certains médecins font le constat de plus de pouvoir pour le pharmacien.

→

Les changements **négatifs** mentionnés concernent le rôle du pharmacien avec le patient. Ils consisteraient en une **mise à l'écart du médecin avec de possibles effets négatifs sur la santé du patient**. Certains médecins⁸⁶ refusent ce changement. Enfin, **l'absence de changement** recouvre deux cas de figures distincts. Pour les uns, l'impossibilité pour le pharmacien de sortir de son rôle de vendeur pour se muter en conseiller ; Pour les autres, le fait que la dynamique (conseils ou absence de conseils) préexiste aux ATVDs.

S'il n'est pas formellement fait mention de **changements positifs** dans le rôle du pharmacien, les changements pouvant être mis en place peuvent être compris comme tels. Il s'agit d'un rôle qui « dépasse la dispensation de médicaments » pour plus d'information voire de dialogue avec le patient (Type 1 et 2 sur le plan de la relation patient-professionnel) tout en ne se substituant pas au médecin pour le traitement.

Concernant les liens avec les autres tendances :

L'analyse ne fait pas apparaître de lien entre être pour ou contre les ATVDs et les changements induits dans le rôle du pharmacien. Le lien semble présent essentiellement en ce qui concerne les changements de rôle perçu du patient et du médecin.

Note : quoique le taux de réponse des changements de rôle pour les pharmaciens et pour les médecins soit identique (19 sur 25). Il ne s'agit que partiellement des mêmes répondants (14 sur 19 ; 1,2,3,5,8,10,11,12,14,17,18,22,24,25).

4.1.4. AUTRES INTERVENANTS

Les ATVDs ont été mis sur le marché **sans information/formation pratique du personnel** médical et paramédical (y compris le personnel d'accueil). Pour l'ATVD VIH, les intervenants de terrain tels qu'ex-aequo sont mieux formés et plus appropriés que les pharmaciens. (19)

Mais, je pense que les autotests pour le HIV cela a beaucoup plus de succès dans la population homosexuelle... jeune. Ils sont beaucoup plus avec sida sos. Et compagnie. Ils sont beaucoup plus formés, probablement mieux formés que les pharmaciens. Ils ont une information et ceux qui leur expliquent... comment ça s'appelle leur truc ? pas Genres pluriels. Sida sos... ex aequo! Voilà, voilà. Ceux qui forment et qui sont probablement beaucoup plus adéquats que les pharmaciens.

Donc, le problème avec les autotests c'est qu'ils sont vite mis sur le marché, mais sans informations pratiques du personnel médical et paramédical. Parce que c'est valable pour les pharmaciens mais c'est aussi valable pour les accueillants en planning, les gens de première ligne.(Sybille, MG19)

Tableau MG8. Changements des rôles suite à l'introduction des ATVD, selon les médecins

Chez le patient	Changements :	Positifs : ➡ Témoigne de/Stimule l' autonomie du patient (se prendre en charge, voire exercer plus de pouvoir). ➡ Peut permettre à la personne de (re)nouer au domaine médical . Revers possibles: autonomisme et réaction de déni ➡ pas de consultation
		Négatifs : ➡ Peut amener le patient à espacer ses visites chez le médecin, voire à l' autonomisme (autodiagnostic, automédication, risque de surconsommation)
	Absence de changements :	➡ Pas d'utilisation des ATVDs par les patients, qui consulteraient, par crainte ou « incapacité de comprendre » ➡ Pas de changement de pratique, qui maintient de facto le patient dans le même rôle.
Chez le médecin	Changements :	Positifs : ➡ Soutenir le médecin sur le volet « préventif » ➡ Peut réduire l'engorgement des cabinets médicaux (cf. consultation, si ATVD+)
		Négatifs : ➡ Peut empêcher le médecin généraliste d'exercer son rôle : - en supprimant toute opportunité d'exercer son rôle, parce que le patient ne consulte plus - en contrant son approche (anamnèse & dialogue, approche holistique)

⁸⁶ Cités, précédemment dans les changements de rôles du médecin.

		➤ Peut accroître la charge de travail du médecin (soutien/accompagnement du patient anxieux) ➤ [Perte de l'historique de la maladie (influence dans le suivi)] Note : certains refusent et proposent un encadrement par les médecins ou les infirmiers voire la prescription des « auto » tests.
		Impossibilité de se prononcer sur la valence, manque de recul ➤ Gain de temps ou perte de temps ? Plus d'explication/d'accompagnement/soutien ou non
	Absence de changements :	➤ Démarche identique : comprendre la plainte/demande du patient, comme point de départ... L'ATVD = un de ces points de départ. ➤ Correspond à son approche, à sa finalité (autonomie, dépistage/prévention) ➤ Permet au médecin d'accueillir tout le monde, contrairement au pharmacien ➤ La démarche habituelle de réalisation d'un test « classique » sera d'application.
	⚠ : Coefficient de certitude faible pour certains. Manque de recul pour se prononcer	
Chez le pharmacien	Changements :	[Formulation] à valence neutre : Plus de pouvoir au pharmacien (constat)
		Devant être mis en place : ➤ Vérifier l'indication et parler le même discours que celui du MG (ne pas essayer d'en vendre le plus possible) ➤ Informier/expliciter le public cible, l'utilité, l'administration, quand consulter le médecin, la lecture et l'interprétation du test, que faire après. ➤ Assurer « le service après-vente » d'un test : aider à l'interprétation, accueillir, rassurer et référer ➤ Jouer un rôle plus actif si l'ATVD nécessite une prise en charge rapide. ➤ Faire le lien entre le patient et le médecin, référer vers le médecin quel que soit le résultat du test. Obstacle : conflit d'intérêts.
		Pouvant être mis en place par le pharmacien : ➤ Jouer un rôle plus actif vis-à-vis du patient et ce, à des degrés divers : - Informier/Expliquer aux patients, pour permettre une bonne utilisation (l'indication, l'interprétation, ...) - Parler avec le patient afin de connaître sa motivation à acheter l'ATVD - Mener plus de dépistage Obstacle : conflit d'intérêts, confidentialité, temps nécessaire, motivation du pharmacien à expliquer, absence de motivation de l'acheteur d'ATVD à en parler, respect de la vie privée et compétences. ➤ Donner des informations aux médecins (fiabilité)
		Négatifs : ➤ Risque de conseiller un ATVD sans connaître tous les critères (faute d'anamnèse) ➤ Initier un traitement après un ATVD positif, en <i>by-passant</i> le médecin Note : certains refusent le rôle de « conseil » du pharmacien, qui by-pass le médecin.
	Absence de changements :	➤ Reste un vendeur, incompatible avec un rôle de conseiller ➤ La dynamique de conseil (ou son absence) préexiste aux ATVDs. .

4.2. CHANGEMENTS PERÇUS DANS LES RELATIONS

4.2.1. CHANGEMENTS DANS LES RELATIONS PATIENT-MÉDECIN

Taux de réponse : 20 sur 25 (1,2,3,4,6,7,9,10,11,12,13,14,16,17,18,19,22,23,24,25)

Certains médecins établissent une distinction entre les changements induits par les ATVDs sur la relation patient-médecin en général et leur relation avec leur patientèle. Certains mentionnent des changements dans les relations en général et



précisent que leurs relations avec leur patientèle ne sont pas modifiées par les ATVDs (1, 7). La présentation des résultats tient compte de cette distinction.

ATVDs & RELATIONS PATIENT-MÉDECIN, EN GÉNÉRAL

Taux de réponse : 9 sur 25

Tous les médecins répondants mentionnent un changement dans la relation patient-médecin.

EXISTENCE DE CHANGEMENTS SUR LE PLAN DE LA RELATION

(9 sur 20. 1,2,3,7,9,18,19,23,24).

Ce changement peut être positif (7 sur 10), négatif (6 sur 10). Certains répondants mentionnent à la fois des changements positif et négatif (3 sur 10. 3,19,24).

CHANGEMENTS POSITIFS.

(7 sur 9. 1,3,7,9,18,19,24)

➔ **Opportunité de créer une relation de soins** : les ATVDs permettent de reconnecter certaines personnes à la médecine générale sur le plan de la santé communautaire (1,7,18,19,24) à condition que les ATVDs soient bien utilisés ce à quoi les pharmaciens peuvent contribuer (1)

Donc pour le patient, ça peut être une bonne chose, en tout cas, une démarche dans le préventif, si c'est bien utilisé. Et là, le pharmacien a un rôle à jouer dans l'explication, etc. de ce que ça veut dire. (...) Pour certains patients, ça peut être une façon de rentrer dans l'esprit de la médecine préventive. Et puis après d'aller voir un médecin, puis d'avoir un médecin traitant... voilà.(...) ça je crois que ce serait l'occasion d'en créer une. C'est ça le but, je crois.(Alice, MG1)

➔ **Permet de ré-horizontaliser la relation MG-patient** (3)

C'est super intéressant aussi en termes de relation médecin-patient. Ça permet de ré-horizontaliser un peu plus les choses. (Cyril, MG3)

➔ **Plus d'autonomie chez le patient. Dérive** : l'autonomisme, à contrer par l'information (9).

CHANGEMENTS NÉGATIFS

(4 sur 9. 2,3,19,24)

➔ **Autonomisme du patient** (2,3,19). Le patient risque de **ne pas oser en parler à son médecin par crainte de l'attitude de reproche** de ce dernier. Ces répondants escomptent en effet une réaction négative de certains de leurs confrères (ceux-ci se sentiront contrariés/dépossédés)(2,3)⁸⁷. Le patient risquerait aussi de **jouer au docteur** et ne pas consulter en cas de test positif (19). Dans les deux cas, le médecin est « écarté », mis de côté.

SES RELATIONS PATIENT-MÉDECIN

Taux de réponse. 17 sur 20 (1,2,3,4,6,7,10,11,12,13,14,16,17,22,23,24,25)

Les ATVDs peuvent être perçus comme porteurs de changements dans les relations patient-médecin (7 sur 17) ou l'inverse ne générer aucun changement voire, s'inscrire dans la continuité (6 sur 17). Certains médecins (4 sur 16. 7,10,12,17) les perçoivent comme induisant des changements sous certains aspects et pas de changements sous d'autres.

EXISTENCE DE CHANGEMENTS

(7+4 sur 17. 3,6,7,10,11,12,17,22,23,24,25)

Les changements sur les relations patient-MG peuvent être positifs (4 sur 10) ou négatifs (5 sur 10). A noter que le changement puisse être perçu à ce point comme négatif que les ATVDs sont rejetés.

CHANGEMENTS POSITIFS:

(n=4 sur 11. 3,6,17,23)

⁸⁷ Cette crainte fait écho à l'attitude de certains médecins mentionnée précédemment (l'un demanderait au patient pourquoi il n'est pas venu consulter d'abord (23), un autre se comporte comme si le patient n'avait pas réalisé de test et observe que le comportement de *testing* n'apparaît plus (13) ou encore, d'autres refusent de considérer la possibilité des ATVDs et des changements dans leur rôle)(20,25).

Les changements positifs font état de situation diversifiées sur le plan de la « participation » depuis oser aborder un sujet à ré horizontaliser la relation :

➔ **Créer l’amorce pour discuter d’un sujet qui ne l’aurait pas été en l’absence de test réalisé (23).** Le médecin se demande toutefois pourquoi le patient ne l’a pas consulté s’il ne s’agit pas de paramètres « sensibles ». L’idée de nouvelle synergie dans la relation patient-MG n’est pas évoquée dans ce cas (23)

Kan dat eigenlijk in de communicatie naar de patiënt een bepaalde barrière wegnemen?

Ja, dat denk ik wel, de patiënt die er zelf aan denkt, bij wijze van spreken, om te testen voor een ongerustheid en die dan zo’n test gaan doen, misschien gaan ze dan wel opeens met het resultaat komen, of het nu juist is of niet, is het correct of niet, maar je weet dan over een ongerustheid. Je kan dan dat onderwerp aansnijden, anders hadden we er nooit aan gedacht of was die daar nooit voor gekomen. (...)

urinewegs-infecties ja, zijn er klachten...allez bon, ik zou, ik heb mijn voorbehoud erbij en ik zou wel aan patiënt vragen “tiens, waarom bent ge niet eerst bij ons gekomen?” (Arthur, MG23)

➔ **Créer d’une nouvelle synergie médecin-patient** du fait que le médecin prend le temps d’expliquer (6). Ainsi, l’ATVD peut être un **bon outil pour la discussion en consultation** (Peut-être plus d’explication et de soutien/accompagnement) (17). Cela développera le partenariat si le patient vient avec un test non fiable (1).

➔ **Permet de rééquilibrer/ré-horizontaliser la relation.** Face au risque d’attitude spontanée de reproche, le médecin s’efforcerait d’adopter une **attitude de non jugement** (3)

CHANGEMENTS NÉGATIFS

(n=6 sur 11. 10,11,12,22,24,25)

➔ **Risque d’exacerber la demande des patients en tests techniques. Deux réactions distinctes sont rapportées : 1/Plus d’explications suite aux tests.** Les ATVDs pourraient donner potentiellement lieu à un travail qualifié de « ardu » de persuasion pour convaincre le patient de la non-nécessité d’un suivi, si l’examen physique est ok (cf. phénomène de faux positif) (24) ; **2/ Plus d’examens techniques. Le rôle du médecin serait alors nié, mis entre parenthèses.** Le médecin serait instrumentalisé, réduit à demander des examens complémentaires ciblés au détriment du dialogue, des relations. Cette tendance existe déjà et est liée à la consultation sur Internet et vient avec « son diagnostic » (22)

I: Zal uw rol als arts dan veranderen?

Goh ja, qua werk en zo, ik zal wel genoeg werk hebben. Maar ge gaat moeten vechten tegen iets anders, ok, het was misschien niet nodig die test, waarom heb je die test gedaan? Of alle, dan ga je dat terug moeten uitleggen, of, “die test was vals positief terwijl jij geen enkele klacht...” een kankertest bv of zo, was positief, terwijl ik stel alle vragen, het is negatief, fysiek onderzoek zie ik niets, maar het was niet 100% betrouwbaar, die test. Dan ga je dat terug moeten beginnen uitleggen, dan ga je moeten vechten tegen iets anders.

I: Dan gaat uw relatie met de patiënt een beetje onder druk komen te staan?

Bij sommige patiënten kan dat zijn en dat kan dan extra...belasting brengen bij de artsen omdat je dan terug alles moet uitleggen. (24)

I: Au niveau des autotests, pour vous, ça change quelque chose ou pas pour la relation avec le... patient ?

Ben, on a parfois un peu l’impression, même de plus en plus, que le patient vient et qu’il sait son diagnostic. Parce qu’il est allé voir sur internet et qu’il vient un peu, parfois nous utiliser. ‘fin dire « Ah, j’ai ça, je suis sûr. Il me faut un scanner quoi ». C’est un peu le médecin, comme si on était au service de, pour prescrire ce que lui il a vu qu’il fallait sur internet. (Barbara, MG22)

➔ **Un possible espacement des visites** chez le médecin, ce qui limite la possibilité d’aborder l’ensemble de la prévention et les comportements à risques (24).

Ik vind dat slecht, waarom, ook al zijn het patiënten die het niet kunnen vragen, dat gaat een klein percentage zijn, en dat gaat uw consultatie bij de huisarts verminderen. Nu de huisarts is niet enkel voor klachten, voor medicatie, voor behandeling. Het is ook voor preventie, het is ook om sommige zaken bespreken. Als die patiënt voor tetanus bij mij komt, ga ik ook bv vragen, ok, als die patiënt longproblemen heeft, of dat die ook een pneumokokkenvaccin heeft gedaan, bijvoorbeeld. Of als die patiënt voor HIV komt bij mij, ga ik ook vragen “ok, was het beschermd, niet beschermd” hoe is het gedrag..., hoe kunnen we dat..., is er daar een probleem...allez, ze kunnen komen met 1 klacht, maar ge kunt daar ook veel aan preventie doen bij patiënten. (Bastien, MG24)

➔ **Risque d’accroître la charge de travail par une demande accrue d’explication et « rassurance » de la part des patients**(12), particulièrement ceux qui ont un niveau de littératie bas et qui risquent de ne pas comprendre(22). La réalisation d’un autotest (la réalisation autonome d’un test) fait parfois l’objet d’un refus. Ce sont les possibles réactions de panique chez les patients, déjà observées avec la digitalisation, qui motivent ce positionnement. L’idée est qu’un résultat doit toujours être accompagné d’une explication et c’est au médecin de la fournir (25).

Et donc, oui, ça pourrait clairement être... ça va amener des consultations en urgence parce qu’« oh mon dieu, j’ai le SIDA. Ou J’ai ceci, j’ai cela. Qu’est-ce que c’est ? Je sais pas lire mon test... ». Il faut aussi se rendre compte, nos patients des fois, beaucoup, ne savent pas lire un tableau à 2 entrées, quoi. ‘fin, le niveau est étonnamment bas... de connaissances. Et donc, lire un truc comme ça, je sais pas si ça va aller. Ils vont voir un truc, ils ne vont rien comprendre et ils vont peut-être « trop » venir... parce qu’ils ne savent pas lire le résultat. Peut-être. Peut-être pas. (Barbara, MG22)



➡ Risque de **compliquer la relation avec des patients de type « psychosomatiques »**. Les ATVDs risquent d'entretenir cette tendance et d'engendrer une perte de confiance envers le médecin parce que le test dira quelque chose et que le médecin dira peut-être autre chose (11)

On a clairement des patients qui vont être très très demandeurs. J'ai peur que ça nous pourrisse le travail que je fais avec certains. Je pense à certains en particulier. Ce n'est pas la majorité des patients, mais ceux qui viennent avec toujours des demandes de faire des tests biologiques hyper complets ou qui sont toujours en demande d'avoir des compléments alimentaires. Et donc on essaye de faire un travail sur autre chose. Pourquoi ils ont cette demande? Pourquoi ils sont dans cette souffrance et pourquoi ils pensent tout le temps à avoir un problème de santé? J'ai l'impression que ça va autant entretenir leur pathologie qui est plus de l'ordre de somatisation ou de temps en temps psychiatrique. Et là, je pense que ça peut vite être une cata parce que comment en discuter. "Regarder Docteur mon fer est trop bas" eh ben, c'est compliqué de lui dire "ben non". Ou "regardez je suis intolérant au gluten". Je ne sais pas ce qu'il vaut donc là, je dis peut-être des bêtises. Ce serait compliqué de leur dire "bah non, moi je vois que vous n'êtes pas intolérant au gluten". Lui, il va rester avec ça et il va se dire "il me raconte des conneries" et j'ai peur d'avoir une perte de confiance. (Kevin, MG11)

➡ **Risque d'autonomisme**, que le patient ne consulte pas ce qui fait en sorte le MG ne peut jouer son rôle (répondre aux questions, donner des conseils) (10)

ABSENCE DE CHANGEMENTS

(6+4 sur 17. 1,2,4,7,10,12,13,14,16,17)

L'absence de changement recouvre **des situations diverses** : la non-réalisation d'un ATVD par sa patientèle, l'absence de changement de pratiques parce que les ATVDs s'inscrivent dans sa pratique habituelle (en faveur du dialogue, de l'autonomie, etc.), que l'ATVD est traité comme toute demande du patient ou encore, parce que le médecin ne change pas sa pratique face la réalisation d'un ATVD considérée notamment comme une recherche d'autonomie.

➡ Certains médecins pensent que **leurs patients ne réaliseront pas d'ATVD** (1,7). Leurs patients viendraient plutôt leur parler du problème ou de leur interrogation en matière de santé (1,7). Cela correspondait à un profil de répondant de cette recherche qui ne se sentait pas concerné par les ATVDs du fait d'un suivi médical régulier.

Je crois, que mes patients qui viennent régulièrement, ils ne vont pas faire les autotests parce qu'ils vont venir directement m'en parler, je pense. Donc moi, je crois que c'est plus une visée de santé communautaire. (...) Mais ce n'est pas tellement dans la relation personnelle que j'ai avec les patients (Alice, MG1)

➡ Les ATVDs peuvent aussi correspondre à **l'approche habituelle du médecin** (1,2,16,17). Dans ce cas, les ATVDs sont perçus comme induisant un autre type de dynamique que celle du « patient passif-médecin actif. Toutefois, le médecin se décrit comme déjà dans un autre type de dynamique. Ainsi, les ATVDs participent à la dynamique existante de : responsabilisation du patient, qu'il gère certaines choses (par exemple, le prélèvement de selle ou glaire cervicale) (1) ; prise en charge du patient par lui-même, le médecin devient un consultant (16) ; dialogue (17) voire d'autonomie décisionnelle, de prendre le pouvoir sur sa santé. La réalisation d'un ATVD est alors considérée positivement comme le signe que le patient s'autonomise. (2)

*Ce serait rigolo. Déjà les gens ils arrivent avec ça. Déjà ! (Rires)
C'est super important que la personne prenne le pouvoir sur la santé et sur sa vie. C'est pour cela que cela ne me dérange pas du tout, les petits kits. Cela ne me dérange pas du tout que les gens fassent des trucs sans mon autorisation. (Rires). C'est intéressant.
Moi, je suis tout à fait pour que les gens prennent leur santé en main et qu'ils deviennent autonomes.
C'est un symptôme, quoi, pour moi !
C'est quelque chose avec lequel il vient et à creuser. (...)
Oui oui. Ce n'est ni bien ni mal. Vraiment. À la rigueur, ce qui est bien c'est que cela veut dire que le patient prend sa santé en charge lui-même.
Ça, je trouve très bien. Enfin, c'est mon but en tout cas. (Bluette, MG2)*

Sur le plan du lien avec les autres tendances, il s'agit de médecins qui présentent des pratiques plus participatives (Type 2 et 3) ou qui en ont intégré le discours.

Rejoignant cette perspective, mais sans mentionner le lien avec une « philosophie d'approche » :

➡ Les ATVDs peuvent être **considérés comme un point de départ à l'instar de toute demande du patient** (4,10,14), ce qui ne change pas la dynamique de la consultation. L'un d'eux précisera que par ailleurs qu'on ne soigne jamais sur base d'un test, il faut voir aussi un examen clinique et partir des choix du patient. (4). **Sur le plan du lien avec les autres tendances**, ces médecins présentent des approches au minimum de Type 2- guidance-coopération. Ils considèrent déjà les inputs du patient.

➡ Enfin, lors d'une utilisation effective d'un ATVD, décrite comme motivée par la curiosité et la recherche d'autonomie, le médecin a **procédé au suivi habituel**. Il pense que le comportement du patient a été abandonné au vu de l'absence de plus-value sur le plan du suivi (13). Ce type d'attitude était mentionnée par les participants répondants.

Il est venu avec le cholestérol, je vais dire par curiosité pour savoir si ça correspondait aux prises de sang qu'on avait. C'était plus, je dirais, par curiosité, point.

Parce qu'il se disait que si sa prise de sang, ça ne se résume qu'à ça, alors tant qu'à faire il se débrouille tout seul dans son coin.

Mais ça n'a abouti à aucune stratégie de suivi. Ça n'a pas modifié son traitement. Voilà, c'était vraiment de la curiosité pure.

On a fait comme ce que l'on faisait avant. Voilà. Manifestement, je ne pense pas qu'il a dû apercevoir une plus-value. Et donc voilà, ça a été abandonné. (Matthias, MG13)

CHANGEMENT & ABSENCE DE CHANGEMENT

(1 sur 17. 7)

En fonction de s'ils sont utilisés et comment ils sont utilisés, les ATVDs induiront ou non des changements (7). Certains patients ne les utiliseront pas (dès lors, cela n'apportera dès lors pas de changement). D'autres patients reviendront avec des résultats « douteux », cela peut encourager le partenariat.

Je ne sais pas trop en quoi cela va augmenter notre partenariat. Parce que, vous viendrez me voir. Je ferai une prise de sang et puis... voilà.

Ils sont parfois douteux. Bon, si le test est douteux, on va se dire quand même qu'il n'y a pas de fumée sans feu. Et on va voir le docteur Gallien et on va en discuter, un peu, ensemble. Donc, je crois que ça peut encourager, un partenariat. Mais, chaque cas est différent en médecine. (Gallien, MG7)

Certains mentionnent ignorer ce qu'il est de la réalisation d'ATVDs par leurs patients (10,13), tout en pensant qu'ils sont peu utilisés (10). Ils se disent curieux à cet égard (10)

ATVDs & relations patient-médecin. Ici également, certains opèrent une distinction entre les relations patient-médecin en général et leurs relations avec leur patientèle. Les médecins font mention chez certains de leur confrères d'attitude de reproche ou encore que leur patientèle n'achèterait pas d'ATVD et préférerait les consulter.

-Concernant les relations en général, les **changements positifs** vont dans le sens de (re)nouer une relation et d'un rééquilibrage de la relation en faveur du patient. Les **changements négatifs** sont l'autonomisme (rupture de la relation), le patient qui se « substituerait » au médecin et s'automédiquerait. Les patients pourraient aussi ne pas oser en parler au médecin par crainte de reproche. Certains médecins se sentent contrariés et dépossédés.

-Concernant leurs relations, les **changements positifs** vont d'abord certains sujets (sans changements de rôle), à la création d'une dynamique plus partenariale, voire rééquilibrage. Soit une relation plus partenariale. Les changements négatifs vont dans le sens d'un écartement du médecin (rupture de la relation par des pratiques d'autonomisme), mais aussi d'instrumentalisation du médecin, la « négation » de son rôle (forme d'autonomisme) voire davantage un rôle d'explication/de persuasion sur le bien-fondé de sa démarche (pas de rupture mais changement de la tâche et surcroît de travail). **L'absence de changements perçus dans les relations est** liée à l'idée que leur patientèle n'utiliserait pas d'ATVD (ces médecins ne se sentent pas concernés), que les ATVDs s'inscrivent dans une approche participative qui est déjà la leur, que les ATVDs sont un point de départ comme un autre ou encore, que le suivi habituel est réalisé suite à la réalisation d'un ATVD perçu comme une recherche possible d'autonomie.

Concernant les liens avec les autres tendances, il semble exister un lien entre le fait d'être pour les ATVDs et de percevoir les ATVDs comment ne générant pas de changement dans la relation patient-médecin (comme dans le fait de ne pas percevoir de changements de son rôle), parce que leur approche est perçue comme déjà partenariale.

4.2.2. CHANGEMENTS DANS LES RELATIONS PATIENT-PHARMACIEN

Taux de réponse : 9 sur 25. (1,2,4,11,15,17,19,20,23)

Les médecins se mentionnent également les relations patient-pharmacien. Certains médecins relèvent de potentiels changements suite à l'introduction des ATVDs (8 sur 10) ; d'autres médecins, une absence de changement (2 sur 10).

EXISTENCE DE CHANGEMENTS

Taux de réponse. 8 sur 9. (2,4,11,15,17,19,20,23)

Les médecins relèvent des changements perçus comme positifs (4 sur 10), négatifs/non souhaités (4 sur 10).

CHANGEMENTS POSITIFS

(4 sur 8. 2,4,19,22)

Les ATVDs peuvent être **l'opportunité de plus de dialogue (2), de la construction d'une relation de confiance (4,19)**. Ce changement est lié à un rôle plus actif du pharmacien auprès du patient (voir les changements qui devaient/pourraient être mis en place, dans les changements de rôle du pharmacien) : le pharmacien explique à quoi cela sert (4,22), le patient est bien accueilli en cas de test positif (19,22). Des **conditions sont toutefois mentionnées** : le pharmacien doit vendre les ATVDs avec discernement et ne penser pas qu'aux rentrées financières (4) ; et référencer quand c'est nécessaire (2).

I : Et dans la relation patient pharmaciens vous pensez que ça va changer quelque chose ?

Je pense que si le pharmacien oriente correctement le patient et ne cherche pas simplement à faire tourner le tiroir-caisse, cela peut apporter un plus dans cette relation-là. « J'ai peur d'aller voir mon médecin etc. je peux avoir un test HIV ? » Cela me paraît correct. Par contre « j'ai un test ici pour les Helicobacter ». Non ! (Damien, MG4)

CHANGEMENTS NÉGATIFS OU NON SOUHAITÉS

(4 sur 8. 11,15,20,23)

Les changements négatifs sont des changements où la relation patient-pharmacien ou le patient seul se substitue à la relation patient-médecin, la situation où le patient **passerait d'un problème (détecté grâce à l'ATVD) à une solution, sans consulter de médecin (11)**, éventuellement encourager par le pharmacien qui initierait le traitement (15). Face à cette crainte, certains pensent (23) que le pharmacien aura « l'éthique de référer vu qu'il ne peut prescrire lui-même.

I : Ok, dus er kan dus een goede evolutie zijn naar de patiënt toe, en wat met de apotheker? Ziet u daar een evolutie, misschien vaker contact?

Ik denk wel dat de apotheker, als de patiënt de test koopt bij de apotheker, dan die gaat dan met het resultaat niet naar zijn huisarts, maar naar zijn apotheker, dan denk ik wel dat de apotheker professioneel genoeg zal zijn aan de patiënt aan te raden om naar de huisarts te gaan en niet alles.... Allez, dat denk ik toch, ik denk dat dat misschien wel bij de ethiek van de apotheker hoort, want die kan geen behandeling voorschrijven. (Arthur, MG23)

Le conseil en officine en regard de l'ATVD VIH est rejeté du fait que le **cadre de ne s'y prête pas** : le patient sera réticent à en parler, vu le manque de confidentialité. Ce type de changement dans la relation est rejeté. Ce conseil devrait être exercé par un médecin ou un infirmier (20)

ABSENCE DE CHANGEMENTS INDUITS PAR LES ATVDs

(1 sur 9. 1)

Le pharmacien **ne changera pas son attitude, ce n'est pas l'ATVD qui apportera en soi un changement**. Le fait d'obtenir un conseil dépendra non des ATVDs mais de facteurs tels que : la relation de longue durée (1) ou de la motivation pour le conseil et la prévention du pharmacien (1). Ainsi, si **le pharmacien ne connaît pas la personne, il lui vendra le test sans commentaires**. Même si le pharmacien devrait permettre une utilisation correcte du test, ce sera fonction de la motivation de ce dernier pour le conseil et la prévention. En outre, c'est plutôt le fait que le patient revienne qui fait qu'il se crée un lien pharmacien-patient/client et que la personne recevra des explications (y compris sur l'utilité pour lui de faire le test). (1)

Bon, enfin en général alors, le pharmacien il donne et puis il dit « tant pis ». Enfin, je crois que les pharmaciens qui sont motivés, c'est ceux qui voient leurs patients revenir et revenir et re-revenir, et qui créent des liens.

I : Oui. Vous pensez que par exemple, s'il y a un patient qui va très souvent dans une pharmacie et qui achète un autotest, ça va être différent de quelqu'un qui passe et que le pharmacien...

Ah oui, ça je suis sûre ! Parce que, je ne sais pas, le pharmacien va peut-être lui dire, « tiens, mais vous êtes sûr que c'est nécessaire ? Est-ce que vous faites des prises de sang chaque année, ce n'est peut-être pas nécessaire d'aller faire un test... » Enfin, je ne sais pas, il osera ! Tandis que si c'est quelqu'un qui est de passage, il va demander le test et il va lui vendre. J'imagine. Et je peux comprendre ! (Alice, MG1)

ATVDs et Relations patient-pharmacien. Les **changements positifs** dans cette relation sont de permettre davantage de **dialogue** et l'établissement d'une relation de **confiance**, soit une relation plus partenariale, essentiellement parce que le pharmacien devient plus actif dans la relation avec le patient. Le lien est néanmoins maintenu avec le médecin.

Les **changements négatifs** sont de l'ordre de la **substitution de la relation patient-médecin ou par le patient** uniquement ou la relation patient-pharmacien. Le patient passerait du « diagnostic » à la solution, s'autotraitait, éventuellement avec l'aide du pharmacien. Ce qui serait une forme d'autonomisme du patient (le lien avec le médecin est rompu). Le conseil du pharmacien pour des pathologies sensibles est rejeté par certains médecins.

→

Ceux qui mentionnent **une absence de changements** soulignent que ce n'est pas tant les ATVDs qui induisent/induiront un changement que des **facteurs préexistants aux ATVDs** (relation de longue durée, motivation du pharmacien), qui feront que le patient bénéficiera de conseils y compris concernant les ATVDs.

Il n'a pas été possible d'établir des liens avec les autres tendances, vu le faible nombre des effectifs.

4.2.3. CHANGEMENTS DANS LES RELATIONS MÉDECIN-PHARMACIEN

Taux de réponse : 10 sur 25. (2,5,6,10,11,17,18,19,20,24,25).

A l'instar des relations patient-médecin, certains médecins opèrent une distinction entre les relations médecin-pharmacien et leurs relations avec les pharmaciens. La présentation des résultats suit cette distinction.

CHANGEMENT POUR LES RELATIONS MÉDECIN-PHARMACIEN EN GÉNÉRAL

Cette partie est partiellement redondante avec le point consacré aux représentations des changements induits par les ATVDs selon les autres médecins. Les verbatim sont consultables à cet endroit. Seul un changement négatif est mentionné.

EXISTENCE D'UN CHANGEMENT NÉGATIF

Les ATVDs sont **inducteurs de tensions potentielles** : certains pharmaciens vont vouloir vendre beaucoup de tests, ce qui va énerver certains médecins qui penseront que les pharmaciens veulent se substituer à eux. (2)

CHANGEMENT DANS SES RELATIONS AVEC LES PHARMACIENS

Taux de réponse : 10 sur 25 (2,5,6,10,11,17,18,19,20,25)

Concernant leurs relations médecin-pharmacien, les médecins relèvent des changements qui devraient être mis en œuvre et des changements positifs conditionnels à la mise en œuvre de ces changements (8 sur 10). L'absence de changement peut être liée à un manque d'expérience (2 sur 10).

« EXISTENCE » DE CHANGEMENTS

8 sur 10 (2,5,6,11,17,18,19,25)

CHANGEMENTS QUI DEVRAIENT ÊTRE MIS EN ŒUVRE, EN VUE QUE LA RELATION SOIT POSITIVE

8 sur 10 (2,5,6,11,17,18,19,25)

Afin de faire de l'ATVD, une expérience positive, médecins et pharmaciens devraient développer **ou renforcer leur collaboration**(6,11,17,19,25) afin de tenir un discours commun vis-à-vis du patient (6,11), de gérer le patient qui panique, lui fournir un accompagnement (11) (25) et ainsi maintenir la confiance du patient (11).

Mais ça pourrait être une cata qu'un pharmacien conseille un autotest et que le médecin après ça, il se dit mais c'est n'importe quoi cet autotest. Et donc il a deux avis d'experts différents qui sont coacteurs. Et donc on arrive vite à une catastrophe pour le patient. (Kevin, MG11)

Cette collaboration pourrait aussi amener à accorder **plus d'autonomie au pharmacien** dans la délivrance de certains médicaments à certains patients pour des problèmes diagnostiqués moyennant un accord de principe du médecin (ex. infections urinaires) (19)



Deux conditions sont parfois émises pour éviter la détérioration de la relation médecin-pharmacien: le référencement vers le médecin après le test (2,5,18) et ne pas proposer des ATVDs qui ne sont pas *evidence-based* (18).

CHANGEMENTS POSITIFS

(2 sur 8 : 2,18)

Si ces conditions sont respectées, des changements positifs pourraient alors voir le jour :

➡ *[Si le pharmacien opère le lien patient-médecin]* L'ATVD pourrait être une **opportunité de travailler plus ensemble**, avec certains pharmaciens, qui partagent la même façon de travailler, orientés avec le contact et la prévention (2).

Moi, ça va, j'ai assez de boulot. (Rires). Donc, ce n'est pas grave s'il y en a un qui dépiste un peu. Non, il faut, c'est bien, c'est le patient qui va décider, hein ? (...) Le pharmacien peut à ce moment-là prendre plus part aux choses et faire le lien entre le patient et son médecin par exemple. Ça, ça peut être un truc très chouette. Mais, je suis une indéfectible optimiste donc, je vais toujours voir tout ce qui va être bien. Ce qui ne va pas, je vais juste mettre de côté. Mais non... j'en ai quand même un peu parlé. Mais, autrement il ne faut juste pas que ça s'arrête là quoi. Et donc, il y aura des pharmaciens qui n'auront pas envie de faire le trait d'union entre le patient et le médecin. C'est plutôt chouette si on envie travailler ensemble, quoi. (Bluette, MG2)

➡ *[Si la collaboration médecin-pharmacien est très bonne et si exclusivement des ATVDs evidence-based sont proposés]*. L'ATVD pourrait permettre une **prise de relai par les pharmaciens** de certaines tâches de médecins, saturés : explication puis référencement. (18)

ABSENCE DE CHANGEMENTS

(2 sur 10. 10,20)

Ces médecins soulignent que les ATVDs n'ont pas induits de changement dans leur pratique parce que soit il n'a pas fait l'expérience concrète avec un patient (10), soit qu'il n'a pas encore eu l'occasion d'en parler avec les pharmaciens avec lesquels il collabore le plus fréquemment (20)

ATVDs & Relations médecin-pharmacien. La distinction est également opérée entre les relations en général et ses relations avec les pharmaciens.

Seul un changement négatif est mentionné, en ce qui concerne les relations en général. Il s'agit de tensions possibles suite au souhait de certains pharmaciens d'en vendre beaucoup et l'agacement de certains médecins qui craindront que le pharmacien se substitue à eux. Soit **une forme une mise à l'écart du médecin de relation patient-médecin au profit de la relation patient-pharmacien**.

Sur le plan de leur relation médecin-pharmacien, les médecins énoncent des **changements à mettre en œuvre et des conditions à respecter pour** éviter la détérioration des relations voire faire en sorte que les ATVDs soit une expérience positive pour les trois « publics ». Il s'agit d'établir les modalités d'une collaboration médecin-pharmacien centrée sur le patient. Par la suite, si ces conditions sont respectées cela pourrait donner lieu à des **changement positifs** dans la relation : l'intensification de collaboration avec les pharmaciens qui partagent la même façon de travailler (contacts et prévention) voire la prise de relai de certaines tâches par le pharmacien pour alléger la tâche des médecins, saturés. **L'absence de changements** était liée au fait que les ATVDs sont un phénomène récent auquel les médecins n'ont pas encore été confrontés.

Note. Le taux de réponse était nettement moins élevé que pour les autres relations (10 sur 25) et certains refusent un rôle plus actif pour les pharmaciens (25)

Tableau MG9 Changements dans les relations suite à l'introduction des ATVD, tels que perçus par les médecins

Médecin-Patient (18 sur 25)	En général	Changements :	Positifs : ➤ Opportunité de (re)créer une relation de soins ➤ Permet de ré-horizontaliser la relation médecin-patient ➤ Plus d'autonomie chez le patient. Dérive possible : l'autonomisme.
			Négatifs : ➤ Autonomisme. Ne pas en parler au médecin par crainte du reproche du médecin « dépossédé » voire « jouer au docteur », ne pas consulter en cas de test positif
		Absence de changements :	---
	Lui/elle et ses patients	Changements :	Positifs : ➤ Ouverture pour parler de sujets qui n'auraient pas été discutés, sans l'ATVD ➤ Création d'une nouvelle synergie médecin-patient du fait que le médecin prend le temps d'expliquer/rassurer, un bon outil pour la discussion en consultation (Cela développera le partenariat si le patient vient avec un test peu fiable). ➤ Permet de ré-horizontaliser la relation. Face au risque spontané de reproche, il s'efforcera d'adopter une attitude de non jugement.
			Négatifs : ➤ Possible espacement des visites et des opportunités d'aborder la prévention. ➤ Risque d'exacerber la demande des patients en tests techniques → 1/ Plus d'explication afin de convaincre de l'inutilité du suivi (faux positif) ou 2/ Instrumentalisation du médecin, réduit à demander des examens complémentaires ➤ Risque d'une demande accrue d'explication et rassurance des patients , surtout ceux avec un niveau de littératie faible. La crainte des réactions des patients peut aller jusqu'au refus de considérer les ATVDs. ➤ Risque de compliquer la relation avec des patients « psychosomatiques » , entretien de cette tendance voire génère la perte de confiance en le médecin ➤ Risque d'autonomisme , que le MG ne puisse jouer son rôle : répondre aux questions, donner des conseils
		Absence de changements :	➤ Non utilisation des ATVDs par ses patients. [La situation ne se présentera pas] ➤ S'inscrivent dans son approche... qui va dans le sens de plus de participation (responsabilisation, autonomie) ➤ Un ATVD= un point de départ comme toute demande du patient. ➤ Aucun changement de la part du médecin lors d'un cas effectif , interprété notamment comme une recherche d'autonomie potentielle. Note : Certains mentionnent qu'ils ignorent si leurs patients en ont réalisé.
Patient-Pharmacien (10 sur 25)	Changements :		Positifs : ➤ Peut stimuler le dialogue , permettre la construction d'une relation de confiance patient-pharmacien, grâce au rôle plus actif du pharmacien (explication, accueillir le patient avec un test positif), tout en maintenant le lien avec le médecin.

			Négatifs /non-souhaités: La relation patient-pharmacien risque de se substituer à la relation patient-médecin. ➡ Risque du passage du constat d'un problème à une solution , éventuellement avec le soutien du pharmacien qui initie le traitement . ➡ [Refus] Le conseil pour ATVD-VIH est rejeté par certains, « le cadre ne s'y prêtant pas », vu le manque de confidentialité. C'est à un médecin/infirmier de le faire.
	Absence de changements :		Pratique inchangée : le pharmacien vendra sans commentaires s'il ne connaît pas la personne. Le conseil est fonction d'autres facteurs : la relation de longue durée, la motivation du pharmacien.
Médecin-Pharmacien (11 sur 25)	Les autres médecins et les pharmaciens	Changements :	Positifs : ---
			Négatifs : Générateurs de tensions : certains pharmaciens voudront en vendre beaucoup, ce qui énervera certains médecins, pensant qu'ils veulent se substituer à eux.
		Absence de changements :	---
	Lui/elle et les pharmaciens	Changements :	À mettre en œuvre : ➡ Développer/renforcer la collaboration médecin-pharmacien pour : - Tenir un discours commun vis-à-vis du patient, lui fournir un accompagnement & maintenir la confiance du patient. - Gérer le patient qui panique. - Accorder plus de latitude au pharmacien pour une délivrance de certains médicaments à certains patients, avec l'accord de principe du médecin (ex. infections urinaires). Conditions pour éviter la détérioration de la relation : le référencement vers le médecin après le test et -ne pas proposer des ATVDs qui ne sont pas <i>evidence-based</i> ,
			Positifs, conditionnels au respect de ce qui devraient être fait : ➡ [Référencement] Travailler plus ensemble, avec des pharmaciens qui partagent la même façon de travailler (orientés « contact » et prévention). ➡ [Tests <i>evidence-based</i> & collaboration]. Permettre une prise de relai par les pharmaciens de certaines tâches de médecins, saturés
		Absence de changements :	Pas d'expérience concrète ou pas de discussion avec les pharmaciens-partenaires

4.3. REPRÉSENTATIONS DES CHANGEMENTS INDUITS PAR LES ATVDs TELS QUE PERÇUS PAR LES AUTRES ACTEURS, SELON LES MÉDECINS

Les représentations que le médecin se fait de ce que les autres acteurs pensent des ATVDs n'ont été que rarement abordées. Les taux de réponse (très faibles) en témoignent.

4.3.1. REPRÉSENTATIONS DES CHANGEMENTS PAR LES PATIENTS

Taux de réponse : 4 sur 25. (1,10,13,22)

Selon les médecins-répondants, les ATVDs sont perçus comme nourrissant la représentation (connotée négativement par le médecin) que **la technique et la technologie vont tout détecter/arranger** (22). Mais aussi, que les ATVDs s'inscrivent dans la tendance actuelle (connoté positivement cette fois) **d'accorder plus d'attention à leur santé** (1). D'autres n'ont pas d'idée sur ce qu'en pensent les patients mais se dit « **curieux** de le savoir » (10).



La raison perçue d'un test effectif par le patient est « **la curiosité** pour savoir si cela correspond au test de labo et si cela peut suffire comme suivi ». Ce qui semble sous-entendre l'idée d'une recherche d'**autonomie (fonctionnelle)** chez le patient (13)

4.3.2. REPRÉSENTATIONS DES CHANGEMENTS PAR LES PHARMACIENS

Taux de réponse : 4 sur 25. (2,7,15,23)

Certains médecins pensent que certains pharmaciens vont y voir l'opportunité d'un « **business lucratif** » (10,15,23) et voudront en vendre beaucoup ou que certains pharmaciens vont y voir l'**opportunité de faire du « pharmacien-conseil »**, une fonction dans laquelle ils se sentiraient plus « valorisés ».(7).

Bon, si le pharmacien a un peu envie de jouer au pharmacien conseil. Voilà le mot que je cherchais, voyez-vous. Le mot juste, pour la chose juste. Le pharmacien, du coup, monte de 10 cm (rires), il devient pharmacien-conseil et il dit : « voilà, je vais vous faire le test » et cela n'a pas marché. Donc, il dit : « Madame, vous n'êtes plus vaccinée, donc il est temps d'aller voir le docteur » pour recevoir un Boostrix®, chez moi, « pour faire une bonne vaccination ». Ce sera plus utile dans un certain sens pour le pharmacien, à mon avis. (Gallien, MG7)

Les représentations peuvent également être perçues comme **variables en fonction du pharmacien** (2). Ainsi, les ATVDs susciteront leur enthousiasme ou au contraire, les ennueront.

4.3.3. REPRÉSENTATIONS DES CHANGEMENTS PAR LES AUTRES MÉDECINS

Taux de réponse : 3 sur 25 (2,3,17)

L'avis des confrères suscitent la **curiosité** (17). Il est fait écho des polémiques en France sur la **Crainte de la réaction du patient face à un ATVD VIH positif** et la nécessité d'**encadrer**, de mener une consultation pré-test et post-test, sans toutefois qu'il n'y ait prise de position. D'autres estiment que certains de leurs confrères **se sentiront contrariés** (2,3) par **des patients potentiellement plus autonomes et énervés par certains pharmaciens** qui voudront en vendre beaucoup (2).

Il y a peut-être des pharmaciens... avec cela ça va énerver certains médecins, j'en suis sûre, qui vont vouloir à tout prix faire des tas de tests avec les patients. Et du coup, il y a des médecins qui vont croire qu'ils [les pharmaciens] se substituent aux médecins. Mais bon, moi, ça va, j'ai assez de boulot. (Rires). Donc, ce n'est pas grave s'il y en a un qui dépiste un peu. Non, il faut, c'est bien, c'est le patient qui va décider, hein ? (...) [que le patient puisse faire de manière autonome des tests] Ben, je sais que cela va en énerver beaucoup, tout cela, je le sais très bien. Comme si on allait leur prendre leur pouvoir. On n'a pas de pouvoir ! Moi, je vais compléter s'il manque un truc par exemple. Si je pense « Ah, oui, mais là, dans votre bilan j'aurais fait cela en plus par exemple ». Non, non, mais c'est intéressant, très intéressant (Blurette, MG2)

5 – « SUGGESTIONS/PROPOSITIONS » POUR AMÉLIORER LA RELATION PATIENT-MÉDECIN-PHARMACIEN

Les Suggestions/Propositions portent sur **les relations dans le soin en général**, d'une part (5.1) **et les relations dans le soin et les autotests à visée diagnostique (ATVDs)**, d'autre part (5.2). Le lecteur trouvera dans la partie « patients »-Point 5-Suggestions/Propositions, les informations sur la présentation des Suggestions/Propositions. Cette partie fait toutefois l'objet d'une présentation légèrement différente. Elle fait l'objet d'une première synthèse.

Convention d'écriture : En *italique*. Les besoins latents, nés de l'analyse des données. En **bleuté**, concerne exclusivement le VIH. En **rose**, inférence. Le reste, des réflexions et Suggestions/Propositions provenant directement des patients. Les numéros entre parenthèses correspondent à l'identifiant du médecin qui le mentionne. Les verbatim sont mentionnés par les lettres i,ii,iii,... et sont consultables en fin de section.

5.1. SUGGESTIONS/PROPOSITIONS POUR AMÉLIORER LES RELATIONS DANS LE SOIN, EN GÉNÉRAL

Taux de réponse (sur les besoins ressentis et exprimés) 22 sur 25 (pas de réponses de : 9,13). Seule une partie des médecins interrogés se prononcent sur des pistes d'amélioration. Parmi ceux-ci, seuls 9 émettent des Suggestions/Propositions de moyens ou de dispositifs à mettre en œuvre. L'acteur chargé de sa mise en œuvre est encore plus rarement précisé (5 médecins le précisent (3,4,20,21,22).

Les Suggestions/Propositions poursuivent une optique plus ou moins partenariale. Aussi, à l'instar de la présentation des Suggestions/Propositions des patients, les termes **Niveau 1 ou 2** seront utilisés pour préciser le partenariat visé. Le **Niveau 2** correspond à l'approche partenariale, caractérisée par l'éducation à l'autonomie, la codécision et un travail sur la motivation prenant en considération le sens pour le patient⁸⁸. Notons que certains médecins optent pour des dispositifs de contrôle (**Niveau 0**). Ceux-ci ne s'inscrivent pas dans une approche partenariale. Ils sont mentionnés parce que suggérés par ces médecins mais ne seront pas retenus pour les recommandations finales.

5.1.1. CONTEXTE GÉNÉRAL DE L'ORGANISATION DES SOINS

5.1.1.1. ASPECTS TECHNIQUES

	Problèmes	Suggestions/Propositions-Besoins	Moyens
MGC1	Le partage des données⁸⁹ via différents logiciels est perçu (1,8,11) comme étant en période de rodage. Le système actuel ne serait pas complètement fonctionnel (11,18) et il générerait une charge de travail supplémentaire importante(1). Une tendance à la surconsommation de soins chez les patients (6)	Améliorer l'intégration des soins de santé (10,11,12), par le partage des données patient = un défi identifié tant pour le partenariat avec le patient que la collaboration interprofessionnelle (12,20)	Via l'outil informatique (de partage de données patients entre médecins). Les acteurs qui pourraient avoir accès aux données ne font pas consensus : également aux autres professionnels de santé (y compris pour certains aux pharmaciens) et au patient (20) [ou limités aux professionnels (12)]. L'importance que chacun reste dans son rôle est parfois soulignée (12). Medispring®, un logiciel coopératif, développé à l'initiative des médecins et en cours de développement est parfois mentionné (12,20).

⁸⁸ Il en est fait mention sous les « projets de vie », « objectifs du patient » ou encore, « objectifs de vie »

⁸⁹ C'est essentiellement le partage de données patients (examens, traitements) (1,6,11) est ici évoqué, pas la prescription électronique.

			Réticences : Préoccupation pour le respect de la confidentialité et du non partage des données demandées par le patient (10), le risque de commercialisation des données (11), la protection des données vis-à-vis de tiers (parent, employeur) (12). Obstacles : <i>L'outil informatique est peu utilisé par certains médecins plus âgés (7) ; les lobbies politiques pour Medispring (20)</i>
MGC2	Les grands conditionnements de médicaments (perçus comme une volonté politique) favorisent l'automédication. Le patient dispose de médicaments non utilisés qu'il stocke et utilise parfois ultérieurement pour lui ou pour ses proches alors qu'il n'y a pas d'indication (20).	?	Une prescription à l'unité. Obstacle : les lobbies politiques (20) (Niveau 0. Le contrôle). Alternatives : Campagne de sensibilisation du public ? + Miser sur l'éducation pour la santé du patient ?

5.1.1.2. ASPECTS ORGANISATIONNELS PÉRIPHÉRIQUES A LA RELATION MÉDECIN-PATIENT

	Problèmes	Suggestions/Propositions-Besoins	Moyens
MGC3	L'absence de communication entre la 1 ^{ière} et la 2 ^{nde} ligne nuit au suivi du patient. Cette situation est parfois imputée au fait que les médecins ne se connaissent pas. La situation s'améliore lorsque le contact est établi.	Améliorer le dialogue entre la première et la deuxième ligne (8, 11).	?
MGC4	Manque d'approche préventive	Mieux faire sur le plan de la prévention (5,11,15)	Via un meilleur financement de la 1 ^{ière} ligne (11)

5.1.2. RELATIONS MÉDECIN GÉNÉRALISTE-PATIENT

Les **dispositifs** peuvent être destinés **au patient et au médecin ou au médecin uniquement**. Il s'agit essentiellement de **dispositifs en amont de l'interaction tels que la formation ou l'éducation santé du patient**.

5.1.2.1. ACTIONS CIBLANT LES MÉDECINS ET LES PATIENTS, SELON LES MÉDECINS.

	Problèmes	Suggestions/Propositions-Besoins	Moyens
	Faciliter les échanges/le dialogue entre médecin et patient. Plus spécifiquement, Niveau 1 Améliorer la communication avec le patient (21,22) ou Niveau 2 Offrir la possibilité pour le patient de participer à la décision partagée (3,4,19) ou éclairée (20).		
MGD1	L'information sur internet peut être de mauvaise qualité (21)	Disposer d'une information fiable et à jour pour le patient (22) <u>ou</u> pour le patient et le généraliste (21).	via des sites web du type mongeneraliste.be ⁹⁰ (21,22) et un support papier (que le patient puisse relire) (21). A développer ? financer ? généraliser ? promouvoir ?

⁹⁰ Ce site, sur le plan de la présentation (la fonction de recherche), ne fait pas l'unanimité, notamment parmi les médecins néerlandophones.

MGD2	- Une partie des répondants présentait des pratiques peu partenariales, peu centrées sur le patient. Ceux qui présentaient les pratiques les plus partenariales avaient suivi des formations dans ce sens (Balint, Education du patient, accompagnement des assuétudes) - La logique paternaliste reste présente, chez certains médecins (« davantage chez les âgés » selon les plus jeunes) alors même que l'impulsion de plus de partenariat devrait provenir des médecins (19) [une idée également présente chez les patients] - (Trop) peu de cours sont consacrés à la communication avec le patient dans la formation initiale de médecin généraliste (22).	Accroître les compétences des médecins à « dialoguer avec le patient » . Il s'agit d'acquérir des compétences en matière de Niveau 1 - communication avec le patient (22) ou de Niveau 2 -décision partagée (3)⁹¹	Via la formation initiale ou continue - Former les futurs médecins à ces approches communicationnelles (N1) ou partenariales (N2), lors de la formation initiale (22). - Former les médecins déjà en place - Former les médecins à « utiliser les bons mots » avec le patient (formation continue) (21). Obstacle : Absence de valorisation du temps consacré à l'éducation du patient ou à la formation de collègues/confrères (20)
MGS3	Surconsommation des soins, d'examens et de médicaments (4,6). Ce comportement est perçu comme lié à la société néolibérale dans laquelle, la santé = un bien de consommation. (4). ? L'autonomisation croissante du patient et le risque d'autonomisme : qu'il ne consulte pas alors que c'est nécessaire (2,25). Voir aussi PGCM4	Accroître les compétences (ou les savoirs), des patients en matière de santé, y compris l'acquisition d'un esprit critique en matière de consommation de soins (4). Les objectifs, méthodes et contenus différents en fonction du type de pratiques du médecin. Contenu. Niveau 1. La connaissance de son corps et de certaines maladies (19) et acquisition d'un esprit critique concernant les (sources d') information (4). Niveau 2. Niveau 1 + des éléments de droits du patient et ce qu'est d'un comportement adéquat (pro-actif) vis-à-vis du généraliste (3).	Former les futurs patients à l'Education santé (3,4,19) à (3)/dès l'école (3,4) et tout au long de la vie (3,4,19) Qui ? Nécessité de formation de formateurs au préalable ? Quid des adultes ? Obstacle : Non-maitrise des langues véhiculaires par certaines personnes (23).
MGD4		S'assurer que le patient consulte lorsque c'est « nécessaire »(2,25). Opérationnaliser ce que « nécessaire » signifie. Obtenir des lignes directrices sur le rythme des consultations nécessaires chez le généraliste (25).	? Via une application gérée par le patient en routine et qu'il pourrait montrer au médecin. Cette application rappellerait la nécessité de consulter en cas de problème ou de consultations trop espacées. (25)

5.1.2.2 ACTIONS CIBLANT LES MÉDECINS UNIQUEMENT

	Problèmes	Suggestions/Propositions-Besoins	Moyens
MGM1	Les médecins se sentent démunis face à l'annonce de « mauvaises nouvelles » pour un diagnostic	Former les médecins à l'annonce de mauvaises nouvelles, particulièrement pour des	Formation ? Continue et initiale

⁹¹ Pas de détails fournis.

	« fort » et soudain, y compris pour l'accompagnement (émotionnel) du patient. Pour certains, une annonce en cabinet ne serait pas nécessairement mieux que la découverte d'une pathologie via autotest. (16)	« diagnostics fort et soudain », tels que celui du VIH (16) .	
--	--	--	--

Mémo Temporaire Relations Patient-Médecin.

Préoccupations :

- Dossier partagé (respect des droits du patient) mais qui ajoute une charge administrative
- Logique paternaliste des autres médecins (« âgés »), alors que le partenariat doit venir d'eux
- Surconsommation de médicaments, imputées à la société, aux médias (>< esprit critique)
- Autonomisation croissante du patient et risque qu'il ne consulte pas quand c'est nécessaire
- Automédication facilitée par les grands conditionnements de médicaments.

Suggestions/Propositions : Deux types d'objectifs sont visés (en fonction de l'approche plus ou moins partenariale du médecin) : l'amélioration de la communication et/ou de la possibilité pour le patient de participer à la décision. Les dispositifs suggérés sont :

1. Le plus cité: **L'Information et la formation des patients**
2. La **formation des professionnels**
3. L'accès à une **information fiable et à jour** (pour les patients et/ou le généraliste).

Obstacles à la mise en œuvre des Suggestions/Propositions :

- Lobbies politiques
- (Trop) peu de cours consacrés à la communication avec le patient en formation initiale
- (Parfois) Information de mauvaise qualité sur Internet
- Non maîtrise de la langue véhiculaire par le patient
- Absence de valorisation-temps (éducation patient, formation des collègues)



5.1.3. COLLABORATION MÉDECIN-PHARMACIEN

Seules des actions ciblant à la fois les médecins et les pharmaciens ont été émises.

	Problèmes	Suggestions/Propositions-Besoins	Moyens
MGC1	<i>Sur le plan des résultats, le réseautage (soit se connaître l'un, l'autre) ne semble pas être un préalable à la collaboration plus avancée. Par ailleurs, une pratique spécifique, l'accompagnement des traitements de substitution amène les pratiques plus partenariales (Or, elles sont centrées sur le patient). Les réunions annuelles ne semblent avoir que peu d'impacts sur les relations au quotidien → dans quel sens envisager l'amélioration de la situation ? Et si c'était la nécessité de collaborer dans une approche centrée sur le patient qui conduirait à l'amélioration de la collaboration.</i> Différents autres éléments relevés : - Méconnaissance de l'autre profession et des attentes à leur égard [que l'on retrouve chez les pharmaciens] - Certains pharmaciens interviennent de manière inadéquate dans le suivi des patients « pour faire de la médecine de mauvaise qualité » (3) - Certains médecins ne souhaitent pas davantage de contacts avec les pharmaciens et ne voient pas ce que les pharmaciens pourraient leur apporter Manque d'initiative en manière de collaboration médecin-pharmacien tant en formation initiale⁹² qu'en situation de travail.(17)	Temps 1. Intensifier la collaboration médecin-pharmacien: aller plus loin dans la collaboration (17, 24), la rendre effective (« passer d'informer à travailler ensemble » (24) : - Clarifier les rôles en particulier celui du pharmacien dans le suivi des patients (3) - Comprendre comment l'autre profession fonctionne (11) Temps 2. Visibiliser la plus-value de cette collaboration dans un second temps. <i>Nécessité d'investiguer ce qui dans la collaboration médecin-pharmacien mène à des relations plus partenariales ? En particulier, le lien avec les approches centrées sur le patient et le statut du réseautage → Besoin de recherche.</i>	Développer les formations réunissant les médecins et les pharmaciens (1,11,17) ☞ Pour les futurs professionnels, lors de la formation initiale à l'Université (17). ☞ Pour les professionnels en exercice. - Des réunions en présentiel qui réuniraient les deux professions (3,11,21,22) et pourraient en inclure d'autres (22). Modalités pratiques : un soutien financier, pour les professionnels en libéral, afin qu'ils puissent y participer pendant leur temps de travail (22) <u>et</u> un cadre institutionnalisé (3), sur base de la proximité géographique (3,11) <i>ou d'un problème de santé</i> (14). Contenus porteurs: quelques patients complexes et leur traitement (3,22), la révision des traitements (21), la résolution de problèmes pratiques (ex. la prescription électronique)(11), une mise à jour en matière de médicaments par le pharmacien (21). - Des contacts téléphoniques réguliers (2x/an, pas 1x/an ou lors de problème) pour faire le point (24) Obstacles : absence de rémunération (22) ; manque de proactivité des pharmaciens (24). Leviers: La reconnaissance du peu de collaboration par l'Ordre des pharmaciens (19)ⁱ, le cadre existant des concertations médico-pharmaceutiques (14), à élargir à une thématique plutôt que la seule proximité géographique (14)
MGC2	Les obligations du pharmacien en matière de secret professionnel/médical sont méconnues de certains médecins. Ceux-ci s'interrogent si vérifier les indications posent problème sur le plan du RGPD (10). [aussi chez les patients]	Communiquer à propos des obligations du pharmacien en matière de secret professionnel et de secret médical (10)	

⁹² Ce médecin a suivi récemment son cursus de médecine en France, cet élément serait à vérifier pour la Belgique (17).

Mémo temporaire Relations médecins-pharmaciens.

Mener des recherches cf. les dispositions actuelles tels que les concertations médico-pharmaceutiques sont mentionnés comme peu adaptés pour le tissu urbain de bxl. Le réseautage souvent présenté comme un préalable nécessaire à des collaborations plus avancé. Ce n'est pas ce qui est observé dans les résultats. Des tensions entre les deux professions sont palpables et rencontrer l'autre profession ne semble pas souvent constituer une priorité.

Des améliorations de dispositifs sont suggérés mais il est probablement prématuré de les mettre en place comme tels. En effet, beaucoup d'inconnues subsistent sur la forme que devrait prendre cette collaboration

Suggestions/Propositions :**1. Réunions médecins-pharmaciens, en présentiel, avec**

- Avec un financement pour les professionnels en libéral
- Dans un cadre institutionnalisé
- Sur base de proximité géographique ou d'un problème de santé

Afin de clarifier les rôles (reconnaitre les compétences des pharmaciens, « sans qu'ils ne fassent de la médecine de mauvaise qualité »), *comprendre comment l'autre fonctionne.*

Contenus porteurs: quelques patients complexes et leur traitement, revoir les traitements, résolution de problèmes pratico-pratiques (ex. prescription électronique), mise à jour concernant les changements en matière de médicaments.

2. Contacts téléphoniques plus réguliers**Obstacles à la mise en œuvre:**

- Absence de valorisation pour ce type d'activité
- Manque de proactivité/initiative des pharmaciens

5.1.4. SUGGESTIONS/PROPOSITIONS RELATIVES AUX RELATIONS PATIENT-MÉDECIN-PHARMACIEN

Certains **constats, préoccupations voire des Suggestions/Propositions** sont émises pour le trinôme patient-médecin-pharmacien, en se focalisant sur la **relation pharmacien-médecin.**

	Problèmes	Suggestions/Propositions-Besoins	Moyens
MGT1	<i>Les avances de médicaments en l'absence de prescription, par le pharmacien, sont critiquées (15,19) ; elles entravent le suivi régulier du patient atteint de maladie chronique.</i>	Davantage de référencement vers le médecin est préconisé (15).	??
MGT2	Exception au point précédent : la réticence de certains pharmaciens à avancer la contraception ou à délivrer la pilule du lendemain, sans même en avoir vérifié l'indication (19) et sans référencement. Celle-ci est critiquée pour les conséquences sur le patient (grossesse non désirée, IVG).	? <i>Aucune suggestion n'est formulée dans ce cadre.</i> <i>Mener une réflexion sur la thématique, une sensibilisation des pharmaciens ?</i>	?



MGT3	La délivrance de petits conditionnements de Diclofénac® et de Pantomed® sans ordonnance , est problématique. Certains pharmaciens ne semblent pas tenir compte du fait que le Pantomed réduit l'absorption de la moitié des médicaments (19).	?	?
MGT4	Le manque de proactivité de la part du pharmacien dans les activités qu'un centre multidisciplinaire organise à destination des patients est regretté (24).	Prendre plus d'initiatives pour des informations au patient (ex. : la proposition de thématiques comme la péremption des médicaments). Actuellement, cette formule existe mais elle est à l'initiative de l'infirmière.(24)	
MGT5	Certains se prononcent en faveur de l'investissement par le pharmacien d'un rôle de « conseiller » en médicaments auprès du patient. (14). <i>D'autres ne le souhaitent pas (16,20)</i>	Préciser ce qui est attendu par « conseil ». cf.il s'agit d'un des vocables qui ne recouvrent pas une représentation partagée. Accompagner le changement de rôles, via: -la formation des pharmaciens, puis -la sensibilisation des médecins et du grand public ?	

Mémos- Temporaire Relations patients-médecins-pharmaciens

Suggestions/Propositions :

Un cadre à préciser pour que le pharmacien puisse être davantage un conseiller en médicament (!!! Certains n'en veulent pas. **Raisons invoquées** : manque de formation et espace inadéquat (20)).

Obstacles/difficultés-éléments de crispation :

- Les avances de médicaments. A l'exception de la contraception et pilule du lendemain, pour lesquelles, c'est l'absence d'avance qui est critiquée.
- « Manque de proactivité, d'initiative » du pharmacien dans les activités à destination des patients.
- La délivrance libre de petits conditionnements de Diclofénac/Pantomed, sans ordonnance (dangereux si le pharmacien ne prend pas en considération la réduction de l'absorption de certains médicaments).



5.2. SUGGESTIONS/PROPOSITIONS POUR AMÉLIORER LES RELATIONS DANS LE CONTEXTE DES AUTOTESTS A VISÉE DIAGNOSTIQUE (ATVDS)

Taux de réponse : 22 Sur 25 (pas de réponse de : 4, 8,12)

5.2.1. ASPECTS TECHNIQUES (& ORGANISATIONNELS)

	Problèmes	Suggestions/Propositions-Besoins	Moyens
MTT1	<i>Les médecins espèrent que la fiabilité des tests est « bonne », mais ils ne disposent pas d'informations sur celle-ci.</i>	Assurer la fiabilité des ATVDS sur le plan technique (3,11,16,17), particulièrement ceux qui sont utiles pour augmenter la couverture de certains dépistages (11), une fiabilité semblable à un test de Labo (16)	- Faire des études de fiabilité par d'autres organismes que l'industrie pharmaceutique et dans des contextes variés. (3)
MTT2	Risque de creuser les inégalités de santé de par leur coût (14).	Assurer l'accessibilité financière et un accès équitable (7,14) aux ATVDS.	Une régulation (14)/ remboursement par la mutuelle (7,14) ⁹³ . Certains conditionnent le remboursement à une consultation chez le médecin, <u>après</u> avoir réalisé le test (14). Obstacles : la charge administrative pour le médecin et le positionnement de l'INAMI, inconnu (7)

5.2.2. RELATIONS PATIENT-MÉDECINS-PHARMACIENS

5.2.2.1.CONTEXTE OU SYSTÈME

	Problèmes	Suggestions/Propositions-Besoins	Moyens
MTC1	L'obligation de consulter pour obtenir une prescription ralentit la prise en charge du problème. Ce n'est pas indispensable en cas de problème diagnostiqué et récurrent.	Permettre au patient une autonomie dans la gestion de problème de santé diagnostiqué et récurrent , telles que les infections urinaires (19)	Développer des procédures. Cela passe aussi par une meilleure collaboration médecin-pharmacien afin que le pharmacien puisse avancer certains médicaments, en accord avec le médecin (19)

⁹³ Fondamentalement pour moi ce qui est le plus important et qui risque de ne pas arriver c'est ce que c'est que l'accès soit équitable. Donc, voilà, on prévoit toute une série de mécanismes pour que les médicaments soient accessibles, en principe, à tout le monde et on voit déjà que dans la réalité ce n'est pas le cas. Et là, on ajoute des instruments de santé qui échappent à cette régulation. (Nathan MG14).



5.2.2.2. RELATIONS AVEC LE PATIENT

5.2.2.2A ACTIONS CIBLANT LES PATIENTS

	Problèmes	Suggestions/Propositions-Besoins	Moyens
Être accompagné : recevoir une « bonne information »			
1/En amont de la réalisation d'un ATVD : lors de l'achat ou lors de la proposition de réaliser un test			
MTP1	Risque que le patient ne dispose pas de l'information nécessaire avant de réaliser l'autotest. Crainte que le pharmacien ne donne pas un avis honnête sur l'utilité des ATVDs (23,24).	1/Être informé sur : 1) quand et à quel moment réaliser le test (15); 2) la lecture et l'interprétation des tests (afin de prévenir l'anxiété) (1,9,11,20); 3), la fiabilité des autotests (9,16,24). Cette information se doit être honnête (24). Note. Certains médecins précisent qu'ils ne savent pas si tous les patients peuvent comprendre les notions de faux-positifs, faux-négatifs. Mais ils l'expliquent à leurs patients et ce sont des infos que les patients attendent (16)	Qui ? pas de consensus: Ne sait pas (9), Le pharmacien (sous-entendu ?), Pas de consensus sur le rôle du médecin : Pour certains (20), au médecin ou à un infirmier de communiquer l'information (la pharmacie ne s'y prête pas et la commercialisation en pharmacie n'a pas de sens). Pour d'autres, le médecin ne doit pas accompagner sa réalisation, sinon l'autotest perd son sens (11)
MTP2	Crainte de la réaction du patient face au résultat (anxiété, acte désespéré, déni)	2/ Disposer d'informations pour savoir quelles suites donner en fonction du résultat du test (10,15,16,17,25) (positif/négatif, les traitements possibles, les sites fiables...). Ce qui est d'autant plus important que la maladie est « grave ». ex. VIH (16)	Via des arbres décisionnels et des fiches d'infos à destination des patients (25) Via un site web relié à l'ATVD (16)
MTP3	Crainte que la personne ne consulte pas. Nécessite d'encourager la prise en charge en cas de test positif (10,11, 15,17)	Être invité à consulter un médecin si le test est positif (10,15,17) , ce qui implique de savoir qui appeler (17), que la personne en soit informée	Via une inscription en grand sur la notice (10), une brochure, une application sur le smartphone (15) Via une liste de coordonnées de médecins, de services d'appel ou d'urgences communiqués par le pharmacien lors de l'achat. (17)
2/En aval de la réalisation de l'ATVD : ne pas être laissé seul face à son résultat, être encouragé à embrayer vers la prise en charge si le test est positif (11,15)			
MPT4	Crainte de la réaction d'un patient laissé seul face à son résultat	Recevoir une aide pour la lecture du test (11,13)	Qui ? pas précisé. Mais « pas le médecin parce qu'alors l'ATVD n'a pas de sens » (11)
MTP5	?	1/Être invité à parler au médecin généraliste d'un ATVD réalisé, quel que soit le résultat (10).	Via des posters dans les salles d'attente. Obstacle : veiller à ce que cela n'incite pas le patient à les utiliser. (10)
MTP6	?	2/Pouvoir déterminer quand il y a lieu de consulter (1)	Via l'éducation du patient en amont (1)



Autres			
MTP7	Risque de surconsommation, d'abus d'ATVDs (9).	Prévenir la surconsommation (9)	Réflexion. Le moyen ne peut être une prescription , parce que « le but est précisément de pouvoir passer au-delà du médecin » (9)
MTP8	Risque d'autonomisme, que le patient ne consulte plus le médecin, ce qui risque d'être préjudiciable à sa santé	L'ATVD contribue à l' <i>empowerment</i> des patients (= une « évolution naturelle positive »). Toutefois, les patients doivent consulter de temps en temps afin de ne pas passer à côté de qqch. (2)	Via le pharmacien qui est le lien médecin-patient Préalable. Le renforcement de la collaboration médecin-pharmacien (2)

5.2.2.2B ACTIONS CIBLANT LES DEUX PROFESSIONNELS (MÉDECINS GÉNÉRALISTES & PHARMACIENS)

	Problèmes	Suggestions/Propositions-Besoins	Moyens
MTD0	« ATVD » évoque également d'autres dispositifs que les tests commercialisés en 2016 (des tests commercialisés en grande surface et les tests en monitoring, initiés par le médecin)	Veiller à préciser ce qui est entendu par ATVDs afin d'éviter toute confusion.	
MTD1	La mise sur le marché des ATVDs ne s'est pas accompagnée de l'information sans information/formation du personnel médical et paramédical (y compris le personnel d'accueil). Pour l'ATVD VIH, les intervenants tels qu'ex-aequo sont mieux formés et plus appropriés que les pharmaciens. (19) La méconnaissance (existence, variété, caractéristiques) des ATVDs par les professionnels (des médecins, pharmaciens, paramédicaux) conduit à un manque d'accompagnement du patient. Le patient risque d'autant plus de réagir négativement suite à la réalisation d'un test (19,20).	Informers les professionnels de l'existence des ATVDs, de comment cela fonctionne et au minimum, de leur fiabilité (1) Voir aussi MTMP2, concernant les médecins & MTCF1, concernant les pharmaciens	Via des brochures, qui remettent dans le contexte (1)
MTD2	?? - Absence de transparence sur ce qui est réalisé par les pharmaciens dans le cadre des ATVDs. Suspicion ou Crainte que le pharmacien se substitue au médecin. - Crainte que le patient ne consulte pas.	Accroître l'accessibilité physique des ATVDs et « optimiser » les modalités de suivi (15,25) Définir les étapes d'accompagnement en fonction de l'EBM (en amont, lors de l'achat et en aval) : ce qu'il y a lieu de faire sur le plan de l'information, la communication d'adresses de médecins disponibles en cas de résultat positif par le pharmacien, puis un suivi assuré par le médecin (25)	Mettre à disposition les ATVDs dans la salle d'attente des MG, afin d'optimiser la possibilité de suivi (15) ? ?



MTD3	<i>Crainte de la réaction du patient face à un test positif particulièrement en cas de « diagnostic fort »</i> <i>Manque d'accompagnement, lié notamment à la méconnaissance (voir MTD1)</i>	Assurer une « prise en charge » rapide pour les ATVDs positifs, à diagnostic fort (16, 18) Assurer un accompagnement du patient, afin qu'il ne soit pas seul face au résultat (15)	Préalable : une bonne collaboration médecin-pharmacien pour garantir ce suivi : le référencement (16,18) ; y compris une clarification des rôles (15) [VIH-ATVD] : doit faire partie d'un trajet de soins. Le pharmacien doit fournir les informations au patient et référer vers le médecin. Le patient qui a un résultat positif doit être vu par un médecin le jour même (18). → Comment ?
------	--	---	---

5.2.2.2C ACTIONS CIBLANT LES MÉDECINS

	Problèmes	Suggestions/Propositions-Besoins	Moyens
Information concernant les ATVDs			
MTMP1	Les médecins ne connaissent pas l'existence des ATVDs et risquent d'être pris au dépourvu face à un patient qui a réalisé un ATVD	Être informé de l'existence des ATVDs (6,14) pour savoir comment réagir face au patient⁹⁴ (6)	Via des séances d'information, des supports papier, des affiches (6) Par le pharmacien (MTF1) ou les autorités médicales (6)
MTMP2	Les médecins méconnaissent les ATVDs (19). Les ATVDs ont été commercialisés sans être accompagné d'un dispositif d'information, de formation à destination des médecins (6,19,20) et des paramédicaux (19). Par conséquent, ils sont dans l'impossibilité de : répondre en connaissance de cause aux patients (2,19,22), de faire un tri entre les tests (11), mettre le résultat à l'ATVD en perspective en fonction des groupes à risque (faux positif, faux négatif) (19), travailler dans l'optique du triangle patient-EBM-médecin (incluant spécificité, sensibilité) (3) ou encore, vérifier et communiquer des alternatives aux patients (23).	Être informé sur les ATVDs (2,3,10,11,15,17,19,22,23,25), plus particulièrement sur : -la fiabilité : la sensibilité et la sensibilité (2,3,10,11,15,17,19,22, 25), y compris le taux de faux négatifs (25). -comment l'utiliser (22), le prélèvement nécessaire pour chaque test (7) -le prix (18) -le mécanisme d'action/ce qui est testé (11,15,17, 22), à quoi il sert (22) -le groupe cible (15)/les indications (17) -les différentes prises en charge possibles (10,15), si le test est positif -ceux qui sont « bons »/validés (qualité, fiabilité, pertinence, utilité), avec le soutien de sources	Via des fiches-papier comme celles de Farmaka faisaient (2) Via le renforcement du partenariat médecin-pharmacien et le partage de l'information du pharmacien « qui connaît peut-être mieux les ATVDs dans la mesure où il les vend »⁹⁶ (17) Via un site web facile à utiliser, par pathologie, avec une fonction recherche, dans différentes langues, à destination des médecins et des patients (23), un site web ou une app qui donne une info sur la fiabilité quand on tape le nom du test (ne pas aller dans les détails) (24) Via une formation, sur le lieu de travail (centre médical) (22)

⁹⁴ C'est surtout l'information et si nous on n'a pas l'information... parce que mes collègues et d'autres collègues que j'ai appelé, ils n'étaient pas plus au courant par rapport à tout ça pour les patients.

I : Du fait que ça existe et de ce que ça mesure, etc. ?

Hm, hm. (Florian, MG6)

⁹⁶ Peut-être que les pharmaciens, justement seraient être plus à même de nous aider si c'est eux qui les vendent, ils connaissent peut-être mieux voir leurs tests et leur fiabilité. (Roseline, MG17)



	De plus, certains craignent que le pharmacien ne donne pas d'avis honnête sur l'utilité des ATVDs.	fiables tels que le Centre belge d'information pharmacothérapeutique (CBIP) et les sociétés scientifiques de médecins (23). Pour s'en faire une idée et pour pouvoir en parler en connaissance de cause avec le patient ⁹⁵ .	
MTMP3	La personne n'écoute plus quand elle reçoit une mauvaise nouvelle(22).	Être outillé en vue de donner de l'information au patient, après qu'il ait réalisé un autotest (22)	Via une brochure reprenant de l'info communiquée, adaptée y compris à ceux qui ne maîtrisent pas la langue véhiculaire (22)
MTMP4	?	Creuser le pourquoi de cet achat. Essayer de déterminer ce qui a poussé le patient à réaliser un ATVD. A-t-il une question particulière ? de l'anxiété ? (13)	?
MTMP5	Absence de vision sur la connaissance et l'utilisation des ATVDs par les patients (13,14)	Savoir dans quelle mesure les patients connaissent les ATVDs (et ce qu'ils en pensent) (10)	Diffusion des résultats de recherche ?

5.2.2.2D. ACTIONS CIBLANT LES PHARMACIENS

Concernant les actions ciblant les pharmaciens, certains médecins soulignent les **barrières à lever pour parvenir à ce type d'approche et soulignent que** « Tous les pharmaciens ne seront pas motivés ». Aussi, ils (1,2,3,6,10,11,17) forment plutôt des Suggestions/Propositions qui **pourraient** être mises en place, par ceux qui souhaitent travailler dans cette perspective, soit « **une partie** d'entre eux ». Selon ces médecins, les autotests pourraient être une opportunité pour aller au-delà d'un rôle de dispensateur de traitements prescrits et jouer un rôle plus actif auprès du patient. La nature de ce qui **pourrait** être mis en place pour les uns, ne diffère pas fondamentalement ce qui **devrait** (5,18,19,21,22,23,24,25) être mis en place pour les autres. Ces barrières sont également partiellement communes, à savoir: le temps nécessaire, le respect de la vie privée, la motivation du pharmacien à expliquer, l'absence de souhait de l'acheteur d'ATVD d'en parler, le fait de poser des questions et discuter peut-être perçu comme intrusif et malvenu dans le cadre d'une vente libre, la confidentialité, les conflits d'intérêt, les compétences nécessaires. Les éléments qui **pourraient** être mis en place qui se distinguent avec ceux qui le devraient sont mentionnés dans le tableau ci-après, en grisé.

➔ Question : Si une partie seulement des pharmaciens développe cette activité... comment le patient peut-il faire la distinction entre ceux qui travaillent de la sorte et ceux qui dispensent sans information ? Créer un label pharmacien-partenaire ? Octroyé par qui ? Affiche à destination du patient spécifiant que le professionnel travaille dans cette perspective ? La question se pose aussi pour les autres professionnels. Du moins aussi longtemps que les pratiques partenariales ne sont pas un courant dominant. ←

⁹⁵ Si c'est sensible et spécifique. Moi j'aimerais savoir quoi ! Comme cela, si les gens viennent je peux leur répondre : « Oui mais bon c'est... pas très spécifique » ou je ne sais pas, moi. (Bluette, MG2)



	Problèmes	Suggestions/Propositions-Besoins	Moyens
0.Préalable			
MTCF1	- Lors de la commercialisation des ATVDs, certains pharmaciens n'étaient pas formés aux ATVDs. Ils n'étaient, par conséquent, pas en mesure d'expliquer à un patient qui demande un ATVD ou d'accueillir adéquatement un patient qui revient avec un test positif ou douteux (cf. réactions appropriées, réseau de médecins permettant de référer, confidentialité). (19+ résultats de recherche) - Les intervenants (tels que Sida'SOS-ex aequo) étaient mieux formés et plus adéquats (19).	Assurer la formation des pharmaciens concernant les ATVDs (19), sur les aspects techniques (y compris les groupes-cibles pour chaque ATVD) et communicationnels (y compris la gestion d'une mauvaise « nouvelle ») (22)	?
1.Lors de l'achat :			
MTCF1	- Risque que les personnes qui réalisent l'ATVD ne fassent pas partie du groupe-cible. Pourtant, si les ATVDs sont réalisés par le bon public, cela accroît la pertinence en matière de santé publique et limite de travail de « <i>rassurance</i> » du médecin. - Conflit d'intérêt chez les pharmaciens (3), certains risquent de favoriser la vente.	Penser les campagnes d'information sur les ATVDs en fonction de différents groupes-cibles Vérifier l'indication, (5,21), être prêt à poser les questions (Pourquoi ? Qu'est-ce qu'il a fait d'autre ? Combien il en a fait ?) (21), parler au patient afin de connaître sa motivation à acheter le test (10) Vérifier si la personne fait bien partie du groupe-cible (3,18)	Par le pharmacien lors de la demande (3,18) Préalable : la formation des pharmaciens, disposer d'une technique de communication pour vérifier. Obstacle : - Poser des questions lors d'une vente libre peut-être perçu comme malvenu et intrusif (10,11). Comment faire pour que cela soit légitime ? sans qu'il n'y ait demande/question du patient ? +les obstacles communs avec les informations en officine voir catégorie ci-après.
MTCF2	- Les ATVDs peuvent permettre aux personnes de (re)nouer avec la médecine, à condition toutefois de veiller à leur bonne utilisation et d'éviter les dérives liées à l'autonomisme (automédication) - Crainte que le patient ne reçoive pas les informations concernant la fiabilité, l'indication, etc. lors de l'achat (19,20)	Inform (5,6,10,11,17,21,22) ou expliquer (1,21,18,25) à/au patient afin de veiller à une bonne utilisation de l'ATVD: le public cible (21), l'indication (3,22), ce que le test mesure (1,6), comment le réaliser (1,5,6), quand consulter le médecin (21), la fiabilité (17) la lecture et l'interprétation du test (3,21), que faire après (5-y compris quand refaire le test,21) en fonction du résultat (1,6), référer vers le médecin (1,6,24-dès la	Via une information transmise oralement au patient par le pharmacien (5,10,17,21), qui prend le temps: - de donner l'information parfois à plusieurs reprises (jusqu'à ce que le patient ait compris) et de répondre aux questions (17)



	- Opportunité pour le pharmacien de dépasser le rôle de dispensateur de traitements prescrits et de jouer un rôle plus actif auprès du patient. Changement de rôle pouvant ou devant être mis en œuvre. Pouvant = perception des barrières.	demande et quel que soit le résultat) et motiver le patient à consulter (2).	- donner un support écrit qui récapitule l'info communiquée pour que le patient puisse relire (21) - communiquer les coordonnées d'un médecin, d'un service d'appel ou d'un service d'urgence lors de l'achat (17,25). Via une app, [pas de précision de qui l'utilise] (25).
MTCF2bis	Risque d'introduire de la confusion (11,24) chez le patient si le discours des médecins et pharmaciens divergent (arguments financiers du pharmacien >< arguments scientifiques du médecin) et par conséquent, d'entraîner une perte de confiance (11)	Parler le même discours que le médecin : ne pas essayer d'en vendre le plus possible (24)	Préalable : Une bonne collaboration médecin-pharmacien (18) et la formation des pharmaciens aux ATVDs et aux aspects communicationnels.
2. Après la réalisation du test			
MTCF3	- Crainte pour certains patients de ne pas pouvoir lire le résultat (11), de céder à la panique (11) ou de ne pas consulter (20) ou Crainte que le patient fasse l'expérience de réactions inadéquates de la part des pharmaciens - Avec le système d'ATVD, la personne se rend d'abord en officine (5), elle n'a pas d'autre interlocuteur que le pharmacien (17) - <i>Crainte que les pharmaciens ne vendent les ATVDs n'importe comment et à n'importe qui ainsi que des « solutions » en fonction du résultat au test.</i> (22)	Assurer « le service après-vente » d'un test (5,11,17,19,22,25) : - Aider à l'interprétation⁹⁷ (11), accueillir (22), rassurer/soutenir (11) y compris sur le plan émotionnel (5). Être prêt à recevoir un patient dont l'ATVD est positif (5) - Référer vers le médecin (5,15,20,22,24) en cas de test positif. [Pas de consensus] Certains soulignent qu'il s'agit de ne pas initier un traitement (15), ou encore, que le pharmacien doit le faire systématiquement même s'il pense qu'il y a une indication pour le test en fonction des plaintes du patient (24)	Obstacles : - Confidentialité en officine (5,21,22). Nécessité d'avoir un local adéquat (18) ; -Nécessite de prendre du temps. 10-15minutes (18, 21). -Nécessité de s'y retrouver financièrement (18). -Conflit d'intérêts entre vente et conseil (9), → Comment impulser le changement dans le sens de conseiller ? Moyens prônés pour lever les obstacles : - Au pharmacien de trouver une solution (5) - Faire de la consultation courte, une obligation légale (25)
MTCF4		Jouer un rôle proactif lorsqu'une prise en charge rapide est nécessaire (ATVD-VIH) (19) Préalable : connaître le réseau de prise en charge du VIH(19).	

⁹⁷ Je ne suis pas sûr que tout le monde soit capable de recevoir ce résultat sans paniquer sans faire n'importe quoi. Donc je crois qu'il faudrait pouvoir le lire avec eux. Et pour moi si le résultat est lu de manière convenable avec le pharmacien, moi ça m'irait très bien. Je pense qu'il y en a beaucoup qu'il faut accompagner. Je pense ces choses il faut pouvoir le lire avec. Juste vendre l'autotest et dire "ben vous vous débrouillez", ça me paraît compliqué. Ou bien expliquer déjà à l'avance les tenants et aboutissants du test. (Kevin, MG11).



5.2.2.3. COLLABORATION MÉDECINS-PHARMACIENS

5.2.2.3A. ACTIONS CIBLANT LES DEUX PROFESSIONNELS

	Problèmes	Suggestions/Propositions-Besoins	Moyens
MTC1	-Les ATVDs sont générateurs de tensions voire de suspicions. « Certains pharmaciens voudront en vendre beaucoup, ce qui irritera certains médecins, pensant qu'ils veulent se substituer à eux ». (2,3). -L'exposition du patient à des discours contradictoires du médecin et du pharmacien risque de lui faire perdre confiance en les professionnels de santé (11)⁹⁸. - Le patient par définition ne passe pas par médecin dans le cas d'un ATVD (17) -<i>Crainte de la réaction (de panique) du patient face au « résultat de son test ».</i>	Renforcer le partenariat médecin-pharmacien (6,11,17,18,19,25), afin que le patient : - bénéficie d'une explication concernant l' ATVD (17), - soit exposé à un discours commun (6,11) - reçoit un accompagnement post-test : gérer la panique (11,25), lien vers une prise en charge médicale lorsqu'elle est nécessaire (2,5,17,18). Préalable : lever les craintes, dissiper les tensions: - Partager leurs craintes réciproques par rapport aux ATVDs pour se rassurer, savoir comment fonctionner (11) -Clarifier les rôles du médecin et du pharmacien cf. qui fait quoi ? quand ? (3,9,11)	Via Des ateliers en petit nombre regroupant médecins et pharmaciens sur une base géographique, avec une base scientifique solide pour donner envie de collaborer (18), en partageant leurs craintes réciproques par rapport aux ATVDs (11) Via des arbres décisionnels et beaucoup de communication, comme « garde-fou » ! (20). Condition : que les ATVDs soient EBM (18)
MTC2	?	Intensifier la collaboration patient-médecin-pharmacien, en y injectant plus de souplesse: - Que le pharmacien se sente libre de contacter le médecin en cas de résultat positif, ou d'urgence (VIH) (19) - Qu'avec l'accord préalable du médecin, le pharmacien puisse délivrer certains médicaments à certains patients, pour un problème diagnostiqué et « détecté » par un ATVD (ex. infections urinaires pour une patiente qui se connaît bien) (19).	?

⁹⁸ Mais ça pourrait être une cata qu'un pharmacien conseille un autotest et que le médecin après ça, il se dit mais c'est n'importe quoi cet autotest. Et donc il a deux avis d'experts différents qui sont coacteurs. Et donc on arrive vite à une catastrophe pour le patient. (Kevin, MG11)



5.2.2.3B ACTIONS CIBLANT LES PHARMACIENS

	Problèmes	Suggestions/Propositions-Besoins	Moyens
MTF1	<i>Les médecins méconnaissent les ATVDs. Or, « les pharmaciens connaissent les ATVDs dans la mesure où ils les vendent » (17) ⁹⁹</i>	Donner des informations aux médecins concernant les ATVDs, leur fiabilité (17)	

5.2.2.3C. ACTIONS CIBLANT LES AUTRES PROFESSIONNELS

	Problèmes	Suggestions/Propositions-Besoins	Moyens
MTA	Le personnel paramédical est souvent en première ligne lorsque le patient arrive avec son autotest. Or, il n'est pas formé. (19). Le patient qui a réalisé un test doit pouvoir être reçu adéquatement quel que soit la personne qui le reçoit dans les centres de soins, cabinets etc.	Informé le personnel paramédical sur les détails pratiques (y compris le personnel d'accueil du planning familial et des maisons de santé) (19)	

5.3. RECHERCHE

	Observation-Problèmes	Suggestions/Propositions-Besoins
FTR1	<i>Une situation, l'accompagnement dans le cadre des traitements de substitution, conduirait à des pratiques (il s'agit d'une approche centrée sur le patient). Le réseautage (le fait de se connaître) n'est pas un préalable à des pratiques plus collaboratives. Or, certains dispositifs se basent sur le développement de la relation (ex. concertation médico-pharmaceutique) d'autre sur des dynamiques centrées sur le patient (COME-ON). Il serait dès lors pertinent de déterminer l'efficacité d'un dispositif ou l'autre afin de promouvoir celui-ci.</i>	Mener des recherches afin de mieux comprendre l'articulation entre approche centrée sur le patient et le développement de la collaboration médecin-pharmacien. En particulier, - dans quelle mesure les pratiques plus centrées sur le patient conduisent à développer davantage la collaboration médecin-pharmacien ? - dans quelle mesure certaines approches sont-elles plus promptes que d'autres à développer des approches interprofessionnelles plus partenariales ? Quels sont les éléments qui président à ces approches (la posture initiale du soignant ? la structure d'accompagnement, ...)
MTR1	<i>Ceux qui présentent des pratiques plus partenariales avaient été formés dans ce sens. Quoique cela ne suffise pas.</i>	Mener des recherches sur ce qui amènent les soignants à se former à ce type d'approche et à les mettre en œuvre.

ⁱ Il n'y a pas énormément de contacts. On avait eu un séminaire. On avait invité à un séminaire un des membres de l'ordre des pharmaciens, qui lui disait : « effectivement, c'est délétère pour le patient, cette non-relation, vu qu'il n'y a plus de relations ». Alors, qu'on sur-collabore avec les kinés, les ostéos, les infirmières sociales, les infirmières « tout court », les assistantes sociales, des psychologues, les psychiatres, les machins, les na na na ». Pour le vraiment thérapeutique, il n'y a quasiment pas de... à part les pharmaciens que l'on connaît depuis 10 ans. (Sybille, MG 19)

⁹⁹ >< MTCF1 (19) : les pharmaciens ne sont pas les plus compétents → former les pharmaciens en préalable.



III. PARTIM PHARMACIENS D'OFFICINE

1 - PRÉSENTATION DE L'ÉCHANTILLON

Parmi les 19 personnes qui nous ont contactés en vue d'une interview, 17 ont été rencontrées. Deux n'ont pu faire partie de la recherche : l'une n'étant plus disponible lors de la prise de rendez-vous ; l'autre souhaitant être rémunérée pour participer à la recherche. Parmi les 17 interviews menées, un enregistrement était défectueux. L'interview n'a pu être considérée. La durée moyenne de l'entretien était de 69minutes [33min ;121min].

Notre échantillon final comportait **16 pharmaciens** exerçant tous en Région de Bruxelles-Capitale. Il se compose de :

- 7 hommes (1,2,9-11,14,16¹⁰⁰) et 9 femmes

- 14 francophones et 2 néerlandophones (15, 16).

- Tous exerçaient dans une seule officine, quoiqu'une pharmacienne preste occasionnellement dans d'autres officines (12). Quatorze exerçaient dans des équipes, composées de pharmaciens et d'assistants en pharmacie (n=12) ou uniquement de pharmaciens (n =2 ; 1,6). Deux autres (9,13) exerçaient seul ou à deux. Enfin, 9 exerçaient dans une officine indépendante tandis que 7 exerçaient dans une chaîne de pharmacies (3,4,5,7,11,15,16).

- L'expérience professionnelle moyenne¹⁰¹ est de 18.53 ans ; l'expérience de la plus courte étant de 5 années et la plus longue étant de 42 années. Aucun ne dispose de moins de 5 ans d'expérience. Huit sont très expérimentés et disposent de 20 années d'expériences ou plus (2,3,4,6,10,13,14,16). Quatre (5,7,8,11) disposent d'une expérience supérieure ou égale à 5 ans et inférieure à 10 ans, trois autres d'une expérience supérieure ou égale à 10 ans mais inférieure à 10ans

- 2 pharmaciens¹⁰² (6,9) ont été formés à des approches participatives avec le patient¹⁰³ (une formation d'animateur et un master en pédagogie ou un certificat universitaire en soins pharmaceutiques), 4 autres rapportent avoir suivi un ou des modules de « communication » avec le patient parfois avec une composante qualifiée de « commerciale » (11,13-16). Sept rapportent ne pas avoir reçu une information de ce type (1-5,7,12,14).

- 8 pharmaciens¹⁰⁴ (3,4,5,7,10,11,13,15) mentionnent ne pas avoir participé à une formation (ou d'une rencontre) associant médecins et pharmaciens tandis que 4 (1,6,12,16) y ont participé. L'un d'entre eux (1) a organisé ce type de rencontre.

- 6 pharmaciens¹⁰⁵ proposent des remèdes naturels (7,8,10,12,13,14), de la phytothérapie (7,10,12,14), des huiles essentielles (13, 14), l'homéopathie (8), les fleurs de Bach(14). 5 ne les proposent pas (1,3,6,9,11) voire y sont réticents (1,9).

Dans trois cas, l'interview s'est déroulé partiellement en présence d'un confrère (2,9) ou d'un stagiaire (6). Ces derniers sont parfois interpellés lors de l'interview, essentiellement pour fournir des précisions.

Notre échantillon se compose de pharmaciens expérimentés, travaillant pour la plupart dans une seule officine. La moitié a été formée à des approches communicationnelles avec le patient (dont deux à des approches de type participative). Un quart a participé à des rencontres associant médecins et pharmaciens.

¹⁰⁰ Ces nombres correspondent au numéro du répondant.

¹⁰¹ Taux de réponse : 15 sur 16. Information manquante pour : 15

¹⁰² Taux de réponse : 14 sur 16. Information manquante pour : 8,10

¹⁰³ Formation d'animateur de l'association de pharmacien et un master en pédagogie ou un certificat Universitaire en soins pharmaceutiques

¹⁰⁴ Taux de réponse : 12 sur 16 (pas de réponses : 2,8,9,14).

¹⁰⁵ Taux de réponse : 11 sur 16 (pas de réponses pour 2,4,5,15,16)

2 – ANALYSE DES RELATIONS ACTUELLES

Dans le cas d'un pharmacien (FA13), il manque d'information pour attribuer un type de pratique. Dès lors, les résultats présentés dans cette section concerneront ces 15 confrères.

2.1. PRATIQUES AVEC LE PATIENT

2.1.1. TYPOLOGIE DE PRATIQUES PATIENT-PHARMACIEN

Ces résultats ne doivent pas être lus en termes de proportion dans la population des médecins généralistes de la région de Bruxelles-Capitale. Le nombre de médecins est néanmoins indiqué à des fins d'information et de facilitation de la lecture. Concernant la présentation des résultats, la pratique habituelle présentée comme la plus avancée est codée comme « pratique principale », suivant le même principe de présentation des résultats que les médecins. S'il s'avère que le professionnel présente différents types de pratiques, les autres sont reprises dans les variations.

2.1.1.1. TYPE PRINCIPAL DE PRATIQUE

Douze pharmaciens présentaient comme type de pratique principal, des pratiques de type « activité-passivité » (Type1), parmi lesquels la moitié transmettait de l'information sans expliquer le pourquoi (Type 1.1), les raisons et l'autre moitié en précisait les raisons (Type 1.2). Un autre pharmacien présentait des pratiques de type « guidance-coopération » (Type 2), il explore les savoirs ou savoir-faire préalables. Enfin, deux pharmaciens présentent des pratiques principales de type partenariat mutuelle (Type 3), avec des éléments d'aide à la décision, en outillant les patients sans se substituer à eux.

Chez certains pharmaciens de Type 1 (5,7,8,11,14,16) et de Type 2 (2), cette transmission d'information n'est pas systématique. Elle est subordonnée à : la demande et la disponibilité du patient (7,11 -Type 1.1. & 14,16-Type 1.2), le souhait du patient suite à la demande du pharmacien-(5-Type 1.2 ;2-Type 2), au lancement d'un nouveau traitement (8-Type 1.1) ou encore, à l'existence d'une prescription (5-Type 1.2).

A l'instar des médecins, ceux qui présentent des pratiques plus partenariales sont aussi ceux qui ont suivi une formation à des pratiques plus partenariales avec le patient (master en pédagogie, certificat en soins pharmaceutiques) (6,9)

Les deux tendances observées chez les médecins sont également présentes parmi les pharmaciens :

- Un discours de « participation » concernant les pratiques peut cohabiter avec des pratiques qui ne sont pas participatives. Il s'agit de 4 pharmaciens dans notre échantillon présentant des pratiques de Type 1.1.(7,8,15) et Type 1.2 (12). Ainsi, L'importance de la confiance, au dialogue, de l'écoute (12) ou de la personnalisation (8,15) est souligné mais il s'agit de proposer un produit, pas d'éducation en fonction de ce que la personne sait (15), pas de personnalisation d'un apprentissage en fonction de ce que la personne sait, pas de codécision. Ou encore, le patient sera décrit comme « demandeur de conseils » (mais c'est une information unilatérale qui lui est communiquée) (8).
- Les pratiques peuvent s'avérer très intuitives (2,4)

Soulignons qu'à côté d'une dimension « éducative », certains pharmaciens soulignent **d'autres rôles de leur profession** :

- Assurer une dimension sociale forte dans le quartier (une personne à qui parler, une forme de « conciergerie de quartier pour les personnes qui présentent des problèmes de santé) (2,3) ou vis-à-vis de tout patient qui entre dans la pharmacie (ex. Ne pas laisser repartir une personne ivre en voiture)(6)

J'ai une dame qui vient d'être hospitalisée pour un cancer, ça, ce n'est pas trop bien pas trop... Ben on a pris des nouvelles de la dame. Elle a demandé si on pouvait apporter parce qu'elle devait aller faire des analyses. Elle dit « Je ne serais pas rentrée ». Or, ici on a un centre de soin à domicile qui s'occupe aussi de la nourriture donc son repas, on nous l'apporte chez nous et elle vient le chercher quand elle vient de l'hôpital quoi. C'est des petites choses qu'on fait, bien sûr avec plaisir, et qui resserrent aussi certains liens. Ça, c'est certain. (Boris, FA2)

- Assurer la discrétion dans la délivrance, particulièrement en ce qui concerne le VIH (3). Cette attention, appréciée, avait été mentionnée chez certaines personnes de notre échantillon patient.

Parce que en fait il ne veut pas qu'on parle de ça. Il dépose les ordonnances à l'avance. Tout est encodé à l'avance. Les boîtes sont mises de côté, il ne veut pas de ticket. Il ne faut pas qu'il y ait des traces chez lui. S'il vient chercher une boîte, il faut enlever la boîte.

I : D'accord pour ne pas qu'il y ait le packaging qui va avec...

Le packaging. Donc, on remet juste le flacon qu'il y a dedans. Et c'est juste un flacon même s'il y en a deux de réserver pour lui. On ne peut pas lui donner les deux. Pour lui, c'est vraiment un sujet tabou. (Clara, FA3)

- Et enfin, la révision de la prescription du médecin en fonction des symptômes, pour autant que le pharmacien connaisse le patient (12).

Je prends l'ordonnance. Je jette un petit coup d'œil et je lui demande ce qu'il a. Je commence la conversation comme ça. « Qu'est-ce que vous avez ? ». « Ah, il a mis un spray. Quelle couleur coule votre nez ? ». Et là, je sais voir en fonction de ce qu'il me dit et en fonction du patient. Ce n'est pas que... normalement, on ne peut pas changer une ordonnance. Mais en fonction de la prescription et en fonction du patient, si le patient me fait confiance, si on a une relation qui est déjà établie et bien des fois, je... soit tu rajoutes un truc. (Rajouter, ça on peut. Il n'y a pas de souci). Mais changer, ça, c'est plus difficile. Plus délicat. Donc des fois, je change un spray décongestionnant en un spray décongestionnant avec antibiotiques. (Katie, FA12)

Éléments-clés. Les pratiques étaient majoritairement centrées sur le pharmacien (type 1.1. ou 1.2). Par ailleurs, ces pratiques de type information unilatérale ne sont pas systématiques pour une partie d'entre eux. Elle est conditionnelle à différents éléments « favorables » (demande du patient, lancement d'un nouveau traitement, prescription) et ce, y compris concernant la prise de médicament. Nous retrouvons la tendance d'un discours de « participation » concernant les pratiques sans que les pratiques ne soient participatives. Cette tendance était présente chez certains médecins. Toutefois des approches partenariales existent et sont le fait de pharmaciens formés dans ce sens.

Certaines **autres dimensions du rôle du pharmacien** sont soulignées : les premiers soins, une dimension sociale, la discrétion dans la délivrance particulièrement pour les pathologies plus taboues, ... voire la révision de la prescription en fonction des symptômes (!).

Table FA1 Pratiques des pharmaciens, concernant la relation patient-pharmacien, selon les pharmaciens

Table 1A1 Métriques des pharmaciens, concernant la relation patient-pharmacien, selon les pharmaciens											
		0 Délivrance simple Aucune info	1 Passivité-activité Autocratie			2 Guidance- Coopération Paternalisme	3 Participation Mutuelle Egalitarisme	4 Autonomisme			
	Sous-types	0	1.1	1.2	1.3	2	3.1	3.2	4.1	4.2.	4.3
Type principal	Nb	n=0	n=12			n=1	n=2		n=0		
	Nb/sous- types		n=6	n=6	n=0	n=1	n=2				
	IDnum		1, 3+, 7+, 8++, 11++, 15	5+, 4++, 10, 12, 14+, 16+		2	6, 9 (EBM)				
Variations	Nb	n=0	n=9			n=0	n=0		n=0		
	Nb/sous- types		n=5 (dont 2++)	n=4 (dont 1++)							
	Vers :		← 0 : 1,3, 7, 8, 11 → 1.2 : 8 → 1.3: 11	← 0 : 4,5, 14,16 → 2 : 4							
Après variation	Nb	n=9	n=2			n=1	n=0		n=0		
	Nb/sous- types	n=9		n=1	n=1	n=1					
	IDnum après variation	1,3,4,5,7,8,11, 14,16		8	11	4					

Donnée manquante pour : 13 ; Pas de variations de : 2,6,9,10,12,15 (n= 6)

Légende :

Un + : existence de variations. Deux + : variations vers deux types

En **bleu** : approche intuitive. 2,4

En **vert** : intégration dans le discours, mais pas en pratique. 7,8,12,15

En **rose** : formés, outillés. 6,9

Table FA2- Illustration des différents types de relations pharmacien-patient, selon le pharmacien:

Type 0	<i>S'il ne pose pas de questions, j'avoue, je donne. S'il me pose des questions, je dis « Je ne connais pas, je regarde avec vous » et j'ouvre la boîte et je regarde la notice. (Emilie, FA4)</i> <i>Justement, pour revenir à ce fameux pharmacien de référence. J'ai vraiment des gens qui m'ont dit « cela ne m'intéresse pas. Moi, je sais très bien comment prendre des médicaments. Mon médecin m'a très bien expliqué. Je ne vois pas très bien ce que vous pourriez ajouter dans mon schéma, dans la compliance », qui ont été tout à fait négatifs par rapport à cela. Mais, ce n'est pas la majorité, non. (Rires).(Greta, FA7)</i>
Type 1.1	<i>Bon, je prends l'exemple de l'antibiotique, c'est le truc type où il y a plusieurs conseils à donner. On va dire « C'est un antibiotique. C'est 3x/j. Prenez le bien aux repas. Surtout, finissez la boîte parce que sinon ça va revenir dans 2-3 jours. Si quand ça va mieux, vous arrêtez, dans 2-3 jours quand ça va mieux, ben ça risque de revenir. Il faudra recommencer tout un traitement. Prenez le bien aux repas pour ne pas l'oublier parce que l'oubli d'une prise peut être embêtant. Donc, il faut bien le prendre 3x/j et pas 1x sur 2 ». Voilà, on a expliqué avec des mots simples pour que quand ils sortent, ils sachent que c'est pour traiter la maladie et qu'il faut le prendre convenablement sinon ils sont bons pour refaire le traitement plus tard.(Adrien, FA1)</i> <i>Voilà. Tout à fait. « J'ai lu cela sur Doctissimo, machin, ce que vous me racontez ce n'est pas juste ! ». Donc, ce qu'on dit souvent c'est : « je vous délivre l'information qui pour moi est correcte. Maintenant, vous êtes le seul à même de prendre la décision qui vous convient. ». On ne peut pas forcer les gens évidemment. Et, j'ai eu ça avec un monsieur qui malheureusement abusait de vitamine C mais sous forme alcoolique, donc, de sirop. Et donc, au bout d'un moment on lui a quand même dit : « ce n'est pas bon pour votre santé, on se rend bien compte que vous venez tous les X jours chercher autant de flacons, cela ne va pas ! ». Il ne vient plus... cela veut dire probablement qu'il va les chercher ailleurs. Mais au moins je trouve qu'on a fait notre travail que de l'informer sur le risque qu'il courait d'abuser de ce produit-là (Greta, FA7)</i>
Type 1.2	<i>Ça, c'est la base. Et faire en sorte que, quand ils sortent de la pharmacie, qu'ils aient au moins compris ce qu'ils prenaient, pourquoi ils le prenaient et comment ils devaient le prendre. (Emilie, FA4)</i> <i>vous dites « Vous prenez un antidiabétique. Faites attention si vous avez les intestins sensibles. Ça peut provoquer après 24h ou 36h, des problèmes... » Ou que prend par exemple un produit contre les problèmes d'estomac. Et donc dans ce cas-là, on dit « Voilà. Vous savez votre IPP peut diminuer la recapture de magnésium et donc ça arrive que certaines personnes ont des crampes. Donc du coup si vous avez du magnésium chez vous. Vous pouvez en acheter aussi ». Ça, c'est le conseil associé. Le conseil associé utile parce que j'ai des vieux ensuite qui viennent « Oui, j'ai arrêté. J'avais des crampes la nuit ». Voilà, c'est ça le truc. Il y a vendre et vendre. (Noé, FA14)</i> <i>En hebt u het gevoel dat er vanuit de patiënt vaak de vraag komt naar extra informatie? Of is het louter hun bedoeling dat ze bekomen waar ze voor komen?</i> <i>Dat hangt van patiënt tot patiënt af.</i> <i>En kan u daar wat meer over zeggen?</i> <i>U hebt de jongedame van vanmorgen gezien, die kwam gewoon haar sofrasolone halen. Punt. Zo hebben we toch een groot aantal patiënten. En dan hebben we patiënten die wel met vragen komen. En dat zijn, ge hebt daar ook categorieën in, ge hebt mensen die zeggen "ja, ik wil een beetje willen daarover, waarom", ge hebt er dan die echt...alles... (Paul, FA16)</i>
Type 1.3	<i>Cela parce qu'on a l'occasion de les revoir régulièrement, pour leur traitement. On les connaît un peu plus. Et vu qu'on les connaît un peu plus ils s'ouvrent à nous un peu plus. Mais sinon il n'y a pas de relation privilégiée.</i> <i>I : Au niveau de ce que vous leur dites par rapport au traitement etc. c'est pareil mais il y a une relation plus de... sympathie, je vais dire qui peut s'installer parce que vous les voyez plus souvent.</i> <i>Voilà. Exactement. Tout à fait. On peut passer de la plaisanterie au sérieux et vice versa, avec certaines personnes que d'autres...</i> <i>I : Sans crainte de les froisser parce que vous savez comment ils vont réagir.</i> <i>Voilà. Exactement. Tout à fait. C'est une question d'affinités aussi qui s'établissent avec les gens, en fonction de leur tempérament, de leur caractère, leurs origines. (Léo, FA11,)</i>
Type 2	<i>Tout ça, est écrit. Faites-le. « Je l'ai montré. Faites-le ». Ils ne le font pas. Ce n'est pas convenable. Alors, on le fait ensemble. Déjà que quand on le montre convenablement, que l'on prend son temps pour le faire, ce n'est pas sûr que ça va être bien compris. Quand je le fais et quand on me dit « Ah, mais le médecin m'a montré », je dis « oui, mais... » c'est parce que je sais que quand je le montre bien clairement devant la dame ou le monsieur, il ne le fait pas encore bien convenablement. Alors, je dis « On va le faire ensemble. Je vous le montre rapidement... Faites-le. Vous avez maintenant l'appareil, vous pouvez le faire ». Montrer c'est une chose, le faire c'est une deuxième. Et c'est ça que je dis aussi, il faut bien expliquer aux gens comment il faut le faire. « Vous voyez ? Vous faites ça comme ça... ». C'est déjà quelque chose. (Boris, FA2,)</i> <i>Ça a ses raisons d'être parce que les gens ne les utilisent pas bien du tout, entre parenthèses ! on le fait quand même d'office. Enfin, on essaye en tout cas. C'est la base pour moi. Pour moi, vous délivrez un puff, vous demandez comment les personnes</i>

	<i>l'utilisent. C'est la base pour moi. Pour moi, vous délivrez un puff, vous demandez comment les personnes l'utilisent. (Doris, FA4)</i>
Type 3.1	<i>C'est comme les autotests de grossesse. Une femme qui vient demander un test de grossesse. Voilà. On va le chercher parce qu'en général ça la rassure. On lui amène sa boîte, elle sait qu'elle va l'avoir. Et puis, alors, on dit : « Tiens, est-ce que ce serait une bonne nouvelle ? ». Ça, c'est souvent la question de démarrage. Et là, : « oui, ça fait des mois qu'on essaye ». Et là, on va vérifier aussi. Bien sûr qu'elle sait qu'on va lui donner le test. Mais, puisqu'elle est dans un souhait de conception, est-ce qu'elle prend de l'acide folique ? Est-ce qu'elle prend certains médicaments qu'elle devrait arrêter ? Est-ce qu'elle a déjà vu un médecin ? Est-ce qu'elle doit faire des vaccins ? Est-ce qu'elle sait qu'elle doit... Voilà, on fait la totale.</i> <i>Et puis, parfois on tombe sur des choses dingues... plusieurs fois... mais une, il n'y a pas longtemps, une jeune fille qui vient demander un test de grossesse. Et je dis : « Tiens, est-ce que ce serait une bonne nouvelle ? ». « Ah non c'est la cata ! ». « Ah tiens, c'est la cata. Expliquez-moi ! ». « Ben oui, j'ai eu un rapport hier, je suis super inquiète ! ». « Ben, un rapport hier, faire le test aujourd'hui, cela ne sert à rien ! ». Donc, on va plutôt voir : « vous avez eu un rapport hier, est-ce que vous avez une contraception régulière ou pas ? ». Et là, on se rend compte qu'elle n'a pas besoin de tests de grossesse maintenant mais, qu'elle doit prendre une pilule du lendemain.</i> <i>(...) Mon but, c'est que le patient utilise bien son médicament. Cela, je sais que c'est la meilleure chose pour lui. Mais si je n'arrive pas à l'en persuader aussi, il fera quand même ce qu'il veut. Et mon but, c'est qu'il fasse ce qu'il veut mais alors, au moins qu'il ait toute l'info. Et si, en ayant toute l'info, il continue et bien... il continue. Mais, là où moi j'estime qu'il y a ma responsabilité de professionnel de santé, c'est de mettre en place tout ce que je peux mettre en place et le patient reste maître de la décision quoi qu'il se passe. (Flora, FA6,)</i> <i>R: Je suis pharmacien responsable. Vous êtes patient responsable (...) Si les gens me disent... cela m'est arrivé... ils arrivent, on fait des entretiens avec les patients, alors, elle me dit : « je prends beaucoup de médicaments ». Classique ! Je dis : « d'accord. Je suis tout à fait d'accord avec vous. Vous prenez beaucoup de médicaments ! Les benzo on pourrait les réduire ». « Oui mais pas ça ! ». Je dis : « OK, pas de souci. Vous avez une statine, vous êtes en prévention primaire, vous avez 82 ans, je pense que vous pourriez en discuter avec votre médecin. Vous prenez du Redomex vous, vous me dites n'avoir ni douleur chronique ni dépression. Quelle était l'indication ? Revoyez votre médecin... est-ce que vous avez cette discussion avec votre médecin ? ». En l'occurrence, la réponse était « non ». Et je dis : « mais vous ne discutez pas à votre médecin ? ». « S'il me demande comment vont mes enfants et tout ». Je dis : « mais vous ne discutez pas de votre thérapie ? Votre médecin vous prescrit un hypocholestérolémiant, à quand remonte la dernière prise de sang ? ». « Deux-trois ans ». « Il vous prescrit un hyper tenseur... est-ce qu'il prend votre tension ? ». « Non ». Je dis : « c'est à vous d'en tirer la conclusion. Si vous avez l'impression d'après ce que vous me dites... d'après ce que vous me dites, vous avez quand même l'impression que votre médecin manque de rigueur. Moi, je suis d'accord avec vous, vous prenez trop de médicaments ! Et on a des stratégies pour diminuer les benzo en sevrage extra lent... enfin, il y a plein de choses qui existent ! ». Et donc, elle a changé de médecin. (Igor, FA9)</i>
Type 4.1	---
Type 4.2	---
Type 4.3	---

2.1.1.2. VARIATIONS ENTRE LES PRATIQUES & FACTEURS ASSOCIÉS

Neuf pharmaciens présentent des variations entre le type de pratique principal et un (1,3,5,7,14,16), ou deux (4,8,11,) autres types de pratique. Les variations sont présentes que chez les pharmaciens présentant des pratiques de Type 1 et qui constituent la majorité de notre échantillon.

Tous présentent des variations vers un Type 0, à savoir : la délivrance simple sans information. Trois présentent aussi des variations vers des pratiques un peu plus centrées sur le patient (4,8,11). Les pharmaciens présentant des profils de Type 2 ou 3 ne font pas mention de variations de pratiques.

Les variations vers des **pratiques de Type 0** apparaissent dans différents cas:

- Les traitements pris en routine (8) ou pour une pathologie chronique: le pharmacien, jeune dans le métier considère alors que le patient connaît le traitement mieux qu'elle (5)
- L'absence de prescription (3,5). Certains préciseront que dans ce cas, ils supposent que la personne connaît le médicament(3).
- L'absence de demande et de disponibilité du patient (7,11,14,16)



- L'absence de souhait chez le patient de recevoir une information (5) ou si le patient dit connaître (1, 3- il y a eu toutefois dans ce cas (3) une question formulée au patient). Dans certains cas, le pharmacien mentionne être rabroué lorsqu'il demande au patient si la personne connaît. Cette situation serait le fait de certains quartiers bruxellois avec une clientèle socioéconomiquement plus favorisée (3)

Près de l'université. Après, j'ai fait de l'itinérance dans la chaîne de pharmacie Z et là, j'ai fait tous les quartiers. Mais c'était vraiment la commune V (Commune Bruxelloise aisée), avec le sommet où: je ne pouvais pas donner mon avis, je devais juste donner les médicaments. Donc, je n'avais pas le droit de dire : « Est-ce que vous connaissez le médicament ? » « Je le connais mieux que vous ! ». (Clara, FA3)

- Une charge de travail élevée (4)
 - La demande de discrétion du patient, implicite, liée à une pathologie « taboue » (3)
- Les cas où il est demandé à la personne si elle connaît qu'il n'y a pas d'explication si tel est le cas, pourraient laisser penser à une personnalisation de la démarche. C'est également le cas de la situation où la personne est « en demande » de discrétion. Toutefois, en cas de réponse négative ou si la discrétion ne devait pas être assurée, la personne bénéficiera d'une information standard (Type1), on ne peut dès lors parler de démarche personnalisée.

Une **progression dans le sens d'approche (un peu plus partenariale)** peut être liée à un **contexte favorable, des dispositifs incitatifs** dans ce sens : à savoir **pharmacien de référence** (8 : passage du Type 1.1. au 1.2 le pharmacien informe du « pourquoi » ; et 4 ; Passage du Type 1.2 au Type 2, soit une approche personnalisée dans l'explication) ou encore **les BUM**¹⁰⁶ (4). Une relation de **plus longue durée avec un patient** permet de personnaliser l'approche de par la connaissance du contexte (11 ; passage du Type 1.1. au 1.3).

Les profils d'autonomisme (Type 4) ne sont pas rapportés par les pharmaciens. Les relations sont toutefois peu partenariales et les contacts peu personnalisés pour une partie importante de notre échantillon. Dès lors, il est malaisé de distinguer une pratique de type 1 pour le pharmacien de ce que pourrait-être d'une pratique de type 4 (ex. délivrer sans demander d'explication, il serait utile pour se faire d'explorer plus en avant les intentions liées à ces pratiques). En cas de relation peu élaborée, il semblerait que le type 1 et 4 se rejoignent d'une certaine manière.

Par ailleurs, le **profil de Type 3.2**, soit une relation de confiance d'égal à égal, sur laquelle le patient peut compter n'est pas mentionnée alors qu'elle est présente chez le patient. Ce profil n'était pas présent chez le médecin et demanderait des recherches complémentaires avec des échantillons pairés pour comprendre ce phénomène (en d'autres termes ; à quoi correspond une relation que le patient qualifie de 3.2 pour les médecin et pharmacien)

Eléments-clés :

Une partie des pharmaciens (présentant des profils de Type 1, transmission unilatérale d'information standardisée), font mention de variations vers **le Type 0-délivrance simple**. Cette variation est liée à un traitement pris sur le long court, l'absence de prescription, l'absence de demande ou de souhait d'information de la part du patient, la charge de travail élevée ou encore, la demande implicite de discrétion du patient liée à une pathologie taboue. Tous les pharmaciens qui rapportent des variations rapportent des variations de ce type.

Certains présentent également des variations des pratiques un peu plus centrée sur le patient. Cela semblait lié à un contexte favorable d'incitatifs dans ce sens (pharmacien de référence, BUM) ou au fait de connaître le patient sur la durée.

A l'instar des médecins, ceux qui présentent des pratiques de type 3.1., partenariat mutuel, ne présentaient pas de variations de pratiques

Aucun profil de type 3.2, relation de confiance d'égal à égal n'était mentionné. Les pratiques de type 4 étaient également totalement absentes de notre échantillon de pharmaciens.

¹⁰⁶ BUM : Les entretiens d'accompagnement du bon usage des médicaments.



2.2. COLLABORATION AVEC LE MÉDECIN

2.2.1. TYPOLOGIE DE PRATIQUES PHARMACIEN-MÉDECIN

Nous distinguerons ci-après le type principal de relation (le plus « fréquent ») et les variations de pratiques.

2.2.1.1. TYPE PRINCIPAL DE PRATIQUES

Les relations pharmacien-médecin rapportées par notre échantillon de pharmaciens sont peu collaboratives. Lorsque pharmacien et médecin collaborent, la forme de collaboration principale (à titre indicatif : 15 sur 16) est un échange d'informations au terme duquel, le médecin prend une décision ou communique ce qu'il y a lieu de faire (**Type 2-consultation**). Parmi les **15 échanges de ce type**, 7 consistent à demander une information sans qu'il n'y ait proposition d'alternative, 8 consistent en une discussion avec proposition d'alternatives. Dans un cas (9), c'est le patient qui fait le lien entre le pharmacien et le médecin. Ce pharmacien présente par ailleurs des relations partenariales avec le patient.

Un pharmacien mentionnera **des pratiques d'isolement** (12), **les professionnels travaillent en parallèle** et ne se contactent pas. Ce pharmacien tend toutefois à réviser la prescription lorsqu'il connaît les patients.

Points-clés voir supra, fin du point 2.2.1.2 suite les variations de pratiques.

Tableau FA3 . Expériences des Pharmaciens, de la collaboration pharmacien-médecin

	1 Isolement	2 Consultation		3 Transfert de connaissances	4 Collaboration active	5 Intégration
		2.1. sans alternative	2.2. avec alternative. L'un des deux décide, souvent le MG			
Nb/Type	n=1	n=7	n=8			
IDNUM Type principal	12+	1, 2++, 3+, 4+?*, 7,15,16	5,6+,8+, 9++, 10,11,13+, 14+ ?*			
Nb qui varient	n=1	n=1 (dont 1++)	n=5 (dont 1++)			
Variations vers :	→ 2.2 : 12	→ 2.2 : 2,3,8 ← 1: 2 → : 4	→ 5 : 6. ← 2.1.: 9 → 3 : 9 → 4 :13 ← : 14			
Nb/suite à variation	n=1	n=2	n=3	n=1	n=1	n=1
Après variation :	2	8, 9	2,3, 12	9	13	6

Pas de variations : 1,7,10,12,15,16.

Légende :

Un + : existence de variations. Deux + : variations vers deux types

* : variations sans en préciser la teneur.

Tableau FA4. Illustration des différents types de collaboration pharmacien-médecin, vue par les pharmaciens.

1. Isolement	Vérifie la prescription, vérifie les symptômes et modifie s'il le juge nécessaire (A condition toutefois que le pharmacien connaisse le patient) : <i>Donc oui, je pose des questions quand les patients viennent devant moi, je pose la question comme un diagnostic. Si je ne fais pas... ne fut-ce que pour vérifier ce qui a été donné est bien... (...)</i> <i>Je prends l'ordonnance. Je jette un petit coup d'œil et je lui demande ce qu'il a. Je commence la conversation comme ça. « Qu'est-ce que vous avez ? ». « Ah, il a mis un spray. Quelle couleur coule votre nez ? ». Et là, je sais voir en fonction de ce qu'il me dit et en fonction du patient. Ce n'est pas que... normalement, on ne peut pas changer une ordonnance. Mais en fonction de la prescription et en fonction du patient, si le patient me fait confiance, si on a une relation qui est déjà établie et bien des fois, je sois tu rajoutes un truc. Rajouter, ça on peut. Il n'y a pas de souci. Mais changer, ça, c'est plus difficile. Plus délicat. Donc des fois, je change un spray décongestionnant en un spray décongestionnant avec antibiotiques. Pour une meilleure, si vous voulez. Ou alors, je ne comprends pas non plus les médecins qui donnent de la Sofrazolone® à tout le monde. Parce qu'il ne faut pas non plus donner le plus fort, le mieux parce qu'il a juste un bête rhume et que ça coule blanc. Donc ça aussi, ça m'interpelle des fois. Ou alors quand on donne de la Sofrazolone® aux enfants. Là, je préfère encore donner une Sofraline® qui a ne fût-ce qu'un ingrédient en moins. Il n'a pas l'anti-inflammatoire donc c'est antibiotique décongestionnant mais voilà, c'est... (Katie, FA12)</i>
2. Consultation	2.1. sans alternative <i>Je trouve que moi j'ai assez bien de chances, ici, en tout cas au niveau du quartier, je n'ai jamais été rabrouée, ni mal perçu d'appeler pour poser une question. Bien souvent ils sont plutôt très contents et de dire « merci de vous êtes assurée que c'était bien correct ». Maintenant, je sais que ce n'est pas toujours le cas. Il y en a qui sont un peu plus réfractaires... ou peut-être parce que la charge de travail étant importante, ils n'ont pas toujours le temps de nous répondre mais voilà. (...) Il ne faut pas usurper le travail du médecin aussi. Moi, c'est toujours le seul frein que j'ai quand je contacte le praticien, c'est plutôt de trouver un accord et d'éclaircir une situation qui pourrait laisser à penser à une mauvaise lecture. Je ne suis pas encore arrivée au stade de la suggestion (rires) par rapport aux médecins. (Greta, FA7)</i>
	2.2. avec alternative <i>Par contre, à côté de ça, j'ai ici Dr X qui est une africaine et qui n'hésite pas à nous appeler « Ah, tiens, Monsieur B. qu'est-ce qu'on doit faire ? » et moi, « Moi, je ne donnerai pas... » et donc, là le contact passe beaucoup mieux. (Boris, FA2)</i> <i>si maintenant, le médicament de rupture de stock, le médecin va me dire... c'est arrivé la semaine dernière. C'était un antibiotique pour l'acné, qui en rupture de stock depuis un an. Le médecin m'a dit : « qu'est-ce que vous avez d'autre à me proposer ? ». Moi je connais d'autres médicaments topiques pour l'acné. J'ai dit : « je peux vous proposer des génériques. Ce n'est pas le même antibiotique, mais c'est aussi un antibiotique pour l'acné ». Elle m'a dit : « mettez ça ! ».(Clara, FA3)</i> <i>Je ne téléphone pas souvent parce que je n'ai pas grand-chose à demander mais en tout cas, si je dois le faire, ben je téléphone. Admettons, un médicament est manquant. Je dois proposer autre chose. Alors, si c'est un générique, j'appelle pas parce bon, je sais que je peux switcher. Maintenant, si c'est un médicament qui a une composition différente mais qui se rapproche, je vais téléphoner au médecin pour lui demander s'il est d'accord. Et alors, il me fait souvent confiance. Il me dit « Oui, oui. Vous savez mieux que moi » et hop... On a vraiment une très très bonne relation ici avec les médecins. (Maeve, FA13)</i>
3. Transfert de connaissances	<i>Le lendemain, j'ai le médecin qui m'appelle, en disant : « c'est vous, le pharmacien qui avait fait la lettre de renvoi ? ». (...). Et puis, il me dit : « ceci dit, vous avez raison. Ce que j'ai prescrit c'est complètement contre-indiqué en cas d'insuffisance rénale ». « Bah oui ». « Mais où avez-vous eu cette information ? ». Mais je dis : « écoutez, la SSMG, a édité un petit livre, adapter les posologies en cas d'insuffisance rénale et là, c'est facile, il y a des codes couleurs. Vous trouverez facilement. C'est très facile. Et comme dans une classe thérapeutique il y a parfois de fortes différences, cela vous permettra de choisir le médicament le plus approprié ». « Mais où je vais trouver ça ? ». Je lui dis : « si vous voulez, je l'ai en PDF, je peux vous l'envoyer par mail il n'y a pas de souci ». (Igor, FA9)</i>
4. Collaboration active	<i>Ben voilà, par exemple, on avait une patiente qui prenait beaucoup donc j'ai quand même contacté son médecin pour voir un petit peu si elle était au courant qu'elle prenne autant. Et donc, à ce moment-là, on met quelque chose en place pour que, par exemple, la personne ne puisse venir que chercher une fois par semaine une plaquette, par exemple. Donc oui, oui, il y a une très chouette relation avec... Les médecins, ici, nous apprécient beaucoup et donc, on travaille entre guillemets</i>

	ensemble. Mais ce n'est pas non plus... c'est au cas par cas et ça n'arrive pas si régulièrement non plus qu'il se passe vraiment quelque chose. (Maeve, FA13)
5.Intégration	Alors, il y a des contacts médecins qui sont extraordinaires, et on en sort grandi. Parce que l'on a besoin... Nous, on n'a qu'une partie de l'information ! Et donc, on doit parfois prendre une décision quand il y a une interaction potentiellement grave, mais qui n'est jamais sûr non plus, cela dépend toujours de plein de contexte. Qui peut dépendre de l'état du rein du patient, mais on ne sait pas comment est son rein ! Quand on demande au patient, il dit : « ah, mon rein, je crois que ce n'est pas terrible ! ». « Alors on va appeler votre docteur ! ». Donc, il y a des choses, on a besoin d'être ensemble pour décider lui donner, nous, les informations qu'on a sur ce que l'on connaît de l'interaction, de la posologie et lui, mettre ça dans le contexte médical qu'il a du patient. Et, ensemble, du coup, prendre une décision. D'accord, donc là, dans les alternatives que vous proposez, c'est un médecin qui va par exemple dire ce qu'il en est au niveau des reins ou c'est une personne qui a tel et tel élément de santé, qui peut poser problème... Voilà, alors lui, il dit : « ah oui, ce serait peut-être bien qu'on change quand même d'antibiotique. Qu'est-ce que vous avez comme pistes ? ». Alors là on dit : « On avait pensé dans telle indication, il ne faut pas donner celui-là ou celui-là ». Alors, parfois, pour gérer l'interaction il faudrait suspendre un des médicaments. Mais, comme on ne sait pas pour quelles raisons, il a été prescrit, on le devine, hein ? Donc, on peut alors avoir à appeler le médecin, en disant : « voilà, je voudrais interrompre la statine. Est-ce que vous validez le fait que je l'interromps pendant une semaine, chez le patient, pour éviter le risque d'interactions ». Voilà, un des derniers qu'on avait eus, c'était une interaction entre un médicament pour la crise de goutte qui est pris de manière régulière et un antibiotique. Là, on a appelé le médecin pour voir... « Idéalement il faut interrompre un des deux. Est-ce qu'on peut se permettre d'interrompre le traitement pour la crise de goutte au pas ? Est-ce qu'on peut diminuer la dose ? ». Voilà, ça, c'est des décisions que nous, on ne sait pas prendre seul, de modifier un traitement de fond. Il faut qu'on ait l'avis du médecin et puis, en même temps, il y a l'intérêt pour lui d'être au courant des adaptations qu'on propose ou des réflexions qu'on a. Je pense qu'on a à y gagner, tous, dans les deux sens (Flora, FA6)

2.2.1.2. VARIATIONS ENTRE LES PRATIQUES.

Neufs pharmaciens présentent des variations **entre le type de pratique principal et un (3,4,6,8,12,13,14)¹⁰⁷ ou deux (2,9) autres types de pratiques**. Les sept autres présentent des pratiques constantes.

Suite aux variations, la collaboration avec les médecins peut accroître (2,3,6,8,9,12,13) ou décroître (2,9) en regard du type principal. Dans le sens de **pratiques plus collaboratives** :

- Le passage du Type 1 (isolement) vers le Type 2.2 (consultation avec alternative) est lié au fait que le pharmacien ne connaît pas le patient, il contacte dès lors le médecin pour **obtenir son aval sur la modification de la prescription**, avec toutefois la particularité de lui dicter sa solution (12).
- Le passage du type 2.1 (consultation sans alternative) vers le Type 2.2 (consultation avec alternative) est liée à **la demande du médecin (2,3) ou lors de médicaments manquants**, qui pousse le pharmacien à chercher des alternatives (8)
- Le passage du Type 2.2 (consultation avec alternative) vers le Type 3 (Transfert de connaissances) est lié la demande du médecin de lui transférer de l'information, en l'occurrence concernant les posologies en cas d'insuffisance rénale) (9)

[attitude du médecin] À ce moment-là, mais cela peut aussi être même des spécialistes aussi. Mais qu'ils me disent : trouver quelque chose qui se rapporte et là, je cautionne ce que vous avez trouvé, du moment que cela se rapporte à ce que je veux : qu'il y ait un peu de cortisone, un peu d'antibiotique. Voilà. (Clara, FA3)

- Le passage du **Type 2.2 vers le Type 4** (collaboration active) est lié au type de problème à résoudre, qui nécessite une attitude concertée, à savoir des problèmes de surconsommation chez le patient) (13)
- Enfin, le passage du **Type 2.2 vers le Type 5** (Collaboration avec une approche holistique du patient) est attribué à l'attitude du médecin. Toutefois, le fait de s'être rencontrés de visu, aide (6)

¹⁰⁷ Deux pharmaciens (4,14) rapportent des variations en en précisant la direction sans faire la teneur. Il n'a pas été possible de leur attribuer un type. L'un (4) précise que la variation va dans le sens de plus de collaboration dans le cadre des traitements de substitution par méthadone ; l'autre (14) précise qu'à l'inverse la variation va dans le sens de moins de collaboration.



I : Donc, cela, si je vous comprends bien, cela dépend essentiellement de l'attitude du médecin...

Oui

Par contre, le top, c'est quand on les a vus. Quand on s'est vu. Il faudrait qu'on arrive à avoir plus de moments où l'on se voit. Parler à quelqu'un qu'on a déjà vu physiquement, c'est tout à fait différent. Et ça, on le voit à chaque fois. Quand on appelle un médecin qu'on a vu parce qu'il vient ici ou parce qu'on l'a croisé et on dit : « ah vous êtes le docteur machin ». Et quand on l'appelle après, c'est tout différent ! (Flora, FA6)

Dans le sens de **pratiques moins collaboratives** :

- Le passage du Type 2.2 vers 2.1 est lié à l'absence de demande du patient d'améliorer la thérapeutique (9)
- Le passage du Type 2.1 vers 1 est attribué à l'attitude du médecin qui ne considère pas la proposition du pharmacien et demande que le patient revienne en consultation (2).

Points-clés. La collaboration pharmacien-médecin est peu élaborée, sur le plan des pratiques principales, tous mentionnent au mieux des pratiques de consultation (de transmission d'information) suivie d'une prise de décision par l'un des deux professionnels (versus une décision concertée).

Les variations donnent lieu tant à des pratiques plus collaboratives qu'à des pratiques moins collaboratives, quoique tous ceux qui présentent des variations, rapportent au moins une variation dans le sens de plus de collaboration.

-Davantage de collaboration est lié à : la demande ou l'attitude du médecin (le fait de s'être rencontrés préalablement en face-à-face est perçu comme aidant), la nature du problème qui demande une attitude concertée (surconsommation, traitement de substitution), la situation des médicaments manquants ou encore, l'obtention de l'aval du médecin pour un changement dans la prescription (lorsque le patient n'est pas connu).

-Moins de collaboration est lié à : l'absence de demande du patient d'améliorer/revoir son traitement (cf. le patient fait dans ce cas le lien entre le médecin et le pharmacien) ou l'attitude du médecin.

Contrairement au médecin, il est moins fait mention de relation avec un/des médecins spécifiques lorsque les pratiques sont plus participatives. Seuls quelques-uns mentionnaient des relations partenariales plus avancées (2,6,9). Les pratiques étaient toutefois moins collaboratives que celles mentionnées par notre échantillon de médecins. Comme les médecins, les traitements de substitution est une situation porteuse d'une collaboration plus étroite.

2.2.1.3. CARACTÉRISTIQUES DES RELATIONS.

Nous distinguons ci-après **la ou les personne(s) qui établissent le contact**, l'existence (ou non) de **réseautage**, l'existence **d'une hiérarchie entre les deux professionnels**, la **pratique de substitution médicamenteuse**, ainsi que le **refus de délivrance**. Lorsqu'un lien est établi, il l'est en fonction du type de pratiques principal, cité comme « emblématique » de leur contact avec les médecins. Les quelques éléments repris ci-après visent à compléter l'analyse des types principaux et leur(s) variation(s), en évitant d'en alourdir la présentation.

La ou les personne(s) qui établit/issent le contact. (Taux de réponse : 15 sur 16. Pas de réponse pour : 6). L'initiateur du contact est : en général soit par le médecin et le pharmacien (13 sur 15) mais certains précisent qu'il s'agit surtout du pharmacien (8 sur 13 ; 2,4,5,7,15), soit le pharmacien (1 sur 15 ; 11) ou encore les trois, les professionnels et le patient. Dans ce dernier cas, c'est le patient qui fait le lien entre les professionnels et qui a été outillé par le pharmacien pour parler de sa médication avec son médecin (9). Nous n'observons pas de différences sur le plan de l'acteur qui initie le contact en fonction du type de collaboration (qui est peu développée).

L'existence de réseautage (i.e. établir des contacts interpersonnels, faire connaissance) . Le réseautage (Taux de réponse : 12 sur 16. Pas de réponse pour : 4,5,15,16) était davantage affirmé dans le cas de la collaboration la plus poussée (qui reste de la transmission d'information mais avec suggestion d'alternatives-Type 2.1) (6,9,10,14). Toutefois, le réseautage n'était pas systématique dans ce type (3 autres mentionnent qu'ils n'en font pas ; 8,1,13). Une partie de la catégorie précédente (transmission d'information sans suggestion d'alternatives) en mentionnait tout en soulignant l'aspect limité : « en construction » (7), réduit à quelques médecins (2) ou encore à la participation à une concertation médico-pharmaceutique (1). Un seul pharmacien (6) soulignait que la pratique de réseautage facilitait les contacts. Pour la plupart, lorsqu'il y a un contact téléphonique, le pharmacien ne connaît pas le médecin, ne sait pas qui il a au bout du fil : c'est le médecin de la personne.



L'existence (rapportée) d'une hiérarchie entre les deux professionnels. La relation médecin-pharmacien peut être qualifiée ou non de hiérarchique (Taux de réponse : 14 sur 16. Pas de réponse pour : 15,16). Onze pharmaciens rapportent avoir une relation d'égal à égal avec les médecins. Trois mentionnent des relations inégalitaires ; deux estiment que les (2) ou certains (4) médecins les prennent de haut. Un autre s'estime supérieur aux médecins qui ne ferait pas correctement son travail (12). Une perception d'inégalité semble liée à des collaborations plus faibles (2,4-transmission d'information sans alternatives) ou pratiquement inexistantes (12-Isolement).

La substitution médicamenteuse sans avis du médecin prescripteur. La substitution, soit la délivrance d'un autre médicament que celui prescrit par le médecin, est mentionnée par quatre pharmaciens qui précisent ne pas demander l'avis du médecin : s'il connaît le patient (12), si le médicament prescrit n'est pas soumis à prescription (8) ou s'il s'agit de la même molécule (9,13). L'un de ces pharmaciens estime que s'il s'agit de la même molécule cela reviendrait à « embêter le médecin pour des bêtises » et que cela ne contribue pas à de bonnes relations médecin-pharmacien.

Le refus de délivrance est parfois pratiqué par certains pharmaciens, s'ils estiment que ce n'est pas indiqué (5,6,9). Ce sont aussi les pharmaciens qui développent des relations partenariales avec les patients (6,9).

2.3. RELATIONS PATIENT-PHARMACIEN-MÉDECIN

Taux de réponse : 7 sur 16 (3,5,6,8,9,10,12)

Certains pharmaciens précisent la dynamique mise en place entre les 3 acteurs. Ils mentionnent leurs points d'attention dans cette dynamique, l'acteur central ou la relation centrale. Ces données sont présentées selon un premier classement selon ce qui est présenté comme « central ».

Approches axées sur le patient

- Le patient fait le lien entre pharmacien et médecin lorsque la demande dépasse la prescription et consiste en une « amélioration de la médication ». **Le pharmacien lui explique la nécessité ou non de modifier la médication. Si tel est le cas, le patient est conseillé dans la communication au médecin. Le pharmacien ne se substitue pas à lui. Lorsque le patient mentionne au médecin que le pharmacien a signalé qu'un médicament n'était pas optimal, le pharmacien le considère comme très valorisant, comme une évaluation positive de son action (9-relations avec le patient : « égalitarisme » ; relations avec le médecin-information avec proposition d'alternatives pouvant aller jusqu'au transfert de connaissances).**

Si je pense qu'il y a une erreur, j'appelle le médecin en direct. Mais, j'estime que dans le cadre de l'amélioration de la thérapie d'un patient, il faut remettre le patient au centre du truc.(...)

À l'occasion, en disant : « le pharmacien me signale que parmi mes médicaments, il y en a un qui est peut-être moins optimal compte tenu de ma fonction rénale et il a proposé celui-là comme alternative ». C'est super valorisant ! (Igor, FA9)

- Le médecin est contacté avec l'accord du patient mais en l'absence du patient afin de préserver le patient. Cette pratique a été mise en place suite à un commentaire négatif d'un médecin vis-à-vis de son patient. (6-relations avec le patient : « égalitarisme » ; relations avec le médecin : information avec proposition d'alternatives pouvant aller jusqu'à une collaboration active prenant en considération la globalité du patient).

Donc, comme on ne sait jamais comment l'échange va se passer, on demande l'accord du patient pour appeler son médecin et puis, on se met à l'écart pour ne pas avoir le patient qui entend soit ce que nous on dit, soit (parce que le médecin parle fort) entend ce que le médecin dit. Parce que cela je l'ai eu aussi au début où je travaillais, une patiente pour qui j'appelle le médecin et j'étais là, la patiente était derrière le comptoir, j'étais juste à côté. Je joins le médecin, c'était à la campagne et le médecin qui fait : « ah non encore cette emmerdeuse ! ». (Rires) Le type, il hurle dans le téléphone. Je vois la tête de la patiente, elle avait tout entendu. Voilà, c'était dommage, quoi ! (Flora, FA6)

Approches axées sur le médecin :

Le patient est **référé vers le médecin en cas de difficulté d'observance**, ou s'il communique au pharmacien qu'il n'en peut plus et qu'il arrêtera de prendre ce traitement quand bien même cela devrait lui coûter la vie (qui est une question du guide d'entretien). Le pharmacien « n'interfère pas ». Il y a toutefois une exception à cette règle : la prescription de médicaments alcooliques (connus de l'officine), qui prescrivent la même chose à tout le monde ». Dans ce cas, le pharmacien s'inquiète de l'utilité de la prescription auprès du patient et souvent, ne délivre pas (5-relations avec le patient : autocratie-information unilatérale avec le pourquoi ; relations avec le médecin : information avec alternative)

Approches axées sur le pharmacien

En dehors des patients qui éprouvent des difficultés, le contact avec le médecin peut être conditionné à l'amabilité de la personne ou à avoir le temps. Ce contact peut consister à communiquer au médecin que sa prescription n'est pas correcte. Dans ce cas, le pharmacien soulignait par ailleurs que le pharmacien était plus accessible socio-culturellement que le médecin (12-relations avec le patient : Autocratie : information unilatérale avec le pourquoi ; relations avec le médecin ; isolement pouvant aller jusqu'à l'information avec alternative pour faire valider sa solution).

Récemment, j'ai eu un médecin qui a prescrit 300 grammes d'une crème d'une préparation magistrale et le logiciel le réduit à 100 grammes parce que ce n'est pas remboursé par la mutuelle 300 grammes. Ce qui est logique. Mais je le dis au patient que c'est 100 grammes et que ce ne sera pas plus. Le patient s'énervait devant moi. « Oui, mais le médecin a fait 300 grammes et il le sait pas ». Je dis qu'il ne sait pas. Je dis « moi, j'en peux rien. C'est 100 grammes. Alors si elle était gentille et qu'elle me le demandait gentiment, à la limite, de téléphoner au médecin pour lui dire que c'est plafonné à 100 grammes ou même des fois moi je le fais juste pour avertir le médecin pour qu'il ne refasse pas ça. Ça, si j'ai le temps, je le fais. (Katie, FA12)

De toute façon, s'ils ne comprennent pas, ils ne se gênent pas de nous rappeler ne vous inquiétez pas [Rires]. Ils ont peur du médecin mais le pharmacien, c'est leur pote.

I : Ah oui ?

Oui. Tout ce qu'ils n'osent pas demander aux médecins, ils viennent nous le demander à nous. Donc, les explications qu'ils n'ont pas eues avec le médecin, c'est avec nous. (Katie, FA12)

Approches axées sur la relation pharmacien-médecin

La relation pharmacien-médecin est perçue comme complémentaire et se renforçant en vue que le patient adopte notamment des comportements de santé plus adéquats. Le pharmacien est perçu comme ayant un rôle de prise de relai par rapport au médecin qui a de moins en moins de temps pour s'assurer que le patient prenne correctement son traitement. Lors de l'établissement du schéma de médication, le médecin qui dit au patient que "c'est bien, cautionne le travail du pharmacien et dès lors, encourage le patient à le suivre. Les attitudes ne sont toutefois pas concertées. En cas de problème de surconsommation avec ordonnances multiples, le pharmacien contacte le médecin, en présence du patient, par « franchise » (3-relations avec le patient : autocratie : une information unilatérale ; relations avec le médecin : information avec ou sans alternatives)

Approches axées sur la relation patient-médecin, à préserver

Le pharmacien a pour principe de ne jamais contrarier ce que dit le médecin. Le médecin serait plus convaincant que le pharmacien et l'intervention du pharmacien risquerait de réduire la confiance du patient envers le médecin. Cette situation (perçue) proviendrait du fait que la relation médecin-patient est de plus longue durée tandis que le pharmacien ne connaît pas les médecins de ses clients (11-relations avec le patient de type « autocratique » : information unilatérale voire un début de personnalisation lié un contact de longue durée ; relations avec le médecin : information avec alternatives)

Elle dit : « moi, je n'ai jamais besoin de ces médicaments. Je les prends, je n'ai rien ». Je lui ai expliqué que c'est parce que vous les prenez que vous n'avez pas d'effets secondaires que vous n'avez pas de... elle prend un traitement pour l'hypertension, pour le cholestérol et tout ça. Et donc je lui ai expliqué, puis, après, on a rediscuté. Je lui ai dit : « il ne faut pas arrêter le traitement ». Et puis, moi je le renvoie toujours vers un médecin, parce que le médecin est de beaucoup plus convaincant que nous au comptoir ! Le comptoir, cela reste toujours un comptoir. C'est quelques phrases et puis... mais, finalement, elle continue à prendre son traitement. (Léo, FA11)

Approches axées sur la relation pharmacien-patient (et centrées le patient).

L'important est dans la relation qui se tisse avec le patient et la solution pouvant être donnée au patient. Si le patient parle du traitement qu'il n'en peut plus de prendre (une question du guide d'entretien), le pharmacien serait touché par les marques de confiance des patients et aurait l'impression de les trahir en en parlant au médecin (10-Relations avec le patient de type autocratique » : Uniformation unilatérale comprenant le pourquoi ; relations avec le médecin : information avec alternatives)

Bon, après, le fait d'aller en reparler avec le médecin, en théorie, on devrait... en pratique, si la personne est déjà en décalage par rapport à son traitement ce qu'on lui a demandé et ce qu'elle fait. Est-ce que mon rôle est que... ? Qu'elle n'en a pas parlé au médecin ? Est-ce que mon rôle est d'aller téléphoner au médecin ? C'est limite ! Moi je dirais plutôt si elle veut elle en parle avec son médecin. Si elle n'en veut pas, moi, c'est trouvé quelque chose qu'elle fasse au minimum. Parce que, je ressens cela comme une confiance de nous le dire et donc, j'aurais l'impression de trahir cette confiance si moi je vais dire à la Madame « cela ne va pas on va téléphoner à votre médecin ». (Rires).

Elle va se dire quoi ? « La prochaine fois, avec cet innocent-là, je me tairai ». (Rires). Voilà, c'est une position très personnelle je peux le concevoir. Je suis plutôt toujours à essayer de privilégier l'intérêt du patient, en fonction de ma conscience et de mes possibilités, que la ligne droite, que la règle « proposer de contacter le médecin » (Johan, FA 10)

Approche liée aux types produits vendu dans l'officine (et des services rendus) (8)

Une dynamique existe autour des produits naturels dont l'officine s'est fait la spécialité. Toutefois, il s'agit essentiellement de mise à disposition de produits, accompagnée d'une information incluant le référencement vers le médecin si la situation se prolonge. C'est ici la vision commune du type de « remède » à prendre qui nourrit cette dynamique. Certains médecins (naturopathe, homéopathe) envoient aussi leurs patients vers cette pharmacie vu leur spécificité et les produits à disposition. Cette officine offre par ailleurs la vérification de certains paramètres du type tension en routine et référence vers le médecin si les résultats sont préoccupants. (8-relations avec le patient de type autocratique : information unilatérale avec ou sans le pourquo ; relations avec le médecin : information avec alternative)

On donne quelque chose, tout ce qui est avec cranberry donc les produits qu'on a nous qui font un peu l'effet antibiotique mais ils sont naturels. Et on demande toujours d'attendre 2 jours par exemple et si ça ne va pas, il faut quand même aller voir chez le médecin, parce que nous on ne sait pas si l'infection, elle est là ou pas. Et c'est dans ce sens en fait qu'on travaille. Comme pour le mal de gorge, la même chose, on dit que « prenez ça mais si vous avez encore de la fièvre dans 2 jours ou 3 jours, il faut quand même aller voir le médecin ».

Et il y a beaucoup de personnes qui se soignent d'abord avec des plantes pour commencer ?

Oui. Beaucoup ici, surtout dans notre pharmacie. On est un peu pharmacie naturelle. On travaille beaucoup avec les produits naturels donc le thym, les huiles essentielles beaucoup. Oui, on a beaucoup d'alternatives pour l'antibiotique. L'origan, ça aussi on a. Même les médecins un peu naturopathes, homéopathes. Donc ici, il y en a quand même pas mal qui envoient les patients ici. Pour la plupart, c'est vrai qu'ils se soignent avec les produits naturels avant d'aller chez le médecin aussi. (Heidi, FA8)

Il semblerait exister un lien entre présenter des approches centrées sur le patient et une collaboration interprofessionnelle avec le médecin plus « poussée ». Il serait intéressant d'investiguer s'il s'agit d'une tendance globale vers la collaboration dans le chef de certains pharmaciens ou si une des deux relations partenariales conduit à plus de partenariat dans l'autre. Il semblerait dans ce cas que ce soit le type de relation avec le patient qui influe sur la nature de la collaboration avec le médecin.

Notons que nous n'observons pas ce type de lien parmi les médecins, avec l'exception notable des traitements de substitution par méthadone, qui « nécessite » une attitude concertée entre les professionnels et une approche centrée sur le patient.

3 - REPRÉSENTATIONS DES AUTOTESTS À VISÉE DIAGNOSTIQUE

Ce chapitre concerne les perceptions et représentations sociales des pharmaciens, relatives aux autotests à visée diagnostique (ATVDs) ainsi qu'aux représentations relatives aux utilisateurs d'ATVD. Les résultats sont présentés selon ces deux sections.

Notons au préalable que **tous les pharmaciens, sauf un** (16), **ont vendu des ATVD**. Parmi les quinze qui en ont vendu, dix précisent toutefois que ces ventes sont limitées à un ou deux autotests spécifiques. Les ventes, parmi les pharmaciens de notre échantillon ont concernés les ATVDs suivants : le **VIH** (n=12 ; 1-6,8,9,11,12,14,15), les **infections urinaires** (n=5 ; 3,7,11,12,13), le **cholestérol** (n=4 ; 9,10,11,14), la recherche du sang occulte dans les selles (n=3 ; 6,12,15) ; le **gluten** (n=2 ; 9,14) ; **Lyme** (n=2 ; 10,11) ; la **ménopause** (n=1 ; 8), les **allergies** (n=1 ; 11) et la **déficience en fer** (n=1 ; 12). **Seuls quatre rapportent une demande qualifiée de « fréquente »** pour soit le VIH (2,14), soit les infections urinaires (7,13). Les ventes sont de l'ordre de 2 à 3 ATVDs/par mois, en moyenne.

Onze pharmaciens (1,2,4,7,9-12,14-16) ont suivi une information/formation concernant les ATVDs : sept par la firme qui les commercialise, deux par une association des pharmaciens (Cerpan, APB) qui avait invité les firmes (9,12) et deux autres combinant les deux types de formation (1,14). **Deux se sont formés en autodidactes** (6,13), dont l'un sur base de l'information transmise par l'association des pharmaciens (APB) et l'Académie de pharmacie française. **Trois** (3,5,8) n'ont reçu **aucune formation**.

Aucun pharmacien n'a eu de contact avec un médecin concernant les ATVDs.

Contrairement aux médecins et aux patients, la quasi-totalité des pharmaciens (15 sur 16) dispose d'une expérience avec les ATVDs. Cette expérience est susceptible d'influencer la représentation qu'ils s'en font.

3.1. REPRÉSENTATIONS (ET CONNAISSANCES) CONCERNANT LES ATVDs

Ce chapitre aborde dans un premier temps les connaissances et les représentations relatives aux ATVDs, préalables à l'interview. Par la suite, une fiche précisant ce qui était entendu dans le cadre de Care-test était présentée au répondant. Cette fiche lui permettait de distinguer les autotests à visée diagnostique des mesures en monitoring qui sont le plus souvent mises en place à la demande du médecin, d'une part et de prendre connaissance des ATVDs existants, d'autre part.

3.1.0. CONNAISSANCE DE LEUR EXISTENCE EN COMMENÇANT L'INTERVIEW

Taux de réponse : 9 sur 16 (pas de réponse : 1,3,5,6,8,9,11)

Le paragraphe suivant fait état des connaissances des ATVDs par les pharmaciens, au début de l'entretien.

Certains (2,4,7) soulignent que leur connaissance des ATVDs (4) ou de leur variété (2,7) est partielle. D'autres proposent une définition (12,13,14). Celle-ci comporte l'idée que le patient réalise le test lui-même. Toutefois, une certaine confusion existe avec d'autres dispositifs, notamment les autotests en monitoring (diabète) et le dépistage organisé des cancers colorectaux (14). C'est également le cas d'une 3^{ème} catégorie de pharmaciens. Ceux-ci (15,16) ne donnent pas de définition mais ils donnent des exemples d'autotests qui ne sont généralement pas des ATVDs (15-dépistage organisé du cancer colorectal ; 16-test de grossesse, du glucose. OK pour le test de cholestérol).

Je suis, oui, en effet, surprise de l'étendue que cela a pris.

I : Vous connaissiez lesquelles, en fait ?

Oui. VIH, cholestérol. Chlamydia je ne connais pas Lyme non plus. Sang colorectal, évidemment. Fertilité masculine non cela ne me disait rien. Tétanos, hypothyroïdie, non plus ! Infection urinaire oui. Déficience en fer, intolérance au gluten, oui. Mais alors infections vaginales, PSA, Helicobacter et allergies, non cela ne me disait rien. Donc, en effet, il y en a plus que je croyais ! (Rires). (Greta, FA7)

Enfin, un pharmacien (10) souligne d'emblée que les ATVDs ont fait l'objet de beaucoup de tapage médiatique, lié à la crainte (qualifiée de « habituelle ») des médecins que les pharmaciens jouent un autre rôle que le leur et ce, pour un nombre de vente limité.

I : Vous avez dit que cela a fait beaucoup de bruit pour...

Pas grand-chose (rires)

I : Pas grand-chose (rires). Dans quel sens en fait ?

Ben, ou cela n'a pas eu un succès affolant en pharmacie, par rapport à tout ce qu'on en parle et que pour moi leur place est quand même très réduite quelque part.

I : Et cela provoquait beaucoup de bruit pourquoi, en fait ? Dans les débats que cela a suscité ou... ?

Je dirais soit médiatiquement soit parce que pour moi, les médecins avaient une crainte qu'on veuille jouer un rôle, enfin comme toujours, qui n'est pas le nôtre et du coup cela suscite une crainte chez eux et du coup, ils ne voient pas ce que cela peut apporter d'un autre côté. (Johan, FA10).

Prise de connaissances des ATVDs. Quoique quasi tous les pharmaciens aient une expérience des ATVDs :

- L'information concernant le premier contact avec les ATVDs est manquante pour nombre de pharmaciens (7 sur 16),
- Parmi les répondants, le degré de connaissances est variable : certains soulignent d'emblée n'en avoir qu'une connaissance partielle. Pour d'autres, il existe une confusion entre les ATVDs et d'autres tests (dépistage organisé du cancer colorectal, diabète).
- Le changement de rôle est parfois mentionné (c'est le patient qui fait test) (4 sur 16) ainsi que le tapage médiatique lors de leur commercialisation, imputé aux craintes des médecins vis-à-vis d'un changement du rôle du pharmacien.

3.1.1. REPRÉSENTATIONS CONCERNANT LES ATVDs

Les perceptions et représentations reprises ci-après sont exprimées en cours d'entretiens, après clarification de ce qui est entendu par « Autotests à visée diagnostique » dans cette recherche.

Cette section comporte quatre parties distinctes : la perception générale des ATVDs, les points forts et points faibles des ATVDs, les représentations quant à leur fiabilité, les représentations quant à leur commercialisation en grande surface.

3.1.1.1. PERCEPTION GÉNÉRALE DES PHARMACIENS RELATIVE AUX ATVDs

Taux de réponse : 16 sur 16

La catégorisation suivante est établie sur base de l'appréciation globale que le pharmacien émet à propos des ATVD. Elle vise à donner une idée de la valence globale. Lorsque le pharmacien se prononce clairement en faveur ou en défaveur des ATVD, il est classé en « pour » ou « contre ». Lorsqu'il se prononce en faveur de certains éléments et en défaveur d'autres, il est classé dans la position intermédiaire.

Quatre pharmaciens se disent pour (11) ou plutôt pour (5,7,8). Deux (14,15) sont (plutôt) contre. Huit (1,3,4,6,9,10,12,13) sont partagés, neutres, mitigés. Deux (2,16) n'émettent pas d'appréciation.

3.1.1.2. RAISONS AVANCÉES À CE POSITIONNEMENT

Les pharmaciens évoquent différentes raisons en regard de ce positionnement par rapport aux autotests à visée diagnostique. La ou les raisons déterminante(s) sont reprises ci-après. Le positionnement des pharmaciens comporte toutefois souvent des nuances. Le lecteur les trouvera sous les rubriques : points forts, points faibles et points en balance (voir 3.1.1.3).

➔ **Les pharmaciens (plutôt) « pour » les autotests à visée diagnostique (5,7,8,11)** motivent leur positionnement par : l'apport des ATVDs à l'autonomie du patient, à prendre soin de sa santé (5,7, 11 y compris quand on n'a pas le temps de consulter), son apport comme « balises » pour le pharmacien (et pour le patient) dans une pratique d'automédication avérée (8). Les retombées sur le plan de la relation avec le médecin sont évoquées, mais ne font pas consensus. Chez les uns, il s'agira de décider le patient à consulter si nécessaire (11), chez les autres il y aurait moins de consultations (5) et cela ferait partie d'une évolution en cours dans les soins (5,7), chez les 3^{ème} il s'agit d'accompagner des pratiques d'autonomisme du patient, le médecin n'est pas présent (8).

Cette catégorie regroupe **tous les « jeunes » pharmaciens (entre 5 et 6 ans d'expérience)**

[Prendre soin de sa santé, même quand on a peu de temps, outil d'aide à la décision quant à la nécessité de consulter]

Moi, je pense que c'est un plus. C'est un outil à valoriser quoi ! (...)

cela porte une première réponse. Cela ne donne pas le diagnostic mais cela porte une première réponse pour orienter un peu... « je prends, je ne prends pas. Je consulte, je peux un peu attendre ».

i : c'est un premier truc qu'on peut faire si on n'a pas le temps, si on n'a pas fait des analyses...

Donc, cela, c'est un plus les gens si l'info est assez divulguée. C'est un plus. Moi, je pense, c'est un plus. Cela ne peut pas être une alternative pour ne pas consulter. Mais cela peut aider. (Léo, FA11)

[Autonomie, fait partie de l'évolution] Je trouve qu'il y en a certains qui sont utiles. [Regarde la liste]... Intolérance au gluten, ça peut être super utile. Cholestérol, aussi. Il y a des trucs... VIH après, il faut se connaître. (...) Je pense que dans sa vision de la médecine, oui, fatalement. Tu vas moins chez le médecin. Du coup, tu regardes plus sur internet. Tu fais tes trucs tout seul, ça c'est sûr. Si tu peux commencer à t'auto-diagnostiquer avec des tests valables chez toi, eh bien oui tu vas moins chez le médecin. Tu poses moins de questions. Ça, c'est sûr. (Emilie, FA5)

Je trouve que c'est quand même une belle évolution que de le proposer aux patients qui le souhaitent. (Greta, FA7)

[Balises pour une pratique avérée d'automédication] Pour nous, ça peut être vraiment intéressant. Tous les jours, on a le cas ça peut être même plus utile. Par exemple hier, j'ai une patiente qui demande son traitement Ferricure® sans ordonnance. Nous, on ne peut pas lui donner car c'est quand même sous ordonnance mais elle insiste. Elle dit que depuis des années, elle est anémique. Qu'elle a besoin de son fer et elle n'a pas envie d'aller chez le médecin chaque fois. Je vais lui demander « Est-ce que vous êtes sûre que vous avez un manque de fer ? ». Parce que si par exemple, il y avait le test dans ce cas-là. On peut éviter d'aller chez le médecin et le dépanner. Oui, non, on a beaucoup eu le cas où les tests, ils peuvent être utiles. Surtout le fer. On est dans le quartier où on a beaucoup d'anémiques. C'est une population qui est vraiment anémique. On vend beaucoup de fer dans le quartier. Et souvent, comme ce n'est pas remboursé déjà, c'est le même prix avec ou sans ordonnance, ils préfèrent quand même venir le chercher directement à la pharmacie. On leur propose le fer sans ordonnance de chez Boiron® ou de chez Metagenics® mais on a peur



quand même d'être sous-doser. A ce moment-là, ça ne sert quand même pas à grand-chose. Nous, on n'est pas sûr car ils ont quand même les symptômes de manque de fer. Donc, elle vous dit « je suis fatiguée, je suis pâle. Je ne suis pas bien ». (Heidi, FA8)

➔ **Les pharmaciens (plutôt) « contre » (14,15) sont sceptiques sur la plus-value des ATVDs en matière de santé publique, il s'agirait surtout de faire des économies pour le patient et l'Etat et d'enrichir les firmes pharmaceutiques (14) ou privilégient la visite chez un médecin, en cas de problème de santé (15)**

[Scepticisme sur le plan de plus-value] Je vous fais un « cernage » des trucs dingues qu'on a inventés pour soi-disant améliorer quelque chose. Eh bien, vous pouvez mettre dans cette catégorie-là vos autotests. Pourquoi c'est intéressant ? Malgré que ça fonctionne hein... parce que comme ça l'administration. Oh, je crois que j'ai du cholestérol. Je tape dans mon doigt. Je n'ai pas de cholestérol je ne fais pas de visite chez le médecin. C'est moins cher. Je ne fais pas non plus de visites au centre qui va analyser mon sang. C'est moins cher et voilà. Vous faites des économies. Donc, ceci a été mis en place pour que les firmes s'en mettent du fric dans la poche. Que les patients s'autopersuadent qu'ils sont en très bonne santé et que l'administration ne doit pas payer tout ça. (Noé, FA14)

➔ **Les pharmaciens qui n'ont pas de position tranchée. Ils sont partagés, neutres ou mitigés par rapport aux ATVD: (1,3,4,6,9,10,12,13) mettent en balance différents éléments : l'utilité du produit/son manque d'accessibilité financière, sa pertinence sélective pour certaines personnes ou une utilité test-dépendante.**

- Le coût « élevé » de l'ATVD, son manque d'accessibilité financière en fait un produit « compliqué à placer pour le pharmacien »(1,12). Il s'agit tant du prix (1) en tant que tel ou que du coût relatif, du fait que le patient est amené par la suite à consulter (12). Ces pharmaciens sont toutefois convaincus par les ATVDs.

On lui a proposé le test urinaire, mais bien sûr il y a des gens qui c'est quand même 15 euros, 20 euros à déboursier et qu'ils doivent déboursier chez le médecin, et puis encore les médicaments. Donc, ce n'est pas facile à placer, moi je trouve. (...)Mais c'est vrai qu'il y a des gens qui sont en panique, qui veulent savoir, qui sont impatients et là c'est un moyen de les rassurer. Au moins, ils ont une réponse à leur souci quoi. Ça, c'est quand même avantageux aussi. (Katie, FA12)

- Une pertinence relative en fonction du public (10) ; les ATVDs seraient utiles pour ceux qui ne consultent pas de médecins pour les raccrocher au système de soins. Ils ne seraient pas utiles pour ceux qui s'y rendent régulièrement.

Je pense que comme ça pour les gens qui vont couramment chez le médecin cela ne sert à rien. C'est clair (rires). Et je pense que cela peut quand même avoir une petite place pour des gens qui ne vont pas chez le médecin et qui se disent un moment donné « tiens, je n'aurais pas trop de cholestérol ? », qui achètent un truc, qui font un test. Attraper quelqu'un que le médecin n'aurait pas attrapé, disons.

I : Plutôt dans le sens de prévention, pouvoir détecter quand on est un peu en marge du système ?

Oui. (Johan, FA10)

- Une utilité « test-dépendante » (3,4,6,9,10,13). Ces pharmaciens perçoivent que certains ATVDs sont pertinents et d'autres, non. Ils le sont en raison de l'existence d'une valeur ajoutée en regard d'une prise en charge médicale « classique » (4,6,10,13), de la possibilité d'une prise en charge du problème en officine (3,4) ou encore, de la recommandation du dosage de ce paramètre isolément (9).

* L'existence ou non d'une valeur ajoutée pour rapport à la prise en charge classique (4,6,10,13). Il en est porteur s'il permet de prendre en charge un problème qui n'aurait pas été décelé dans ce cadre (parce que tabou)(6) ou que le problème nécessite une réponse simple en « oui-non » (à savoir, déceler des infections urinaires chez un patient qui en souffre fréquemment), pas si le problème nécessite de toute façon une consultation médicale (4,10,13).

[Pathologie taboue]On a essayé de se positionner par rapport à leur intérêt et donc, l'autotest pour moi aura un intérêt à partir du moment où il permet de détecter des situations pathologiques ou à risque, qui n'auraient pas été détecté dans un environnement classique. Et, à ce niveau-là, le test sida n'est pas la seule façon de dépister et il a des limites puisqu'on ne peut pas le faire à n'importe quel moment mais, il permet en plus des structures qui existent d'accrocher les patients qui n'auraient pas voulu entrer dans un centre de dépistage ou en parler avec leur médecin. Donc, à ce niveau-là il est intéressant. Le Fecotest® ? Il est intéressant parce qu'il y a une catégorie de patients qui reçoivent le test gratuitement mais tous ceux qui ne sont pas dans la tranche d'âge et qui aimeraient continuer à faire le contrôle, peuvent se le procurer de cette façon-là. Et puis, ceux qui ont des symptômes qui nous alarment, et on sent bien qu'étant donné que les examens sont difficiles, à vivre, à réaliser et qu'on n'aime pas parler de ça avec son médecin. Là, de nouveaux il y a une place possible pour les motiver à comprendre qu'il y a un danger et qu'il faut vraiment voir le médecin.(Flora, FA6)

[Réponse en oui-non]Bon, c'est vrai que l'infection urinaire c'est différent parce qu'il y a des gens qui sont sujets aux infections urinaires et ils ne vont pas aller chaque fois chez le médecin. Donc bon... Et ça, c'est facile à voir. Il y a infection ou il n'y a pas infection. Mais allez voir si on est ménopausée... moi, je ne suis pas sûre qu'avec ces tests on puisse voir précisément si on est en ménopause ou pas. L'allergie. Cas précis. Pour moi, ce test il va dire vous avez une allergie ou pas. Et alors ? On ne sait pas à quoi ! Enfin pour moi, ça n'a pas de sens. (Maeve, FA13)

* La possibilité d'une « prise en charge en officine » (3,4), en fonction de la pathologie concernée. Le patient viendra se confier à l'officine ou préférera en parler à un médecin (3), voire la pathologie pourra être « traitée » en

pharmacie (4). Les ATVDs seraient pertinents pour les problèmes de santé pouvant faire l'objet d'une prise en charge en officine. La liste des pathologies de ce qui relève ou non de l'officine diffère toutefois en fonction du pharmacien (à l'exception des infections urinaires qui semblent faire consensus).

Ne fusse que pour les infections urinaires. Pour tout ce qui est cholestérol, les gens vont plus pour la prise de sang, annuelle, chez le médecin. Mais, pour tout ce qui est infection urinaire, c'est important. HIV, si le patient vient se confier s'il a des doutes. Cela c'est important. La prostate je trouve cela aussi plus délicat. Cela, ce serait une idée de leur faire tester, celui du tétanos. Pour ne pas aller faire une injection. L'infection urinaire, ce serait bien aussi. La ménopause, aussi ! La personne ne sait pas toujours si elle est en ménopause. Allergies ? Pour moi l'allergie, elle passe par les tests. Les différents tests, parce que le test montre qu'elle est allergique, mais on ne sait pas à quoi ! Cela reste vague en fait. Le gluten c'est... très à la mode. L'hypothyroïdie, le cholestérol, c'est plus au niveau du contact avec le spécialiste. Ce n'est pas chez nous ça. (...) Moi, je serai plus pour VIH, Tétanos, Ménopause, Infection Urinaire. (Clara, FA3)

Moi je trouve que les autotests, c'est très intéressant mais j'ai pas encore trouvé une stratégie personnellement pour les mettre en place... au niveau de la patientèle. Pour être honnête. Je ne les trouve pas tous intéressants... mais il y en a qui peuvent quand même être pas mal mais ... Je ne sais pas. (...)

I : Mais vous, vous les trouvez pertinents plutôt par rapport à quoi, en fait ?

Je dirais par rapport au fait que ça peut rester, quand même... ça relève après d'un médecin mais pas dans une situation plus... Comment je vais expliquer ?... Vous avez une infection urinaire, la pharmacie peut peut-être répondre, effectivement si c'est un début d'infection, à votre demande. Idem pour la candidose aussi qui est quand même assez... Pas pour une ménopause ! Pour moi, vous devez consulter un médecin. Impérativement. Idem pour le tétanos. Idem pour l'allergie (Doris, FA4)

* La pertinence clinique de doser ou non, ce paramètre isolément (contre-exemple. Le cholestérol) (9)

Je ne partage pas l'avis enthousiaste des firmes pharmaceutiques qui les ont commercialisés. Je ne suis pas sûr qu'un certain nombre d'entre eux ont une grande pertinence clinique et c'est ça qui ne me plaît pas trop dans les autotests, par exemple savoir qu'on a un cholestérol total trop élevé...pfff... on sait bien que de toute façon hyper cholestérolémie primaire, il n'y a pas vraiment de problème. Il n'y a pas vraiment de nécessité de traiter. Donc, quelque part, créer le besoin. C'est vraiment du marketing ! Par contre, si on a un autotest de l'hémoglobine glycosylée, ou du sida. Cela ça a un sens parce qu'effectivement (...). (Igor, FA9)

➡ Enfin, deux ne se prononcent pas (2,16) : l'un (2) évoque son peu d'expérience en matière d'ATVDs ; L'autre (16) détaille les éléments d'attention (à savoir : souligner que cela donne une indication mais que ce n'est pas un test de labo, veiller à ce que la personne ne panique pas) sans se prononcer (16)

Ik denk dat we dat als apotheker goed moeten kaderen, dat we moeten zeggen "dat zijn testen, dus dat is geen labo-onderzoek, een labo-onderzoek moet nog altijd uitsluitend geven over...dit is een indicatie, niet meer of niet minder" en langs de andere kant moeten we er ook voor zorgen dat het geen paniekzaaiers worden. Allez ja, daar ben ik ook toch....heel voorzichtig mee, paniek gaan zaaien is ook niet he..... (Paul, FA16)

Perceptions générales des ATVDs par les pharmaciens.

-Ceux qui sont « **pour** » voient dans les ATVDs un apport sur le plan de l'**autonomie** pour les patients qui souhaitent faire quelque chose pour leur santé (5,7,11) mais aussi pour l'accompagnement par le pharmacien de pratiques d'automédication avérées. L'ATVD permet alors de pouvoir offrir des balises au pharmacien (et au patient) (8).L'ensemble des « jeunes » pharmaciens de notre échantillon (et uniquement ceux-ci) présentaient ce positionnement.

-Ceux qui sont « **contre** » sont sceptiques sur le plan de la plus-value en matière de santé et y voient des motivations économiques. Ils peuvent aussi privilégier la **consultation du médecin en cas de problème de santé**.

-Ceux qui sont « **partagés** » mentionnent que les ATVDs sont utiles mais peu accessibles financièrement, qu'ils sont plus ou moins utiles en fonction des personnes (et leur habitude en matière de consultation) et enfin, qu'ils sont plus ou moins pertinents en fonction de la pathologie concernée (à savoir : ils sont pertinents si ils sont porteurs d'une plus-value en regard d'une prise en charge classique, si une prise en charge est possible en officine, si le dosage de ce paramètre isolément est préconisé. **Notons que les deux premiers « test-dépendant » touchent à la relation patient-médecin-pharmacien**).

3.1.1.3. POINTS FORTS & POINTS FAIBLES DES ATVDs

Taux de réponse : 16 sur 16

Cette section comprend les points forts et les points faibles des ATVDs (voir Tableau FA5, à la fin du point 3.1.1.3.), ainsi que les conditions que les ATVDs devraient rencontrer, tels que perçus par les pharmaciens. Les éléments ci-après comprennent l'ensemble des éléments d'appréciation des ATVDs par les pharmaciens, contrairement au point qui précède qui visait communiquer une tendance générale. Le point 3.2. Représentations de l'utilisateur d'ATVD offre une vision complémentaire aux points forts et faibles des ATVD, celui de l'association de certaines catégories de patients à l'utilisation des ATVD. Lorsque le point fort/faible est partagé par les médecins ou les patients, la même terminologie a été utilisée afin de faciliter la mise en correspondance.

POINTS FORTS

Les différents points forts ou avantages des ATVDs tels que perçus par les pharmaciens sont de :

➔ Améliorer/Intensifier le dépistage d'un problème de santé pour un individu (6,8,9,11) ou dans une population (1), particulièrement des paramètres sensibles (6)

Certains ATVDs¹⁰⁸ permettent de détecter un problème/une pathologie silencieux qui n'aurait pas été détecté que plus tard (8,9,11) ou qui n'aurait pas été détecté par ce que le patient n'aurait pas consulté (6-VIH) ou que les examens sont difficiles à vivre (6-colorectal). **Les ATVDs permettent alors une prise en charge plus rapide parce que plus efficace** (8,11).

On sait très bien l'importance de la prévention. Le dépistage précoce que ce soit l'infection urinaire, le fer, dans plein de choses ça permet un petit peu le dépistage de certaines maladies. Genre, je ne sais pas si c'est le diabète, il existe quelque chose à part la machine-là. On sait bien que certaines maladies sont essentiellement silencieuses donc si les gens ils n'ont pas de symptômes... (Heidi, FA8)

De dire par exemple : « vous avez été piqué. Vous avez fait une randonnée. Vous avez un doute. Il y a un autotest que vous pouvez faire ». Parce que beaucoup de gens ils disent : « Oui, je vais consulter » mais, finalement, ils ne consultent jamais et cela peut... par exemple la maladie de Lyme, on sait que ça peut faire des dégâts neurologiques assez sévères. Donc, pour 15 €, quelqu'un qui se fait piquer, on dit « voilà vous avez déjà une réponse si c'est positif il faut aller consulter et commencer un traitement le plutôt possible ! ». (Léo, FA11)

Pour certains, les ATVDs pourraient être utiles s'ils contribuent au *testing* de masse afin de pouvoir en évaluer l'impact, sur les problèmes de santé, à l'échelle d'une population. (1)

Le seul intérêt des autotests, c'est que ce soit fait en masse. Il ne faut pas en vendre 4 par an par pharmacie, là ça ne sert pas à grand-chose. Il faut que ce soit généralisé, comme le test pour le cancer colorectal. Ça doit être fait en masse et donc en plus, on va pouvoir interpréter les chiffres de manières scientifiques en disant sur telle population, autant l'a fait et le cancer colorectal a baissé d'autant et donc, on connaît l'impact. On a fait quelque chose de bien ou on a fait quelque chose qui ne vaut pas la peine d'être fait parce que finalement, ça ne diminue pas l'incidence du cancer. Il faut pouvoir interpréter les chiffres aussi par rapport à ça. Donc, il faut que ce soit diffusé à grande échelle (Adrien, FA1)

➔ Permettre de « raccrocher les personnes au système de soins ». L'ATVD = un point d'accroche, un marchepied vers la consultation (1,6,7,9,10,11)

Les ATVDs seraient intéressants pour les patients qui n'ont pas de médecin pour les « raccrocher au système de soins » (1,10) ou les motiver à prendre contact avec leur médecin (6,7,9,11). Pour certains, le contact avec le médecin est conditionné au fait que le test soit positif (1,7,11). Pour d'autres, il s'agit de prendre conscience d'un danger et dès lors de la nécessité de consulter (6). L'invitation à réaliser un ATVD pourrait être lié à l'achat de certains médicaments en « vente libre » (9 IPP en petits conditionnement et ATVD *Helicobacter pylori*)

Mais eux n'ont pas de médecin et n'ont pas de médecin de famille et donc c'est eux qu'il faut toucher avec ce genre de tests pour dire « Attention, il y a quelque chose qui ne va pas. Là, le test a mis le point dessus. Maintenant, s'il vous plaît, trouvez-vous un médecin. Faites une prise de sang. Prenez un premier contact avec un médecin et ayez un référent médecin par la suite ». Pour moi, c'est ça l'utilité de ces tests. Ce n'est pas de poser un diagnostic, c'est de dire « Quelque chose ne va pas. Vous ne consultez pas de médecin. Maintenant, il est temps de se prendre en charge et consultez ». (Adrien, FA1)

¹⁰⁸ Il n'y a pas de consensus sur les tests concernés mais le VIH et la recherche de sang occulte dans les selles reviennent systématiquement.



Le patient qui est demandeur, à mon avis, cela va lui permettre entre guillemets de servir de marchepied. De l'acheter l'autotest chez nous, de le faire, de se faire une première idée et alors de savoir : si oui il faut contacter le médecin ou si non ouf on s'est inquiété pour rien. Je pense que cela répond à la demande d'une catégorie de la population. (Greta, FA7)

Le truc c'est qu'un pharmacien raisonnablement prudent quand il voit qu'un patient revient chercher des IPP courte durée qui sont 14 jours en vente libre, je pense qu'il incite le patient à consulter. Alors, peut-être que pour certains pharmaciens cela peut être un moyen de dire : « écoutez, voilà, faites quand même le test. À mon avis, vous avez un Helicobacter pylori ou en tout cas il faudra en être certain » et cela pourrait être dans ce cas là un moyen d'appuyer un renvoi chez le médecin qui pourrait être pertinent. (Igor, FA9)

Les ATVDs peuvent aussi permettre **d'amorcer la discussion avec le médecin ou le pharmacien** si le patient revient vers eux après avoir réalisé le test pour avoir des explications. Ce qui peut être valorisant pour les deux professionnels de santé (9).

Donc, je pense que cela peut être un bon point d'accroche pour ouvrir la discussion, parce que si le patient ayant fait son autotest est à la recherche et qu'indépendamment d'avoir évidemment pianoté sur Internet, il s'adresse après à quelqu'un qui a la compétence et la grille de lecture pour lui expliquer son test. (...)

Je pense que les autotests ont réellement une place, sont extrêmement valorisants tant pour nous que pour les médecins. Ils permettent une bonne communication. (Igor, FA9)

➔ Eviter l'engorgement des services d'urgences et des cabinets médicaux en permettant de donner une première indication (3,5,8)

Les ATVDs pourraient permettre de donner une première indication et de déceler si la consultation est nécessaire et son urgence. Toutefois, l'acteur « à la manœuvre » ne fait pas consensus. Il pourrait d'agir du médecin (qui demande de réaliser un ATVD, à la place d'un test de labo, obtenir plus rapidement un résultat et lancer le traitement Adhoc) (5), le patient (3) ou le pharmacien, dans un lieu plus accessible à la personne, pour faire un premier tri et référer le cas échéant vers le médecin. Dans ce dernier cas, l'idée est de référer si les solutions à proposer en pharmacie ne suffiront pas (8).

[Le patient] cela pourrait désengorger les visites médicales aussi, si les gens ont déjà une première approche, (...) Si par exemple tétanos on le vérifie en première urgence et qu'en fonction de ça on ne fait pas le sérum parce que c'est ça surtout, éviter d'avoir un engorgement niveau des urgences et que du coup on ne doit pas faire de sérum pour le tétanos. On doit juste rappeler aux personnes qu'il faut les rappels.

Les infections urinaires. C'est pareil ! Parce que souvent il faut aller voir en catastrophe le médecin et cela arrive les week-ends. Donc, oui, ce sera nécessaire. (Clara, FA3)

[le pharmacien] Trier, je crois on va dire. Trier. « Vous c'est bon... ».

I : Oui. Dans le genre, ça va passer comme ça ou il est temps que vous alliez chez le médecin

Oui, c'est plus pour trier moi je dirai. Parce que souvent, on voit vraiment des gens qui sont malades et qui ne vont pas chez le médecin et des autres qui ont un tout petit bobo. (...)

Oui. Je crois qu'ils vont tous aller chez le médecin et qu'il n'y a que 5% ou 10% maximum qui ont vraiment une infection, ben ça ne sert à rien. Un Dafalgan®, un petit spray suffit et ça ne sert à rien d'aller chez le médecin, je crois.

I : Donc pour ne pas engorger les services pour rien en fait. C'est dans ce sens-là, en fait ?

Oui. Dans ce sens-là, oui. (Heidi, FA8)

➔ Rassurer le patient (7,10,12,13), en attendant le rendez-vous médical

L'ATVD est perçu comme pouvant permettre de réconforter le patient en proie à la panique (7-si le test est négatif, 10), en attendant son rendez-vous chez le médecin (7,12). Il permet au patient d'obtenir une réponse rapidement (7,12)

Mais c'est vrai qu'il y a des gens qui sont en panique, qui veulent savoir, qui sont impatients et là c'est un moyen de les rassurer. Au moins, ils ont une réponse à leur souci quoi. Ça, c'est quand même avantageux aussi.

Ça leur permet d'avoir un résultat un peu rapide. (Katie, FA12)

➔ Donner des balises au pharmacien dans le cas d'une automédication par le patient (4,5,8)

L'ATVD est perçu comme intéressant lorsque le pharmacien propose un « traitement ». Il permet de doser le paramètre concerné et de s'assurer qu'il n'y a pas surdosage (8-fer), d'identifier la nature du problème (4-infections urinaires versus vaginales), d'en apprécier la gravité et la nécessité (ou non) de consulter un médecin (8)

Sinon pour les infections urinaires aussi. Ça vraiment c'était utile puisque la même chose. Je crois qu'on a eu un cas où on est passé à côté d'une infection urinaire. La dame a pris juste un produit naturel avec des plantes mais après elle s'est retrouvée avec une hospitalisation, une infection grave au niveau des reins. Là, on a eu le cas il y a quelques années. Je me rappelle. Et là, ça c'est aussi la même chose parce qu'on vient, on vous dit « ça chatouille. Ça gratte ». Est-ce que c'est vraiment une infection ou est-ce que c'est une irritation vaginale ? Là, je vois que c'est quand même intéressant de faire le test. (Heidi, FA8)

➔ Contribuer à l'autonomie du patient (7, 11,14), lui permet de faire quelque chose pour sa santé (11,14)



L'ATVD peut amener le patient à se prendre en charge, à adopter ses comportements en fonction des valeurs (idées de prévention) (14) voire de consulter le médecin (11)

Oui, quand il y en aura en grande surface, il prendra deux steaks hachés, il prendra son test. Et puis, la fois d'après il oubliera de prendre des œufs parce qu'il se dit « Oui, dans les œufs il y a du cholestérol. Et comme j'ai vu qu'il y avait 240 dedans j'en prends plus. Par exemple pour le cholestérol. (Noé, FA14)

➡ Oser franchir le pas pour les pathologies plus sensibles (8-VIH)

L'ATVD permet de supprimer la barrière que constitue le médecin, par crainte de stigmatisation

Quand même, ils ont peur de la stigmatisation. C'est peut-être pour ça qu'il ne va pas chez son médecin (Heidi, FA8).

➡ Permettre la réalisation du suivi en semi-autonomie d'un problème de santé diagnostiqué (5,13)

Certains ATVDs (actuellement l'ATVD-infections urinaires) peuvent permettre un suivi en routine par le patient et ce, d'autant que le problème permet une réponse simple « oui-non ». Ce suivi permettrait de gagner du temps dans la prise en charge. Le médecin pourrait conseiller l'utilisation de l'ATVD dans ce cadre.

Bon, c'est vrai que l'infection urinaire c'est différent parce qu'il y a des gens qui sont sujets aux infections urinaires et ils ne vont pas aller chaque fois chez le médecin. Donc bon... Et ça, c'est facile à voir. Il y a infection ou il n'y a pas infection. (...) Ah, oui.

I : Donc, généralement, ils ont une prescription d'antibiotique en réserve ou... ?

Non. Ils pensent avoir une infection urinaire et donc, pour ne pas spécialement devoir aller chez le médecin ou ... Ben oui, peut-être pour déjà essayer d'éviter d'aller chez le médecin et quoi que ce soit, ils font déjà leur prise d'urine et voir s'il y a une infection ou pas. (Maeve, FA13)

➡ Être d'une utilisation aisée (8,9,12)

La réalisation des ATVDs serait facilitée du fait de leur similitude avec les tests de grossesse que les personnes ont l'habitude d'utiliser (8). De plus, « tout est bien expliqué dans la notice » même si elle est longue (9) et peu accessible si la personne ne maîtrise pas les langues véhiculaires (12)

Ce n'est pas très compliqué. Les gens, ils ont l'habitude, beaucoup ici avec les tests de grossesse. Je ne crois pas que ça, ce soit quelque chose de compliqué. (Heidi, FA8)

Je veux dire ce n'est pas compliqué de faire le test mais il faut bien quand même suivre les instructions, lire une première fois, tout préparer et relire pour le faire vraiment. Donc oui, s'ils comprennent le français, il n'y a pas de problème. Ou le néerlandais, les explications sont en 2-3 langues mais les autres langues... (Katie, FA12)

Les ATVDs seraient en outre fiables (6,14), même si certains sont plus fiables que d'autres pour un même problème (6)

Points forts des ATVDs. Les pharmaciens formulent des points forts essentiellement pour la santé des populations en général et du patient en particulier ainsi que dans une moindre mesure pour les relations du patient avec les deux professionnels (pour les deux permet d'amorcer le dialogue, pour le médecin plus d'autonomie- moins d'engorgement, gestion semi-autonome d'un problème de santé diagnostiqué- , pour le pharmacien, des balises dans le suivi de l'automédication). En ce qui concerne le patient, il s'agit d'éléments qui touchent principalement sa relation avec le médecin (oser faire le test, renouer avec le système de soins, amorcer une discussion, l'autonomie, le sentiment de réconfort) et dans une moindre mesure sa relation avec le pharmacien (amorcer la discussion)

Les points forts avaient tous été cités par au moins l'un des deux autres groupes de répondants, à l'exception de balises pour l'automédication qui concernent plus spécifiquement le pharmacien.

POINTS FAIBLES

Les différents points faibles ou désavantages perçus par les pharmaciens sont de :

➤ Présenter des coûts absolus et relatifs élevés (1,4,8,10,12,13)

Les ATVDS sont perçus comme ayant un prix élevé en regard de éléments suivants :

- Le prix que la clientèle du pharmacien (ou une partie de celle-ci) serait prête à consacrer pour un ATVDS. (1,4). Son prix fait de l'ATVDS, un produit **difficile à vendre**, ce qui n'est « pas un plaisir pour le pharmacien ». Un produit agréable à vendre est un produit qui est bien, à prix abordable et donc, qui se vend facilement (1); L'ATVDS est un bon produit, mais pas assez abordable.

Mais je suis convaincu par le produit, mais il doit être super accessible. Sans ça... les pharmaciens n'aimeront pas le vendre. Ce qui est chouette, c'est quand un produit se vend facilement. Qu'il est bien, qu'il est à prix abordable, tout à fait raisonnable et là, c'est gai de le vendre. Parce qu'on vend quelque chose de bien, pas cher. Les gens sont contents. Et puis voilà, après, ils reviennent avec et ils nous montrent « C'est positif. Qu'est-ce que je fais ? » « Ben, allez chez le médecin pour ça, pour ça... ». Mais là, il y a un endroit où il y a un mur dans la vente du produit, c'est le prix et ça, c'est infranchissable quoi. (...)

Moi, je ne les vends pas pour une chose très simple, c'est le prix.

I : D'accord.

... et je n'oserais jamais le proposer parce qu'on est gêné de demander ce prix -là. Dans ce quartier-ci, demander 15€ pour UN résultat... Laissez tomber ! On a l'affiche et tout. Qu'ils se démerdent en faisant de la pub mais nous, ... (Adrien, FA1)

Là, je vois que c'est quand même intéressant de faire le test. Mais bon, ici, ils n'ont pas beaucoup les moyens pour acheter le test. Je crois que c'est dans les 15€. (...) si c'était un tout petit peu moins cher, c'est sûr qu'il y en a certains que l'on vendrait beaucoup plus. (Heidi, FA8)

- Une dépense inutile. L'ATVDS ne permet pas d'économiser le coût d'une consultation : il faut de façon se rendre chez le médecin pour avoir un diagnostic (12)
- Plus coûteux que l'examen classique (la prise de sang), si le patient est déjà un suivi médical (10)

Et le mieux pour eux, c'est, ils veulent savoir leur cholestérol, ils vont faire une prise de sang et ils font tout en même temps et celle-là leur coûtera moins cher que d'acheter un test en pharmacie. (Johan, FA10)

➤ Peu de demandes de la part des patients (1,2,3,4,7-en dehors de infections urinaires,10,11,14) . Certains sont qualifiés de « Flop commercial » (14). La clientèle (plus âgée, suivie sur le plan médical) ne serait pas encore prête sur le plan des mentalités (7)

je pense qu'en fait, c'est un flop. Même de l'avis, je pense, de certaines firmes comme Hartmann. Il y a des tests qui ne fonctionnent pas. (Noé, FA14)

Maintenant, je pense que ce n'est pas encore, en tout cas c'est l'impression que je ressens ici au niveau de la patientèle, ce n'est pas encore inscrit tout à fait au niveau des mentalités, cette démarche. On a quand même beaucoup de patients qui vont chez le médecin pour faire leur prise de sang régulièrement, pour contrôler justement le sucre le cholestérol et tout ça. C'est peut-être lié aussi au fait que la patientèle, chez moi, est très âgée. Donc, qui n'ont pas du tout ce besoin peut-être, ou cette rapidité d'avoir des réponses à leurs questions tout de suite. (Greta, FA7)

Les ventes limitées sont à l'origine de difficultés :

➤ Leur temps de conservation perçu très limité. Celle-ci engendre des **problèmes de gestion de stock** (14)

Ils ne sont pas valables très longtemps. (Noé, FA14)

➤ L'espacement des ventes. Celui-ci rend le conseil plus compliqué. Le pharmacien ne peut développer une routine de conseils. (2)

La dernière fois que j'avais dû expliquer, j'avais quand même dû regarder avec lui dans la notice pour comprendre. Quand on n'en vend pas après 4 semaines ou un moment, on ne se souvient plus de la notice. Mais on regarde et voit avec eux au moment de la vente. (Boris, FA2)

➤ Crainte de la réaction de la personne si résultat positif et traumatisant (3,4,5,6,10-VIH)

Suite à la réalisation du test, le patient peut paniquer ou ne pas consulter (4). Le lien est d'emblée établi avec le rôle que le pharmacien peut jouer à cet égard. Il ne fait pas consensus. Pour certains, cela nécessite un soutien, un encadrement, le pharmacien ne peut offrir « parce qu'il n'est pas psychologue » (3). Pour d'autres, le pharmacien peut accompagner en donnant des infos sur l'après-test, les traitements (5,6). Certains soulignent si la réaction du patient est une préoccupation, lire le résultat à un ATVDS n'est pas différent que recevoir un résultat via un coup de fil ou un mail (6).

Ce serait un plus au rôle de pharmacien. Maintenant, moi, je reste toujours un peu... par rapport à celui-là...

I : VIH, oui ?

Parce que nous ne sommes pas psychologues non plus et il faut quand même avoir un soutien de la personne. Parce que la personne qui ferait le test et qui se rend compte qu'elle est atteinte... voilà. Elle fait le test toute seule, elle voit qu'elle est atteinte du VIH et après ? Cela, c'est un peu compliqué je trouve. (Clara, FA3)

Moi, ce qui me fait peur. Ce qui continue à me faire peur. C'est le patient qui est seul face à l'annonce de sa maladie. Cela, ça reste effrayant. Maintenant, quand ils reçoivent des résultats de tests ou d'analyses, parfois c'est un coup de fil, c'est un mail. Ce n'est pas plus rassurant non plus. Mais, en tout cas, c'est là-dessus qu'on essaie vraiment de blinder ce qui va se passer après. (Flora, FA6)

➡ Risque de susciter de la surconsommation (lié à l'anxiété) (7)

Cette tendance n'est toutefois pas observée dans la clientèle du pharmacien (7). Un autre pharmacien précisera avoir été **réticent au départ par rapport à la réaction du client face à un test VIH +**. Il a toutefois revu sa position depuis : un test de grossesse positif peut être aussi très traumatisant (9). A la réflexion c'est un bon point d'accroche pour une discussion avec un professionnel de santé (9).

Je pense plutôt à la personne qui est un peu anxieuse et qui donc aurait tendance à faire ce genre de tests de manière rapprochée par crainte justement d'être atteinte d'une pathologie ou d'une autre, je pense à nouvelles infections urinaires mais c'est vrai qu'on a certaines patientes qui sont souvent sujettes et qui donc développent une vraie anxiété par rapport au fait qu'une cystite ne se déclare. Et donc, oui, elles pourraient dans ces cas-là peut-être tomber dans un certain cercle vicieux à vouloir toujours faire le test pour être sûr que ça va bien. Mais, ici dans la patientèle, je n'ai pas détecté ce risque en tout cas. (Greta, FA7)

Au début j'étais pas trop favorable. Vous savez certainement pour le VIH en disant : « mon Dieu, c'est difficile à digérer, il faut entourer la personne, etc. ». D'un autre côté, la grossesse ça peut aussi être quelque chose de difficile à digérer. Et donc, je crois qu'il y avait une dimension culturelle. Cela peut être extrêmement tragique un test de grossesse positif et on le fait aussi tout seul chez soi. Donc, je pense que cela peut être un bon point d'accroche pour ouvrir la discussion, parce que si le patient ayant fait son autotest est à la recherche et qu'indépendamment d'avoir évidemment pianoté sur Internet, s'adresse après à quelqu'un qui a la compétence et la grille de lecture pour lui expliquer son test. (Igor, FA9)

➡ Présenter des difficultés dans leur réalisation (10)

Les ATVDs sont décrits comme « peu évident à réaliser ». Ici également, le rôle du pharmacien est souligné. Il peut fournir des explications au patient.

➡ Ne pas contribuer à améliorer la santé de la population (14,15)

Les ATVDs feraient partie des choses imaginées pour soi-disant améliorer les choses, mais qui contribuent surtout faire des **économies pour les pouvoirs publics** et des **rentrées pour les firmes pharmaceutiques** (14). Une idée que d'autres résument par « quelque chose de purement **commercial** » (15)

Une boîte de plus à vendre hein. Je ne pense pas que ça peut améliorer la santé de la population (Noé, FA14)

ik vind het precies zo niet relevant, allez, die zelftesten, ik zie het louter als iets commercieel. (Olga, FA15)

➡ Risquer de remplacer la consultation régulière d'un médecin, pour certains paramètres (7)

Ce que je ne voudrais pas en tout cas c'est que ce dispositif se substitue au contrôle régulier que le médecin généraliste doit apporter pour le cholestérol, le diabète. (Greta, FA7)

➡ Risquer de susciter des attentes plus larges que ce qu'ils « mesurent », de ne pas répondre aux interrogations du patient (6)

Quoique fiables, les ATVDs annoncent souvent quelque chose de trop général par rapport à ce qu'ils mesurent. Cela risque d'introduire de l'incohérence entre les attentes du patient et la mesure/ « réponse ».

Ce sont des outils qui sont fiables. Le problème, c'est que souvent ils annoncent quelque chose de trop général. On ne va pas détecter une intolérance au gluten, on ne va pas savoir si un homme est fertile ou pas, on va voir la quantité et la concentration de spermatozoïdes, ce qui ne veut encore rien dire. Donc, par rapport à la fois précise, ils sont fiables. Mais, le patient a parfois des attentes plus larges parce qu'il n'a pas compris ou qu'il n'a pas... et là, il faut faire attention. (Flora, FA6)

Les autotests présenteraient un intérêt variable lié à :

➡ **L'intérêt de mesurer ce paramètre spécifique** (6,13). Les ATVDs se limitent à un paramètre de santé. Aussi, certains tests sont **sans valeur ajoutée** parce que **le problème nécessite un suivi global, qui doit être assuré par le médecin** (6). Un lien est



parfois établi avec le coût perçu. Ces ATVDs sont couteux d'autant qu'ils n'ont pas de plus-value. Ils sont qualifiés de « commerciaux »¹⁰⁹. Il n'y a toutefois pas de consensus sur les ATVDs qui présenteraient une plus-value.

Ponctuellement il peut y avoir un intérêt pour un suivi, je pense à la carence en fer, ou le test ménopause, ponctuellement. Mais, de toute manière, le mieux est d'avoir un suivi global, avec le médecin (...) Tandis que tous les autres, pour moi sont plus commerciaux et donc, cela, on est là pour donner de l'information au patient, mais on ne le pousse pas, on ne le conseille pas parce que là ce sont tous des tests que quand on réfléchit, il y a un coût au départ et quand le patient fait le test, ... Quand on se dit, finalement si le test est négatif, il doit aller voir le médecin parce que son problème n'est pas identifié et si le test est positif, il doit quand même aller voir le médecin parce qu'il faut confirmer ou qu'il faut faire d'autres analyses. Du coup, quel est l'intérêt du test, à part une dépense d'argent (Flora, FA6)

Mais, allez, voir si on est ménopausée... moi, je ne suis pas sûre qu'avec ces tests on puisse voir précisément si on est en ménopause ou pas. L'allergie. Cas précis. Pour moi, ce test il va dire vous avez une allergie ou pas. Et alors ? On ne sait pas à quoi ! Enfin pour moi, ça n'a pas de sens (Maeve, FA13)

➡ **La nécessité de consulter ou non, en cas de test positif.** Un ATVD n'aurait de valeur ajoutée que si une consultation n'est pas nécessaire en cas de test positif (4, 5, 9,13). Pour l'un d'eux, le seul ATVD intéressant serait celui concernant les infections urinaires (13). Ce point faible est en tension avec le point fort que l'ATVD peut amener la personne à renouer avec le système de soins.

Certains ATVDs sont en outre perçus comme présentant une pertinence clinique faible (ex. cholestérol, Lyme, 9).¹¹⁰ et comment étant peut-être peu fiables (ex. Lyme) (3)

Points faibles des ATVDs-Les points faibles concernent principalement le patient (coût élevé, attentes plus larges que ce qui est « mesuré », difficultés d'utilisation, risque de surconsommation, risque de panique). D'autres éléments sont également soulignés, ils concernent la faible demande en ATVDs (et ses conséquences sur les pharmaciens), les motivations (économiques et lucratives) et les risques sur la relation patient-médecin.

La plupart des points faibles ont été mentionnés par au moins un des deux autres groupes de répondants. Trois éléments sont toutefois spécifiques aux pharmaciens à savoir :

- Le peu de demandes de la part des patients, soit un nombre de ventes très limité qui a aussi des incidences en matière de gestion de stocks et de conseils (absence de routine de conseil) ;
- La dénomination des ATVDs qui suscite des attentes démesurées en regard du paramètre mesurés
- La catégorisation des ATVDs en fonction de leur utilité sur base de la nécessité d'une consultation médicale. Ainsi, l'ATVD est inutile si le problème nécessite une prise en charge globale ou encore si un test positif nécessite une consultation médicale. Il n'y a toutefois pas de consensus sur un classement des ATVDs en fonction de l'utilité.

La plupart des points relevés sont ici très imbriqués. Certains sont la cause (ou la conséquence) d'un autre.

¹⁰⁹ Ce qualificatif est employé précédemment pour qualifier l'ensemble des ATVDs. Il est limité ici à certains ATVDs.

¹¹⁰ Ils créent un besoin alors que ce problème n'est plus traité dans tous les cas

Tableau FA5-Représentations des pharmaciens concernant les points forts et points faibles des ATVDs

Points forts	Points faibles
➔ Permet d'améliorer le dépistage d'un problème de santé pour un individu et dans une population. (><) ➔ Permet d'oser réaliser le test pour des pathologies plus sensibles ➔ Permet de "(Re)nouer avec le système de santé". L'ATVD = une porte d'entrée. (><) ➔ Rassure le patient (><) ➔ Permet d'amorcer une discussion avec le médecin ou le pharmacien (valorisant pour le professionnel) ➔ Permet d'éviter l'engorgement des cabinets médicaux et des services d'urgence. (><) ➔ Donne des balises au pharmacien en cas d'automédication par le patient ➔ Contribue à l'autonomie du patient ➔ Permet la réalisation du suivi d'un problème diagnostiqué en semi-autonomie. Les ATVDs sont en outre perçus comme : ➔ D'une utilisation aisée (><) ➔ Fiables	➔ Demande faible → problème de gestion de stock, absence de routine dans le conseil. ➔ Coût élevé (pour sa clientèle ; ne remplace par une consultation; comparé à l'examen classique) ➔ Risque de susciter des attentes démesurées, en regard de ce qu'ils « mesurent ». ➔ Vise les économies (les pouvoirs publics), les rentrées (les firmes). Pas la santé de la population. ➔ Risque de poser des difficultés dans leur réalisation (><). ➔ Risque d'engendrer une surconsommation d'ATVDs ➔ Risque de remplacer la consultation médicale régulière. ➔ Risque de susciter des réactions de panique/déni et nuire à la prise en charge (si pronostic fort (><)) Les ATVDs peuvent avoir un intérêt variable selon : - L'intérêt de mesurer un paramètre spécifique (vs prise en charge globale) - La nécessité de consulter si le test est positif. Certains ATVDs sont en outre perçus comme : ➔ ayant une pertinence clinique faible ➔ suscitant le doute quant à leur fiabilité
Notons qu'il n'existe pas de consensus sur les problèmes de santé pour lesquels, il y a un intérêt à mesurer un paramètre et la nécessité de consulter un médecin. .	

3.1.1.4. REPRÉSENTATIONS RELATIVES À LA FIABILITÉ

Taux de réponse : 15 sur 16 (pas de réponse :13)

Les pharmaciens étaient invités à se prononcer sur la fiabilité des ATVDs. Les éléments repris ci-après sont l'appréciation de la fiabilité, suivie des arguments avancés par le pharmacien, pour justifier son choix. Parmi les 15 répondants, 4 s'expriment sur un seul test : l'ATVD-VIH pour trois d'entre eux (2,8,9) et la recherche de sang occulte dans les selles pour le dernier (15). Onze pharmaciens estimaient que les ATVDs étaient fiables, trois rapportaient ne pas savoir, un dernier estimait qu'ils n'étaient pas fiables à 100%.

➔ Onze pharmaciens estiment (1,2,5,6,7,8,9,10,11,14,15) que les ATVDs sont fiables voire très fiables (1)

Cette perception est motivée par :

- L'autorisation de mise sur le marché et la notoriété des firmes qui les conçoivent (5,7,10)

Et pour vous, ils sont fiables ces tests ?

Ben, j'imagine que s'ils ont été mis sur le marché, c'est qu'ils ont une autorisation et qu'ils sont fiables... (Emilie, FA5)

A priori, les laboratoires qui font ça, c'est vrai que moi je connais principalement les tests Mylan et Véroval, ce sont ceux avec lesquels on travaille, que la firme derrière est sérieuse et ne fait pas n'importe quoi. (Greta, FA7)

- La **technique** (« immuno- chromatique ») sur laquelle ils reposent et qui est jugée fiable (11)
- La **réalisation de l'autotest par le pharmacien lui-même** et l'obtention de résultats identiques à une prise de sang (14)

Je pense que oui parce que j'ai fait le test moi-même.

I : Ah oui ?



Oui. Avec le cholestérol. Je crois que je devais avoir 220 et dans la réalité, je crois que j'avais 210. Donc, la fourchette de mesure est parfaite (Noé, FA14)

Certains pharmaciens (1,2,6,8,9,10,11,15) nuancent leur propos, ils précisent que quoique les ATVDs soient fiables :

- Pour un même paramètre, certaines marques sont plus fiables que d'autres (6)

Nous, on a choisi le Fecotest® parce qu'il demande de prendre trois mesures. Donc, au niveau scientifique, il est plus valide que l'autre marque qui le fait. (Flora, FA6)

- Cette perception est limitée aux ATVDs qu'ils connaissent : le VIH (2,8,9) ; la recherche de sang occulte dans les selles (15). Ils disent ne pas savoir pour les autres :

- La fiabilité est conditionnée à sa réalisation correcte par le patient (1,9-Risque de faux positif). Certains soulignent qu'il y aurait d'emblée plus de faux négatifs (10) du fait que la personne réalise le test. D'autres, au contraire, soulignent qu'elle sera équivalente pour autant que le protocole soit bien expliqué (2) et respecté (2,11).

Ils sont fiables ou ils ne sont pas fiables, ces tests ?

Ah, ben d'après les infos que j'ai eues, ils sont très très fiables... pour autant qu'ils soient bien faits aussi parce qu'on ne sait jamais comment est-ce qu'ils vont le faire à la maison. On n'est pas là pour checker. (Adrien, FA1)

Je pense que oui. Si on respecte le protocole. Si par exemple ils disent : « il faut attendre cinq minutes et faire la lecture ». Ben, on attend cinq minutes. Au-delà de cinq minutes, là, on retombe... voilà. Je pense que si on respecte le protocole comme il faut, le résultat est... En plus, à chaque fois, dans le test il y a un contrôle. Et donc, quant à la barre-contrôle marche et que c'est négatif de l'autre côté, on peut dire que c'est négatif. Si c'est positif avec le contrôle, c'est que c'est positif. (Léo, FA11)

- Enfin, la fiabilité relative en regard du test en laboratoire ne fait pas consensus : entre aussi fiable (2) et moins fiable (10), elle pourrait également être test dépendant, nous ne disposons pas de suffisamment de données¹¹¹.

Un test SIDA autotest, ça vous semble aussi fiable qu'un test qu'ils auraient fait... ELISA, en fait ?

Oui, tout à fait. Oui, moi je suis certain. Ça dépend évidemment du moment de la prise. Mais si c'est bien expliqué qu'il ne faut pas maintenant « j'ai eu une relation hier », il y a 9 chances sur 10 que ce soit négatif. (Boris, FA2)

➡ **Un pharmacien estime que les ATVDs pas fiables à 100% (12) et qu'ils sont moins fiables que les tests de laboratoire.**

➡ **Enfin, Trois pharmaciens disent ne pas savoir si les ATVDs sont fiables ou non (3,4,16)**

I: Et Qu'ils vous semblent fiables ces tests ?

(Silences)

I: Mystère ?

Oui. (Clara, FA3)

Fiabilité des ATVDs- La perception de la fiabilité chez les pharmaciens de notre échantillon va globalement dans le sens de la fiabilité, même si tous ne peuvent se prononcer sur le plan de la fiabilité. La perception de la fiabilité repose sur l'autorisation de commercialisation, l'expérimentation sur soi de l'ATVD ou encore, la confiance dans la technique de mesure.

A l'instar des patients, aucun ne pense que les ATVDs ne sont pas du tout fiables.

Concernant un lien entre la perception des ATVDs et la perception de la fiabilité, les résultats ne sont pas très contrastés dans les deux cas¹¹², ce qui rend mal aisée l'apparition de tendances. Toutefois, tous ceux qui étaient « pour » les ATVDs les percevaient comme fiables.

¹¹¹ L'ATVD-VIH est jugé aussi fiable qu'un test de labo. Nous ne disposons que des réponses de deux répondants.

¹¹² Nombreux étaient ceux dans notre échantillon qui pensaient que les ATVDs sont fiables et qui ne se prononçaient pas clairement pour ou contre les ATVDs. (Voir Annexe 3)

3.1.1.5. REPRÉSENTATIONS DE LA VENTE DES ATVDs EN « GRANDE SURFACE »

Taux de réponse : 14 sur 16 (pas de réponse :14,15)

Cette disposition (décision de la ministre De Block) est intervenue en cours de recueil des données. Il était prévu que les ATVDs soient (ultérieurement) disponibles en grande surface. Si la situation n'était pas effective lors du recueil de données, il est néanmoins paru intéressant de recueillir la perception et les éventuelles représentations des pharmaciens à ce propos. Ce type de question pouvant être notamment un indicateur du rôle perçu du pharmacien sur le plan du conseil. Parmi notre échantillon, treize se disaient défavorables à une telle commercialisation ; un se disait favorable.

➔ Treize pharmaciens se disent défavorables à la commercialisation des ATVDs en grande surface (2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,16)

Les raisons invoquées sont de deux ordres : l'absence d'un interlocuteur à même d'offrir un « accompagnement à la personne » et un manque à gagner pour les pharmaciens.

- **L'absence d'interlocuteur à même de fournir un accompagnement.** Or, l'ATVD nécessite un « accompagnement ». L'absence d'accompagnement pourrait être préjudiciable à la personne. Aussi, selon ces pharmaciens, l'ATVD doit rester en officine (2,3,4,6,7,8,9,12)¹¹³ ou en tout cas, être vendu par un professionnel de santé, qu'il s'agisse d'un pharmacien ou d'un autre professionnel, comme le médecin (5,11). Ce qui est entendu par « accompagnement » varie toutefois, en fonction de l'approche, plus ou moins centrée sur le patient, du pharmacien : d'une information à une aide à la décision.
- **L'absence d'information** sur comment réaliser l'autotest correctement peut conduire *des erreurs dans la manipulation* de ceux-ci (2,4,5,8,10,11,13). La personne doit disposer d'un interlocuteur afin que ce dernier puisse répondre à ses interrogations (11,13) et parfois traduire les termes médicaux (le paramètre, la pathologie) (4,5). Cet interlocuteur serait d'autant plus nécessaire que les « gens sont bêtes » (Emilie, FA5) et que la réalisation d'un autotest n'est pas aisée (4,10).

Ah, je trouve ça stupide parce que, encore une fois, il n'y aura pas le suivi. Allez voir dans un supermarché. (...). Ben forcément, ce gars c'est un vendeur, il ne va rien dire. Je trouve ça tellement stupide ce genre de trucs. Je ne comprends pas. Pour moi, c'est commercial. C'est pour se dire « Voilà, vendons ». Je trouve que ça doit rester dans les mains de professionnel parce que ces manipulations-là doivent être quand même faites de façon correcte. Et en plus, bon, un test c'est quand même 30€... Bon, ce sera peut-être 15-20€ en grande surface, ils peuvent en acheter 2, comme ça s'ils se ratent 1x... Moi, je suis tout à fait contre. Mais bon, encore une fois, parce que je trouve qu'il faut que l'on soit dirigé par un professionnel qui vous aide à le faire correctement et dans des conditions que vous n'aurez jamais avec... (Boris, FA2)

Oh, n'en parlons pas ! En pharmacie, quand c'est encadré par des gens de santé... alors en supermarché ? Alors là, c'est pire que tout ! C'est n'importe quoi. Pour moi, hein, vraiment. Vous imaginez, vous avez mangé trop de choco et puis vous achetez un test pour savoir si vous avez trop de cholestérol. Allez... Sans qu'on dise quoi que ce soit. Vous allez lire une notice, vous n'allez rien comprendre... Ce n'est pas si facile à comprendre. Alors là, vraiment, on touche le fond pour moi.

I : ... Par le manque d'explication, la confusion des gens, en fait ?

Oui, évidemment. Rien que les termes. Des termes auxquels, nous sommes habitués, mais eux... On entend cholestérol, mais quoi cholestérol ? Oui, on sait un peu, on a déjà entendu ce mot mais... on ne sait pas. C'est logique. (Doris, FA4)

Selon certains, les pharmaciens risquent de se décourager parce que soit les personnes vont acquérir le test en grande surface puis venir en officine pour les explications, soit l'acheter en pharmacie une seule fois puis aller en grande surface par la suite. Pour le pharmacien, c'est investir beaucoup de temps pour étudier ces dispositifs, pour un retour sur investissement, faible. (13)

I : Et le fait que ça va être disponible en supermarché, comme tous les dispositifs en fait, est-ce que ça change quelque chose ?

Pour moi, ça ne va rien changer. Non. Mais ce qui va se passer c'est qu'ils vont venir ici avec leur test en demandant qu'on le décortique.

I : Ah, oui. Ils vont l'acheter et puis ils reviennent...

Ah, oui, oui. Ça je l'imagine bien. Honnêtement, je trouverais ça aberrant qu'ils aillent chercher leurs tests en grande surface mais à côté de ça, il y a les tests de grossesse. Effectivement. Bon, on n'apporte pas grand-chose à ce genre de test donc qu'ils aillent le chercher en grande surface mais qu'ils ne viennent pas me dire après « Tiens, est-ce que je suis en ménopause avec ça comme résultat ? ». J'irais leur dire de le demander à la caissière du GB® quoi [Rires]. Maintenant, d'un autre côté, on va commencer à se décourager aussi ! Honnêtement, on a passé une journée entière à étudier tous ces tests. Mais une journée entière ! (...) On ne va plus travailler ces produits-là. Ils sont en grandes surfaces ? Ben, je ne les

¹¹³ Le fait que des dispositifs disponibles en officine puissent ou non être disponibles en grande surface ne fait pas consensus. Pour certains (3), aucun dispositif/produit disponible en officine ne devrait l'être en grande surface (3) ; pour d'autres, certains dispositifs/produits peuvent l'être mais pas l'ATVD (6,7), du fait qu'il nécessite un conseil (6).



rentre même plus. Et je dirais aux gens « Allez les chercher en grandes surfaces ». Parce que ce qui va se passer aussi c'est que les gens vont venir le chercher une fois ici. On va expliquer. Et puis, ensuite, ils vont les acheter en grandes surfaces. (Maeve, FA13)

- **L'absence d'aide à la décision, de la communication de l'information pour le suivi post test (6,9).** Un achat en grande surface n'est au final pas un gain d'argent, parce que l'ATVD le moins cher est celui qu'on n'achète pas parce qu'il n'est pas utile (6). Un accompagnement que le patient est censé trouver en officine (6,9). Ces pharmaciens présentent des pratiques de partenariat mutuel.

Je ne comprends pas ce que l'on cherche en faisant ça. Parce qu'on voit, de l'expérience qu'on a, de l'information qu'on a... si le but est que les autotests soient moins chers, je pense que le produit le moins cher est celui qu'on n'achète pas. Et qu'on achète que si on en a besoin. Et ça, ces choix-là... ou les outils pour faire ses choix là, ils sont possibles en pharmacie mais ils ne sont pas possibles en grande surface ! Ce n'est pas possible. Donc, on ne va pas vendre moins cher, parce qu'on va faire acheter des bêtises à des patients. Le deuxième danger des autotests, c'est ce que fait le patient avec le résultat qu'il obtient. Et ça, il a l'info en pharmacie, en tout cas si le patient n'a pas cette information-là, il ne doit plus aller dans cette pharmacie-là ! Mais le patient doit savoir ce qu'il est censé recevoir comme services, dans une pharmacie. Il est censé avoir un accompagnement. (Flora, FA6)

L'un d'eux souligne toutefois que s'il est convaincu de la valeur ajoutée du pharmacien, défendre le maintien des ATVDs en officine n'est pas dans l'air du temps et peut-être perçu comme corporatiste. Par ailleurs, **le fait que tous les pharmaciens n'offrent pas ces conseils n'aide pas à convaincre de l'existence d'une valeur ajoutée d'une vente en officine.**(9)

Je pense que ce n'est pas approprié. La difficulté c'est que quand on dit ça on passe immédiatement pour des corporatistes. C'est ça la difficulté. Mais, un sel de réhydratation, en soi, cela n'a aucune toxicité. Mais, il y a tellement de choses à dire en pédiatrie autour de la réhydratation du nourrisson (rires). Les gens... je suis embêté parce qu'effectivement je pense qu'on a une plus-value. Mais, je pense que l'on rame à contre-courant et que cela ne sert à rien. Les gens ne sont pas prêts. La mode, aujourd'hui n'est pas celle-là. Et cela ne sert à rien de se révolter, on ne pourra pas le changer. De la même manière que vous avez des app, avec les 10 conservateurs les plus toxiques dans les cosmétiques et que les gens commencent à regarder en se disant « est-ce qu'il y a tel truc ? ». Ils ont un nom. Ils sont incapables de faire une lecture commentée. Ils ont décidé qu'il y avait un produit qu'ils allaient bannir. Ça n'a aucune cohérence. Cela n'a aucune logique. Mais, ils n'ont pas la compétence non plus pour le faire. Et présumer que tous les pharmaciens font consciencieusement leur métier, serait excessif ! Donc, il faut quand même voir midi à sa porte. (Igor, FA9)

- **Une perte d'une part de marché pour la pharmacie (3,7,12).** Les ATVDs disponibles en grande surface constitueraient un manque à gagner pour les pharmaciens. Aussi, certains se disent contre par principe (3,7) que tout ce qui se trouve en officine (3) ou que tout ce qui est médicament ou médical (7), se retrouve en grande surface (7). Toutefois, ces pharmaciens partagent le point de vue précédemment énoncé que la valeur ajoutée de la vente en officine est compliquée à argumenter. Ils ajoutent au fait que les pharmaciens ne donnent pas toujours d'explications (12), les éléments suivants : les ventes sont très faibles (3) et les pharmaciens, non-formés aux ATVDs, sont démunis quand il s'agit de fournir des explications au patient (3,7).

Je suis contre que tout ce qui est en pharmacie se retrouve en supermarché parce que du coup c'est une perte chez nous. Maintenant comme nous, on ne les vend pas, on n'a pas eu d'explications là-dessus... (...)

I : Oui, un peu coincée par rapport à argumenter une plus-value là-dessus.

Voilà. (Clara, FA3)

Donc je trouve que ce n'est pas utile mais je pense que ça va rester quand même une part de marché qui sera perdue parce que les gens achèteront quand même un désinfectant, un sparadrap ou alors un pansement plus facilement quand ils sont au supermarché, qu'ils font les courses et qu'ils passent au rayon pansements. Donc oui, ce n'est pas très utile pour nous. Donc on n'est pas pour, à mon avis. (Katie, FA12)

Une inquiétude est en outre expressément exprimée en ce qui concerne l'ATVD-VIH : l'absence d'interlocuteur en cas de problème.(3)¹¹⁴

Mais voilà, je resterai toujours inquiète par rapport à cet HIV, parce que quelqu'un qui va chercher cela en grande surface. Il va rester là avec son problème... (Clara, FA3)

Parmi ces pharmaciens, certains considèrent toutefois que cette évolution est inéluctable, voire déjà en cours, avec la vente sur Internet (5,9). Il y a par ailleurs un précédent avec les tests de grossesse (13). Aussi, cela pose plus largement la question de l'avenir du pharmacien, de que ce qu'il pourra jouer comme rôle (13-recentrage sur les médicaments ? ,16).

Je pense qu'on va y arriver de toute façon. Mais je pense qu'alors, il faut un rayon pharmacie dans le supermarché. Il faut quand même que ce soit vendu par des gens du monde de la santé. Que ce soit même les médecins, si c'est vendu chez les médecins ou peu importe. Mais pas au

¹¹⁴ Ce pharmacien mentionnait toutefois ne pas être l'interlocuteur adéquat en cas d'ATVD-VIH positif.

supermarché... ou sinon dans un rayon santé, mais alors il faut déplacer la pharmacie dans le supermarché. Parce que les gens vont prendre ça... mais les gens sont bêtes. Ils ne comprennent pas, ils prennent leur truc... Non. (Emilie, FA5)

Vooral misschien ook met de beslissing om bepaalde producten uit de apotheek te halen en naar de supermarkten te brengen?

Voila, dat zijn...Ja, nee, dat zijn allemaal puntjes dat..de ene prik na de andere dat we krijgen.

I : Een beetje zoals het afbrokkelen en dat jullie zich afvragen "waar staan wij als apotheker nog?"

Ja.

Ze zijn inderdaad al online beschikbaar en dan gaan we ook over de grenzen heen, ...Da's anoniem he, da's anoniem en dan kunnen wij onze raad daar ook niet bijsteken. We kunnen daar ook niet aanvoelen, van wat voelt die patiënt nu, dus ja, allez ja, dus ja, en euh....de vraag is, is dat wat...wat gaan wij als apotheker daar nog in kunnen doen, nog kunnen zeggen, als alles, als alles zo maar vrij is, zonder dat daar enige controle over is. (...)

I: En is dat iets waar u eigenlijk wel wat schrik van heeft?

Schrik is een groot woord, maar dat ik mij daar wel vragen bij stel. Ja, van allez ja, hoe wordt...wat is onze toekomst? (Paul, FA16)

➡ Un pharmacien se dit favorable à une telle commercialisation (1).

Son argumentaire s'inscrit dans des principes de santé publique ; L'autotest peut diminuer l'incidence des problèmes de santé. Aussi, une commercialisation en grande surface peut permettre une meilleure accessibilité (diminution des prix et augmentation des ventes). En outre, si le patient réalise son test seul chez lui, le lieu d'achat n'induit pas de différence. (1)

Et par rapport aux autotests, si c'est disponible en supermarché, ça vous inspire quoi ?

Bah... Encore une fois, peut-être la même chose qu'ici parce que finalement, nous, on peut vendre les autotests mais les gens le font à la maison. Ils interprètent eux-mêmes le résultat. (...) Il faut dire les choses comme elles sont. Et ils l'auront beaucoup moins cher et ils le feront beaucoup plus et du coup ce sera beaucoup mieux pour eux parce que quand ils auront un résultat positif à la maison, qui leur a coûté beaucoup moins cher, ils iront chez le médecin. Le but, c'est de... Le seul intérêt des autotests, c'est que ce soit fait en masse. Il ne faut pas en vendre 4 par an par pharmacie, là ça ne sert pas à grand-chose. (Adrien, FA1)

Commercialisation en grande surface. Les arguments **en défaveur** de ce type de commercialisation était la perte d'une part de marché pour les pharmaciens et la nécessité d'un interlocuteur pour assurer l'accompagnement du patient. La nature de cet accompagnement varie en fonction de la pratique plus ou moins centrée du pharmacien. Une partie de ces pharmaciens soulignent toutefois qu'argumenter la valeur ajoutée d'une vente en officine est compliqué : tous les pharmaciens ne fournissent pas d'accompagnement et certains se sentent peu outillés pour le fournir.

Pour une partie des pharmaciens, ce changement est inéluctable et pose plus largement la question de l'avenir de leur profession. Les arguments **en faveur** de ce type de commercialisation sont de l'ordre de la santé publique : l'ATVD peut contribuer à diminuer l'incidence d'un problème de santé. Or, la commercialisation en grande surface accroît son accessibilité.

Quoique les proportions doivent être considérées avec prudence, les pharmaciens étaient largement contre la commercialisation des ATVDs en grande surface (13 contre ; 1 pour). Ils y étaient aussi globalement plus défavorables que les médecins et les patients.

3.2. REPRÉSENTATIONS DE L'UTILISATEUR D'ATVD

La classification en 4 profils d'utilisateurs utilisée précédemment par les patients et les médecins est reprise ci-après afin de permettre la mise en perspective ultérieures des réponses des patients, médecins et pharmaciens. Il s'agit de : l'utilisateur « cible », l'utilisateur « redouté », l'utilisateur-type et le non-utilisateur-type. Un tableau récapitulatif des différents profils d'utilisateur peut être consulté à la fin du point 3.2.

3.2.1. L'UTILISATEUR « CIBLE »

L'utilisateur est celui pour lequel, l'ATVD aurait été conçu, d'après le pharmacien.

➔ Les personnes qui ne **consultent pas (1,8,9,10) ou peu (8) le médecin**. Une catégorie d'âge est parfois précisée, les moins de 45 ans (9). Ce profil de patient est en lien avec un point fort des ATVDs ; il peut permettre de « raccrocher » les patients au système de soins (1, 10).

Et je pense que cela peut quand même avoir une petite place pour des gens qui ne vont pas chez le médecin et qui se disent un moment donné « tiens, je n'aurais pas trop de cholestérol ? », qui achètent un truc, qui font un test. Attraper quelqu'un que le médecin n'aurait pas attrapé, disons. (Johan, FA10)

L'intérêt des autotests, c'est pour toucher toute cette population de moins de 45 ans qui ne va jamais chez le médecin. (Igor, FA9)

➔ Les personnes qui ne consulteraient pas pour ce type de problème (6)

➔ Les personnes qui sont **capables de gérer le résultat intellectuellement** (i.e. comprendre qu'il faut consulter un médecin) **et émotionnellement** (i.e. gérer son stress, ne pas paniquer si le résultat est positif, y compris pour un pronostic « fort »)(5)¹¹⁵

Il faut pouvoir le gérer « intellectuellement » pour pouvoir le faire et le gérer émotionnellement après. Et savoir quoi faire après. C'est ça aussi. (...) C'est comme pour tout type de patient, tu as des gens qui sont relativement intelligents, qui vont comprendre que leur test est positif, qu'ils vont devoir téléphoner à un médecin compétent et d'autres qui ne vont pas aller voir leur médecin, qui vont aller voir sur internet. Ça dépend vraiment de la patientèle, quoi. (...) VIH après, il faut se connaître. Je pense que la personne qui fait son test toute seule chez elle... il faut savoir réagir après quoi. (...) Oui, chlamydia, quand tu es chez toi et que tu vois que tu es positif au chlamydia, tu es un peu en stress quoi. Après, quand tu fais une prise de sang et que le médecin te téléphone, c'est pareil aussi. Je pense qu'il y a des trucs positifs. Il faut juste que les gens ne paniquent pas, c'est juste ça. (Emilie, FA5)

3.2.2. L'UTILISATEUR « REDOUTÉ »

L'utilisateur « redouté » est la personne que le pharmacien ne souhaiterait pas voir utiliser l'ATVD. Il s'agit des personnes qui **ne peuvent gérer la réalisation et le suivi du test intellectuellement ou émotionnellement**. Sur le plan intellectuel, elle ne sera pas à même d'interpréter le résultat (verbatim voir FA 5 supra). Sur le plan émotionnel, elle ne consultera pas le médecin (mais des sources comme internet) (5).

I : Et le fait qu'ils le fassent eux-mêmes, ça ne change pas grand-chose, en fait ?

Si c'est des débiles qui ne savent pas le faire et qui le font mal, si. Oui.

Donc pour vous, j'ai l'impression qu'il y a une sorte de profil de patient pour lequel les autotests seraient plus...

Ben oui, je pense que quand on voit la patientèle ici, déjà ils ne sauraient pas lire le résultat. Donc fatalement... (Emilie, FA5)

3.2.3. L'UTILISATEUR-TYPE

L'utilisateur-type est la personne qui typiquement se tourne vers l'ATVD, selon le pharmacien. Dans la mesure où la plupart des pharmaciens ont une expérience des ATVDs, contrairement aux deux autres groupes-répondants, il s'agit souvent de profils d'utilisateurs effectifs plutôt que potentiels.

➔ **Des clients inconnus de la pharmacie** (2,6-souvent,14) et ce, d'autant plus que lorsque le problème potentiel est délicat (VIH-2,6,14, prostate, infections vaginales). Les clients parlent peu volontiers de ce type de sujet (2). Il s'agit de clients furtifs qui ne souhaitent pas d'explication parce que les pathologies sont "un peu honteuses" (2,6), à moins que la personne ne soit très anxieuse sur la réalisation d'un test et que la pathologie moins taboue (ex. cholestérol) (14). Cette tendance de se rendre dans une autre officine pour un problème plus sensible était également présent chez les patients. Toutefois, certains patients (voir utilisateur-type) viennent acheter ce type de tests dans leur pharmacie habituelle dans le cadre d'un contrôle régulier.

¹¹⁵ Cela ne diffère toutefois pas des compétences nécessaires pour recevoir un diagnostic fort, par téléphone, lors d'un examen classique.(5)

En général, quand on a une maladie qui pourrait s'avérer difficile à gérer, on va toujours dans une pharmacie où on n'est pas connu [Rires]. Alors, par contre si vous les vendez de façon anonyme dans un box sur la rue, à ce moment-là peut être que vous allez vendre beaucoup plus de tests parce que les gens ne vont pas être visualisés... (Noé, FA14)

Souvent c'est des gens qui rentrent et on ne sait pas, on ne les connaît pas... donc ils demandent si on a un autotest. Et on l'a rentré, parce qu'on le vend, mais au début on ne l'avait pas en stock... et bon, on sait que les gens ne viennent pas quand on dit « Non, je ne l'ai pas ». Donc ça prouve bien que c'est vraiment de passage. C'était comme les préservatifs. Les préservatifs, maintenant, ça s'est un peu plus libéralisé. (Boris, FA2)

➔ **Des personnes qui veulent éviter de consulter le médecin, par pudeur ou par manque de temps (7)**

Maintenant, en vous disant ça je pense que parfois les patients viennent chercher des autotests, justement pour éviter de passer par la case médecin par pudeur ou par manque de temps. (Greta, FA7)

➔ **Des patients, qui souffrent d'un problème de santé (infections urinaires) récurrent, pour voir si ce qu'ils ressentent nécessite une consultation médicale (7,13).**

Non. Ils pensent avoir une infection urinaire et donc, pour ne pas spécialement devoir aller chez le médecin ou ... Ben oui, peut-être pour déjà essayer d'éviter d'aller chez le médecin et quoi que ce soit, ils font déjà leur prise d'urine et voir s'il y a une infection ou pas. (Maeve, FA13).

➔ **Les personnes qui paniquent, veulent savoir, sont impatientes pour se rassurer (12)**

Mais c'est vrai qu'il y a des gens qui sont en panique, qui veulent savoir, qui sont impatientes et là c'est un moyen de les rassurer. Au moins, ils ont une réponse à leur souci quoi. Ça, c'est quand même avantageux aussi. (Katie, FA12)

➔ **Des personnes anxieuses qui profiteront de l'anonymat de l'autotest pour se tester (Chlamydia, fertilité masculine, VIH, infections urinaires, infections vaginales, prostate). (14)**

Tous les inquiets du bulbe vont courir acheter un truc. Pourquoi ? Parce qu'ils sont anonymes. Chlamydia, fertilité masculine, HIV, infections urinaires, infections vaginales. Ça, c'est des trucs... prostate à la limite. Voilà (Noé, FA14)

➔ Des profils d'utilisateurs de l'ATVD-VIH (et dans une moindre mesure des maladies sexuellement transmissibles) sont dressés . Certains sont des clients réguliers de l'officine. D'autres, non.

Des clients réguliers :

- Des clients (hétérosexuel ou homosexuel) qui réalisent le test pour un contrôle « régulier » (6,8).

I : vous vendez ça, à votre patientèle habituelle ou ce sont des autres qui viennent et qui...

Celui-là, il y a plus un monsieur qui prend ça. Il a pris ça 2x, je crois.

I : Il l'a utilisé une fois et puis il l'utilise pour vérifier en fait ?

Oui, je crois. On voyait qu'il change souvent de copines donc on s'est dit, peut-être qu'il devait aussi... C'est un moyen de précaution aussi. Surtout quand les personnes ne se sont pas protégées donc il y a toujours le risque. Mais lui, c'est quelqu'un qui a les moyens donc il vient acheter tout le temps. Ça coûte 30€ mais lui ça ne le dérange pas. Mais pas pour tout le monde non plus. (...) C'est quelqu'un qui... Je crois que c'est un prof à l'université aussi. Donc c'est quelqu'un qui sait très bien se... qui a la connaissance de ce qu'il se passe et il n'aura pas de problème. Il est déjà informé lui-même, je crois. (Heidi, FA8)

Un homosexuel, qui l'utilise pour faire un contrôle régulier, se rassurer. Lui, vient régulièrement et on ne lui pose pas clairement la question, mais de manière générale, on lui demande comment il va, si tout se passe bien. Il dit : « oui tout va bien ». Lui, il est assez à l'aise avec cela. Il vient en me disant : « je vais refaire mon test ». (Flora, FA6)

- Un hypochondriaque connu de la pharmacie qui avait entendu un spot publicitaire (9)

J'ai eu trois personnes. Une des trois personnes c'était un grand hypochondriaque, qui avait entendu la pub, qui savait il y avait plein de séropositifs qui s'ignoraient, il avait 35 ans, il avait fait l'amour deux fois dans sa vie avec un préservatif mais, il devait faire un test. (Igor, FA9) [deux autres catégories, voir ci-après]

Des clients de passage :

- Des jeunes, en été (9)

Et au passage, des jeunes parfois. En été. Mais comme c'est souvent de passage et qu'on ne l'a pas en stock. Voilà. Et puis on peut commander mais, en général, ...Ils ne sont plus intéressés du coup... s'il faut commander. (Igor, FA9)

- Des couples, avant d'enlever le préservatif (9)

Et les deux autres cas que j'ai eu, c'était des couples qui avant, sans doute, d'enlever le préservatif souhaitait faire l'autotest. (Igor, FA9)

- [Représentation] Une personne au comportement sexuel volage, non protégé, qui n'ose pas en parler au médecin, par crainte du résultat et qui préfère réaliser dès lors le test elle-même. Ces clients sont qualifiés de « furtifs » (voir supra (14))

On fait un petit coup à droite à gauche et puis, on ne sait plus trop bien si on est positif ou pas. On a la trouille parce que voilà, on n'a peut-être pas utilisé de préservatif. On est tombé... Ou alors on s'est chopé une chlamydia. Et puis, voilà on n'ose pas dire au médecin, on n'ose pas penser qu'on a chopé pire et on le fait soi-même. Voilà. (Noé, FA14)

3.2.4. LE « NON-UTILISATEUR »-TYPE

Le « non-utilisateur »-type est la personne qui n'utilisera pas l'ATVD, selon le pharmacien.

➡ Les personnes qui **consultent régulièrement et bénéficient d'un suivi régulier** de leurs paramètres (1,7,10). Certains précisent qu'il s'agit de personnes « **plus âgées** » (7).

On a quand même beaucoup de patients qui vont chez le médecin pour faire leur prise de sang régulièrement, pour contrôler justement le sucre le cholestérol et tout ça. C'est peut-être lié aussi au fait que la patientèle, chez moi, est très âgée. Donc, qui n'ont pas tout ce besoin peut-être, ou cette rapidité d'avoir des réponses à leurs questions tout de suite. (Greta, FA7)

Parce que ceux qui le consultent, ils ont une fatigue anormale, ils vont chez leur médecin, point barre. Ils n'ont pas besoin de faire le test anémie à la maison. Ce n'est pas à eux qu'on va le vendre, ça n'a pas de sens. (Adrien, FA1)

➡ Les personnes qui **peuvent attendre (sereinement)** d'aller chez le médecin (12)

Pour ceux qui sont cool et qui ont déjà attendu des mois, ils peuvent encore attendre un jour ou deux. (Katie, FA12)

➡ La **population socioéconomiquement précarisée/défavorisée**. Celle-ci se rendra en effet directement aux **urgences** (16)

Ik denk dat dat ten dele samenhangt met de populatie die wij hebben...heel sociaal laaggeschoold, die ja, rapper de neiging hebben om de urgentiediensten plat te lopen als ik het zeggen mag. (Paul, FA16)

Tableau FA6. Représentations du type d'utilisateur d'ATVD, selon les pharmaciens

Utilisateur « cible »	Utilisateur « redouté »
➡ La personne qui consulte peu ou pas de médecin. Les moins de 45ans. ➡ La personne qui ne consulterait pas pour ce problème. ➡ La personne capable de gérer le résultat intellectuellement et émotionnellement.	➡ La personne qui ne peut gérer la réalisation et le suivi d'un autotest émotionnellement ou intellectuellement
Utilisateur-type	« Non-Utilisateur »-type
➡ Des clients inconnus de l'officine. ➡ Des personnes qui veulent éviter de consulter un médecin par pudeur ou manque de temps. ➡ Des personnes qui profiteront de l'anonymat pour se tester. ➡ Des personnes qui sont impatientes, qui veulent savoir pour se rassurer. ➡ Des patients pour un problème de santé récurrent. ➡ L'utilisateur du ATVD-VIH (et MST). Clients réguliers (qui réalisent un contrôle régulier, un hypochondriaque) ; des clients de passage (jeunes, des couples, une personne avec un comportement sexuel qualifié de « volage » qui n'ose pas en parler avec le médecin).	➡ Les personnes qui consultent régulièrement. Plus âgées. ➡ Les personnes qui peuvent attendre (sereinement) le rendez-vous médical. ➡ La population socioéconomiquement précarisée/défavorisée (qui se rendra aux Urgences).

Profils d'utilisateurs. Quoique la plupart des pharmaciens disposent d'une expérience effective avec les autotests (fût-elle limitée), les profils sont assez similaires à ceux dressés par les médecins et les patients, avec certaines nuances en fonction des groupes. Par exemple. Dans le cas des pharmaciens, l'ATVD-VIH est également utilisé pour un suivi régulier par un client connu. Chez les médecins, le non-utilisateur était leur patient. Chez les patients, les aspects de « bagage intellectuel » était davantage souligné, y compris pour l'utilisateur-type. Tous s'accordent sur l'utilisateur redouté. Il s'agit du patient qui ne peut gérer un ATVD et son résultat au minimum émotionnellement. L'utilisateur-cible est notamment celui qui ne consulte pas, quoique chez le pharmacien la nuance apparait, il peut aussi s'agir d'une personne qui ne consulterait pas pour ce problème.

4 – PRATIQUES DES ATVDS & FACTEURS ASSOCIÉS

La plupart des pharmaciens (15 sur 16) disposent d'une expérience effective d'ATVDS, contrairement aux patients et aux médecins. Cette section leur est spécifique. Elle comprend un descriptif des pratiques actuelles en matière d'autotests à visée diagnostique (y compris les facteurs qui conduisent à ces pratiques) suivi du relevé des facteurs favorisant ou bloquant une pratique, plus partenariale. Il existe une redondance partielle entre les points 4.1 et 4.2/4.3.

4.1. PRATIQUES ACTUELLES & FACTEURS ASSOCIÉS

Sur le plan des pratiques, les éléments suivants sont rapportés :

- Les **ventes sont faibles** (1,8,9,11,13,15) ou limitées à certains ATVDS
- Certains rapportent **ne pas les proposer** (1-5, 14, 15) et ne les vendent qu'à la demande du patient (14) tandis que d'autres, **proposent certains autotests, qu'ils ont sélectionnés pour leur utilité** (6,11,13) ou en fonction des **plaintes** du patient (12-infections urinaires).
- Certains mentionnent que le patient reçoit **peu d'information** lors de la vente (5,7,9,14), ou que l'information lors de l'achat d'un test ne fait **pas partie de leur routine de vente** (2,3,4,10). Le pharmacien est obligé de se référer à la brochure lors d'une vente (2,3,4) ou d'ouvrir la boîte avec le patient (2,10). Il ne se sent pas à l'aise pour expliquer au client (2,4,13), tandis que d'autres proposent une aide à la décision et informent le patient des traitements possibles (6).

Les éléments sont repris ci-après avec les facteurs explicatifs associés, tels que perçus par les pharmaciens. Ils sont présentés par ordre croissant sur le plan de la participation : depuis l'absence de vente jusqu'à une aide à la prise de décision.

➡ Les ventes sont qualifiées de « faibles » (1,8,9,11,13,14,15). Ce volume de vente réduit *de facto* les possibilités de pratiques. Elles peuvent aussi être limitées à un test (le VIH : 9,11). Un autotest peut, par ailleurs, faire exception à ces faibles ventes (8-VIH ; 13-infections urinaires). Cette situation est imputée à différents facteurs :

- **Une demande faible**-La méconnaissance de l'existence des ATVDS par le grand public, du fait que les médias en Belgique en ont peu parlé. D'où, la demande des patients (8). Au début de leur commercialisation, **les médias** (TV, radio) ont relayé des prises de position qui défavorables aux ATVDS (5,11. Voir Facteurs bloquants). Cela a suscité la méfiance des clients (11). Enfin, pour d'autres, l'officine draine une clientèle qui leur ressemble, qui adhère à leur approche, **EBM**. Aussi, leur clientèle ne sera pas demandeuse de certains autotests, comme l'ATVD gluten (9).
- **La prudence des pharmaciens vis-à-vis du positionnement des médecins**. Les pharmaciens ne connaissent pas le positionnement des médecins. Ils pensent que les médecins pourraient être/être contre et ne veulent pas les indisposer. (1, 5-verbatim voir facteurs bloquants)
- **La méconnaissance des ATVDS par les pharmaciens** (4,5). Les ATVDS sont perçus comme un phénomène récent dans lequel ils n'ont pas investis sur le plan de la prise de connaissance. Ce qui les amène à les vendre mais pas à les proposer.
- **La réserve du pharmacien**, quant à la valeur ajoutée des ATVDS. Celui-ci ne fera dès lors pas montre de proactivité en ce qui concerne les ATVDS (15) ou le **choix de conseiller/promouvoir un test spécifique** (11-VIH ; 13-infections urinaires)
- **Des caractéristiques de l'ATVD**. Le **prix élevé** fait en sorte qu'il y a peu de demandes des patients (8) ou les pharmaciens n'osent pas les proposer (1, 12-verbatim voir les facteurs bloquants). L'ATVD n'est pas un produit agréable à proposer parce que l'accepter c'est reconnaître qu'il **pourrait y avoir un problème** (14)
-
- Ce serait plus facile si vous vendiez des crèmes glacées. Dire "voilà, vous voulez une boule de crème glacée?". Les gens vont dire "oui". "Est-ce que vous voulez un test pour voir si vous avez un cancer du côlon?" [Rires] Ça, c'est la problématique des tests parce qu'accepter un test peut aussi signifier qu'on accepte l'idée qu'on pourrait être, je dirais, porteur d'un problème. (Noé, FA14)

Certains pharmaciens soulignent par ailleurs que le volume des ventes et le type d'ATVD vendu sont **fonction des officines, de leur emplacement et de leur clientèle** (7,9). Par exemple, la demande en ATVD-VIH sera plus faible dans un quartier de personnes plus âgées (7,9), tandis que la demande pour les infections urinaires sera plus élevée (7).

*Donc, je viens d'une officine dans le Brabant flamand où là, la demande était plus importante, notamment au moment où le test pour le VIH est sorti, on avait eu certaines demandes. Et ici, comme je vous disais à part... infection urinaire... non... cela ne sort pas vraiment. (Rires).
I : D'accord, cela semble plutôt lié à votre clientèle, etc.*

Oui. C'est ça. C'est le profil de patient qui vient.

I : Et très spécifique, en fait !

Oui oui tout à fait.

I : Deux trois par mois cela reste quand même assez...

Oui. Oui. Cela reste une demande assez fréquente. (Greta, FA7)

Pour ce qui est test VIH, on n'est pas dans le quartier africain, on n'est pas le quartier du centre-ville où il y a beaucoup de jeunes. C'est plutôt une commune vieille. (Igor, FA9)

➔ **L'information/explication ne fait pas partie des routines de vente. Cette situation est partiellement la conséquence du faible volume de vente. D'autres facteurs sont également évoqués :**

- **La méconnaissance des ATVDs par le pharmacien (2,3,10)**, soit que ces pharmaciens ne les connaissent pas globalement (3, 10), soit qu'ils n'en connaissent qu'un ou quelques-uns (2-VIH).
- Le **contexte de vente libre (5,7)** est perçu comme se prêtant mal pour informer et, ce d'autant si le patient n'est pas demandeur ou plus exactement, n'en formule pas la demande. Le fait que le patient pose des questions ouvre la voie à pouvoir l'informer. Cette pratique ne diffère pas de la pratique de vente habituelle (5,7)

Elles viennent le chercher. Mais quant à l'utilisation vraiment du test, je n'ai encore jamais eu de questions de savoir « tiens, combien de temps à ce que cela prend pour avoir le résultat ? » « Combien de temps est-ce qu'il doit y avoir de contact ? »... (Greta, FA7)

- Plus globalement, le **contexte de l'officine** ne se prête pas à « rentrer dans la vie des gens sur les sujets délicats » (11,14). Ce qui vaut également pour la pratique habituelle.

« Bonjour Monsieur ». Il dit « Voilà je veux un VIH » « oui ça va merci. » « C'est 12€25 » « Voilà 12€25. Salut » Non, je ne vais pas étaler ma vie « Oui, j'ai une copine mais elle n'était pas protégée. Je ne suis pas sûr que j'aie un VIH. Donc vous pouvez me donner des explications comment on fait le test » devant tout le monde. Non, il y a un problème. On rentre dans la vie des gens dans un endroit qui est public.

I : Les gens ne veulent pas trop en parler...

Voilà. « Je voudrais un test pour la prostate. Vous êtes un mec, il y a des bonnes femmes autour de vous. « Ah, il a la prostate... C'est un peu honteux. Moins encore que « j'ai HIV ». Ce sont des clients furtifs hein. (Noé, FA14)

Sida, parce qu'on l'expose. Vu que c'est un sujet un peu délicat... le fait de l'exposer cela permet parfois aux gens parfois de dire « Est-ce qu'on peut le faire ? Est-ce que c'est facile ? ». On explique et on dit que voilà que c'est bien expliqué dans les détails et que c'est assez fiable.

Mais, voilà, c'est délicat ! On ne pose pas trop de questions. « Quand est-ce que vous avez eu des rapports et tout ça... ». (Léo, FA11)

- Pourtant, certains soulignent que les personnes sont en attente d'information et ils communiquent cette information, d'autant que les autotests sont considérés comme « pas évidents à réaliser » (10)

I : les personnes sont demandeuses de ces explications ou pas trop ?

Ah oui je pense. Parce que je pense là, c'était une personne plus âgée si elle se retrouvait chez elle avec tout le bazar. Déjà, comme ça, en l'expliquant, on n'est pas toujours sûr que cela va être fait convenablement. Mais si on n'explique rien je crois que c'est... (Johan, FA10)

- Dans ces cas, la difficulté **de donner des explications peut aussi être perçue comme une conséquence d'un volume faible de vente (2,13)**, ou plus exactement de l'espacement entre deux ventes (quatre semaines). Dans ce cas, se souvenir du fonctionnement du test devient compliqué. Ce qui peut mettre le pharmacien dans l'inconfort (2,13). Le pharmacien, qui estime néanmoins que c'est son rôle d'expliquer, développe des stratégies pour y parvenir, tel qu'ouvrir la boîte pour fournir les explications au patient (2, type guidance-coopération).

On demande. La dernière fois que j'ai dû expliquer, j'avais quand même dû regarder avec lui dans la notice pour comprendre. Quand on n'en vend pas après 4 semaines ou un moment, on ne se souvient plus de notice. Mais on regarde et voit avec eux au moment de la vente. (Boris, FA2)

- Par ailleurs, dans certains cas, c'est **le type de test lui-même, qui amènera le pharmacien à fournir peu d'explication**. Par exemple. L'ATVD ne nécessiterait pas de fournir beaucoup d'information. Il est spécifique et sensible. Seul un risque de faux négatif est à mentionner sur la prise de risque est inférieur à trois mois.(9)

➔ **Certains apportent une aide à la décision au patient (6)**

Ils conseillent certains ATVDs et discutent de l'intérêt des autres avec le patient. Les ATVDs ont été choisis au terme d'une réflexion en équipe visant à déterminer les tests qui ont un intérêt pour le patient (6-VIH, sang occulte dans les selles). L'idée est que l'ATVD permet de détecter quelque chose qui ne l'aurait pas été en situation classique. Par ailleurs, concernant les autres tests, comme les ATVDs annoncent souvent des choses trop générales en regard de ce qu'ils mesurent, cela nécessite de vérifier si cela correspond aux attentes du patient. Le pharmacien expose les limites des autres ATVDs puis les commande si

le patient les souhaite toujours. Le pharmacien informe aussi le patient des possibilités de traitement particulièrement pour les autotests à pronostic fort dans la mesure où il craint les réactions du patient en cas de test positif. Ce type d'accompagnement correspond à la pratique habituelle du pharmacien (6, Type 3-partenariat mutuel) et correspond à sa représentation du rôle de pharmacien qui est de conseiller le patient, quitte à ne pas vendre (6).

Je joue mon vrai rôle de professionnelle. Je vais dire : « On va regarder ensemble. J'ai des fiches ici pour vous expliquer. Voilà ce que pour vous pouvez attendre de ce test-là. Voilà ce que vous pouvez attendre de celui-là ». Et, on va finalement arriver à la conclusion qu'elle n'en a pas besoin et qu'elle va aller chez son gynéco et chez son médecin traitant. Et elle va repartir très heureuse. Moi aussi. Mais, j'aurais passé une demi-heure et je n'aurai rien gagné. Et donc, là, il y a une incohérence. Voilà. Alors, moi, je vis très bien avec parce que si je ne peux pas travailler de cette façon-là alors je fais un autre boulot. (Flora, FA6)

Pratiques d'ATVDs. Les pratiques liées aux ATVDs semblent ne pas différer des pratiques habituelles avec le patient. Il est peu fait mention du médecin et de la collaboration interprofessionnelle, si ce n'est pour mentionner l'attitude de prudence des pharmaciens visant à ne pas « se mettre les médecins à dos ».

Les pratiques mentionnées sont conditionnées par les faibles ventes (en l'absence de vente significative, comment les ATVDs pourraient-ils induire un changement ?) et la méconnaissance des ATVDs par une partie des pharmaciens.

4.2. FACTEURS FAVORISANTS

Parmi les facteurs qui influencent les pratiques plus partenariales, il faut distinguer ceux qui favorisent la vente (qui est présentée comme une condition nécessaire) et ceux qui permettent des pratiques partenariales.

FACTEURS FAVORISANTS LA VENTE :

Il s'agit d'éléments de contexte, qui favorisent l'accessibilité :

➔ Les campagnes publicitaires qui ont influencés la demande (9)

Au moment où il y avait la pub. (Igor, FA9)

➔ **La promotion (passive) par le pharmacien en office.** Par exemple. Un pharmacien vend seulement le VIH parce qu'il le promeut au moyen d'un présentoir (qui accroît l'accessibilité pour le client) et encourage la personne en lui disant qu'il est aisé d'utilisation et assez fiable (11). En revanche, les présentoirs multi-tests ou les promotions en officine (notamment 3-cancer de la prostate, 4 & 5-cholestérol) proposés par les firmes ne semblent avoir aucun effet. Il ne s'agit toutefois pas des mêmes tests.

Sida, parce qu'on l'expose. Vu que c'est un sujet un peu délicat... le fait de l'exposer cela permet parfois aux gens parfois de dire « Est-ce qu'on peut le faire ? Est-ce que c'est facile ? ». On explique et on dit que voilà que c'est bien expliqué dans les détails et que c'est assez fiable. (Léo, FA11)

FACTEURS FAVORISANTS LES APPROCHES « PARTENARIALES » :

➔ **La connaissance des ATVDs, suite à la formation organisée par une source jugée crédible** (à savoir ; une formation organisée par l'association de pharmaciens associant une source indépendante) (12). Cette formation permet au pharmacien de se positionner face aux ATVDs (pouvoir en discuter avec le patient et référer vers le médecin suite au test). La **mise à disposition d'information**, par l'association des pharmaciens et l'Académie française de pharmacie (6), permet également de faire un tri entre les autotests afin de déterminer lesquels proposer au patient¹¹⁶ (6)

Sur leur site, sur leur site. Sur leur site, il y a tous les liens vers l'information des firmes. Donc, après, il faut encore faire son tri là-dessus. Il y a aussi le rapport de l'Académie française... avec les feux verts, vous connaissez. Donc celui-là, qui est très bien fait aussi. Donc, on a eu cette info-là. (Flora, FA6)

➔ **La représentation de son rôle en tant que pharmacien** qui est de conseiller le patient quitte à ne pas vendre. Le pharmacien apporte une aide à la décision, expose les limites des autotests et vérifie dans quelle mesure un autotest correspond bien aux besoins du patient (2,6-verbatim en 4.1).

¹¹⁶ Dans ce cas, la réflexion est menée en équipe, en fonction des critères de fiabilité et de détection de quelque chose qui ne l'aurait pas été en contexte « classique ». Les tests choisis sont le VIH et le « cancer colorectal ».

4.3. FACTEURS BLOQUANTS

A l'instar des facteurs favorisant, une distinction est opérée entre les facteurs qui favorisent la vente (présentée comme une condition nécessaire) et ceux qui permettent des pratiques partenariales.

FACTEURS BLOQUANTS LA VENTE :

➔ **Le prix**, trop cher pour sa clientèle (difficile à vendre, pas un plaisir pour le pharmacien) (1) ou trop élevé du fait qu'il est de toute façon nécessaire de consulter un médecin pour avoir un diagnostic (12). Par conséquent, ces pharmaciens ne le proposent pas.

Le problème, et moi-même je n'ai jamais conseillé ce test parce que c'est gênant de demander 15€ pour un résultat quand on sait que la prise de sang est quasiment... Moi, ça me bloque. Maintenant, si c'était un truc, des tests à 4,99€. Là, je fous un présentoir dessus et chaque fois qu'il y a la possibilité, je dis aux gens « faites le test. Ça ne coûte rien. Faites. Si j'ai le temps, je le fais avec vous sinon je vous explique bien comment on le fait à la maison et vous le faites à la maison » et ça partirait comme des petits pains. Mais à 15€... le prix n'a pas de sens quoi. (Adrien, FA1)

I : D'accord.

... et je n'oserais jamais le proposer parce qu'on est gêné de demander ce prix -là. Dans ce quartier-ci, demander 15€ pour UN résultat... Laissez tomber ! On a l'affiche et tout. Qu'ils se démerdent en faisant de la pub mais nous, ... (Adrien, FA1)

➔ **Le souhait de ne pas indisposer les médecins, de « ne pas se les mettre à dos »** (1). Or, le positionnement des médecins, est soit **inconnu** (1), soit **perçu comme défavorable**¹¹⁷ aux ATVDs (5). Cette situation crée un climat d'insécurité en regard des autotests (5).

Parce que si les médecins sont contre les dispositifs comme ceux-là, ben les pharmaciens vont toujours faire un pas de côté aussi. C'est très lié quoi. On n'a pas envie de se mettre les médecins à dos, si vous voyez ce que je veux dire. (Adrien, FA1)

Moi, j'entendais les médecins qui les démontaient un petit peu à la radio. Parce que tout le monde se sent menacé, en fait. (Emilie, FA5)

➔ **La méconnaissance des autotests par le grand public.** Les médias en Belgique n'en ont pas beaucoup parlé. (8).

On peut le proposer mais les gens, ils ne vont jamais le demander parce que je crois qu'ils ne sont même pas au courant que ça existe. Oui, voilà parce que ce n'est pas très connu encore. Parce que j'ai vu en France qu'ils en parlent dans plusieurs émissions. Ils en parlent mais en Belgique, je n'en ai jamais entendu parler. Ni à la radio, ni à la télé ni rien. L'information, je crois qu'elle n'est pas passée chez tout le monde que ça existe des tests que l'on peut faire soi-même. (Heidi, FA8)

➔ **Une émission télévisée, on n'est pas des pigeons, a décrédibilisé** les autotests au début de leur commercialisation. (11)

Pas beaucoup, pas beaucoup, malheureusement. Je croyais un peu...

i : Oui c'est ça. Donc, vous m'avez parlé d'une émission « on n'est pas des pigeons » et que suite à ça...

Je ne me rappelle plus des détails. Mais, en très peu de temps, ils ont parlé de ça. Et puis ils ont trop critiqué ... les tests comme quoi ce n'est pas fiable, qu'il faut le prendre avec beaucoup de précautions. Donc, comme c'est quelque chose de nouveau. Normalement il ne faut pas faire peur aux gens sinon quelque chose de nouveau, qui en train de s'installer et puis, quand les gens ils regardent ça. Ils n'y pensent pas. Ils ne vont pas poser de questions. Nous, on n'a jamais eu de personnes qui sont venues, qui indiquent qu'est-ce que vous en pensez de tel test ? Comment est-ce qu'on peut le faire ? Est-ce qu'on peut regarder ensemble ? Non, on n'a jamais demandé.

I : Mais avec le fait que cela a refroidi les gens avec cette émission, apparemment ?

Moi, à mon avis, je pense que oui parce que depuis... ces dernières ventes. Voyez ces derniers mois... (Léo, FA11)

➔ **Les ventes par correspondance**, qui sont peut-être privilégiées par souhait de discrétion lorsqu'il s'agit de problèmes plus sensibles, tel que le VIH (9).

➔ **La représentation des ATVDs** (qui n'est pas une solution idéale) et **la représentation de leur rôle de pharmacien** (qui consiste à proposer ce qui est mieux pour le patient). Or, ce qui est le mieux pour le patient est qu'il ait un suivi régulier chez le médecin, de faire une prise de sang complète chez le médecin, ce qui est aussi moins onéreux (10). Le pharmacien ne propose pas les autotests. Il ne les encourage pas (10)

Notre rôle, c'est de conseiller aux patients, à mon avis, ce qui est le mieux pour eux (rires). Et le mieux pour eux, c'est, ils veulent savoir leur cholestérol, ils vont faire une prise de sang et ils font tout en même temps et celle-là leur coûtera moins cher que d'acheter un test en pharmacie. (Johan, FA10, Type 1.2).

¹¹⁷ Mis en perspective en regard des tendances mises en évidence par les médecins de notre échantillon, beaucoup n'avaient pas encore de positionnement tranché.

FACTEURS BLOQUANTS LES APPROCHES « PARTENARIALES » :

➡ **Un phénomène récent qui ne fait pas partie de la routine** (2,3,4,5,10).

➡ **La méconnaissance des ATVDs par les pharmaciens** (3,4,5,7,9,10), ils ne sont **pas formés** (3,5,7), voire ils n'ont pas encore confiance (5). Ils ne **se sentent inconfortable pour informer** le patient concernant les ATVDs (4,5) **voire se sentent démunis** (3,7) quant aux informations à donner ou face aux questions qui pourraient venir du patient. Ils n'ont pas de connaissances notamment sur comment réaliser les ATVDs, le contenu du paquet et quand réaliser le test (y compris le délai pour le test VIH). Ceux-ci doivent recourir à une brochure pour informer le patient (4-5) voire ouvrir les boîtes avec le patient, si le patient a des questions (5), ce qui rend l'opération plus fastidieuse. D'autres mentionnent **ne pas les connaître suffisamment**, notamment en regard de la spécificité et la sensibilité. (9)

Parce que j'ai tout un classeur avec les autotests, parce que je ne les maîtrise pas par cœur encore hein. C'est relativement récent...(...) Et ce qu'il faudrait aussi, c'est vrai, c'est prendre la peine d'en cibler pas tous mais quelques-uns et bien les connaître. Parce que j'ai la farde, au moins on ne dit pas de bêtises. Mais en même temps, ce n'est pas professionnel. Sortir la farde, commencer à regarder... je me le dis moi-même. Je m'en rends compte. En principe, il faut que vous ayez une connaissance approfondie et pour ça, il faudrait vraiment prendre le temps de s'investir là-dedans. Ce que moi, à titre personnel en toute honnêteté, je n'ai pas encore fait. Mais ce qu'il serait intéressant peut-être de faire pour que... parce que de nouveau vous avez en face de vous quelqu'un qui ne sait pas de quoi il parle, qui n'a pas l'air de savoir plus que vous. Quel intérêt alors finalement de poser des questions. (Doris, FA4)

Et pour l'instant, moi, je me sens un peu démunie face à cela. Donc, c'est vrai qu'on a la possibilité d'obtenir quand même une grande quantité [variété] aujourd'hui et pas suffisamment d'infos que pour accompagner de manière tout à fait appropriée le patient au moment de la délivrance. (Greta, FA7)

I : la dame elle était au courant qu'il y avait un délai de trois mois pour faire le test ou... ?

Je ne pense pas. Et moi, je suis... voilà. En fait, je sais qu'il y a un délai mais maintenant elle... je ne sais pas de combien non plus, moi.

I : Nous avons des formations, nous, chez [chaîne de pharmacie], on en a toujours eu. Moi, j'en ai eu avec la société scientifique des pharmaciens francophones, la SSPF. Mais, jamais sur cela. Et maintenant que nous avons des formations accréditées, nous pouvons en avoir parce que... ne fusse que pour l'utilisation des tests. Si on sait comment utiliser des tests, on serait aussi plus à même de l'expliquer. Ne fusse que pour les infections urinaires. (...) Déjà l'utilisation... je suppose que l'infection urinaire, c'est avec des urines. Le tétanos, je suppose que c'est avec du sang mais comment piquer ? Avec quoi piquer ? Qu'est-ce qu'il y a dans le paquet ? Est-ce qu'il faut fournir quelque chose ? Est-ce que le mode d'emploi est clair ? Est-ce que les gens vont bien comprendre ? Cela, je ne sais pas, je n'ai jamais ouvert un paquet en fait. Les firmes nous ont juste donné des brochures avec tous les kits qui existaient. Mais, on a eu ça en promotion, un mois, pour le cancer de la prostate. On nous a mis six boîtes en promotion, qu'on a mis sur un présentoir. (Clara, FA3)

➡ **Les faibles ventes** génèrent un phénomène similaire ; les pharmaciens qui ont étudié les autotests à leur sortie pour pouvoir donner les informations au patient mais, faute de vente, ils **oublient** peu à peu (2,13)

En fait, quand ils ont sorti ces autotests, on a passé un temps fou à tous les étudier pour pouvoir conseiller. Mais au final, honnêtement, on ne nous les demande quasi jamais. Donc, on a un peu oublié. (Maeve, FA13)

➡ L'approche **EBM de l'officine**, qui au fur et à mesure voit revenir une clientèle qui adhère à cette approche. Ceux-ci ne demanderont pas d'ATVDs gluten, qui auraient suscité davantage de discussion (9)

➡ **Le VIH reste un sujet sensible** (2,14): les personnes écoutent mais ne posent pas de questions (2), le pharmacien n'ose pas poser de question dans le cadre de l'officine qui ne se prête pas à entrer dans la vie des personnes sur des sujets délicats (14). Par ailleurs, Il s'agit de **personnes non connues de l'officine**, avec lesquelles le pharmacien sait moins comment procéder (2)

I : Oui. Et les personnes ont des questions par rapport à... Elles vous posent des questions où c'est juste, ils demandent pour l'avoir. Puis, ils le prennent et...

... Ils écoutent et ils ne vont pas dire... Moi, ce que je dis c'est « si c'est positif, vous en parlez à votre médecin » mais ça se limite à ça. Et... il y a encore cette gêne, même si c'est le pharmacien, il y a encore cette gêne de venir dire... Il faudrait voir si on en vend à un client, peut-être que lui aura une approche plus franche. (Boris, FA2)

5 - CHANGEMENTS PERÇUS DANS LA RELATION PATIENT-MÉDECIN-PHARMACIEN

Deux types d'analyse des changements induits par les ATVDs sur les plans des relations avec les médecins et les pharmaciens étaient prévues: les **changements perçus par les patients**, d'une part ; une **comparaison entre les pratiques habituelles avec une pratique avec un ATVD**. A la section 4, il a été souligné que l'introduction des ATVDs semblaient ne pas modifier les pratiques avec le patient et qu'il était peu question de la collaboration avec le médecin, si ce n'est pour souligner que leur positionnement était inconnu ou supposé défavorable, ce qui amenait le pharmacien à être prudent en regard des autotests dans ses relations avec les patients.

Contrairement aux médecins et aux patients, la quasi-totalité des pharmaciens (15 sur 16 ; tous sauf : 16) dispose d'une expérience avec les ATVDs. Cette expérience est susceptible d'influencer la représentation qu'ils s'en font. Par ailleurs, dix parmi les quinze qui en ont effectivement vendu, mentionnent des ventes limitées à un ou deux ATVD(s) et des ventes globalement peu élevées.

Dans une optique de triangulation, nous avons aussi analysé le même type de changements que dans les deux échantillons précédents : à savoir les **changements tels que perçus par les pharmaciens**.

Les différents types de changements (tels que perçus par les pharmaciens) suivront la présentation suivante : les changements perçus globalement, les changements sur le plan des rôles, les changements sur le plan des relations avec les patients et avec les médecins et les changements tels que perçus par les patients et les médecins, selon le pharmacien.

5.0. CHANGEMENTS PRINCIPAUX PERÇUS SUR LE PLAN DE LA RELATION.

Taux de réponse : 16 sur 16

Les pharmaciens étaient d'abord invités à s'exprimer sur le fait que les ATVDs changeaient globalement quelque chose sur le plan de la relation patient-médecin-pharmacien. Les données ci-après donnent une idée globale de ce qui pour les pharmaciens change/changerait dans la relation. Dans la mesure où une partie d'entre eux soulignaient également des craintes, nous proposons un classement en regard des acteurs concernés suivi d'un classement en fonction de la valence.

5.0.1. CLASSEMENT EN FONCTION DES ACTEURS AFFECTÉS

Pour 10 pharmaciens (1,3,4,5,7,8,9,10,12,14), les ATVDs induisent/induiront un changement. Pour 6 autres, les ATVDs n'induisent/n'induiront pas de changement.

CHANGEMENTS

Lorsqu'un changement est perçu, il affecte principalement le patient, le pharmacien ou encore, les patients/médecins/pharmaciens. Vu le faible volume de vente, il s'agira comme pour les deux autres groupes de changements potentiels.

➡ Le changement principal pour le patient : (n=6 ; 1,4,5,7,9,14)

Le changement s'inscrit dans sa relation du patient avec les professionnels de santé. Il peut consister à nouer la relation, s'en autonomiser partiellement voire à s'en « affranchir ».

Ainsi, ce changement sera **positif** (1,5,7,9), lorsque l'ATVD permet de créer un point d'accroche avec le système de soins de santé (1,9) ou encore quand il octroie un peu d'autonomie au patient (5,7). Celle-ci est perçue comme déjà en cours notamment par la consultation d'autres sources d'information (5), elle correspondrait aussi à un souhait d'une partie de la population¹¹⁸. Ce changement sera toutefois **négatif** lors que l'ATVD amène le patient à ne pas consulter alors que ce serait nécessaire (4) ou encore, à faire des tests, faute d'oser consulter un médecin du fait qu'il s'agit d'une pathologie, liés à des pratiques sexuellement présentées comme peu responsables (14).

¹¹⁸ Même si cela ne concerne pas sa clientèle, qui plus âgée, consulte régulièrement le médecin (7).

➔ Le changement principal pour le/les pharmaciens : (n=3 ; 3,10,12)

Le changement s'inscrit dans le rôle du pharmacien dans sa relation avec le patient, avec **plus d'informations du pharmacien vers le patient** (3,10,12), voire un premier tri vers une consultation (3). Ce changement est perçu comme **positif**, le pharmacien aurait le « beau rôle » (12) du fait de cette information. Toutefois, le changement peut être perçu comme concernant **les autres** pharmaciens et non soi-même par le pharmacien qui estime déjà s'inscrire dans cette perspective (12). Par ailleurs, ce **changement peut être pointé comme craint par le médecin, d'où le « tapage médiatique » en début de commercialisation**. Ici aussi, cette situation est décrite comme concernant les autres pharmaciens. Ces tensions ne sont pas rencontrées par le pharmacien, du fait que les médecins avec lesquels il est en relation « ils savent comment il travaille ». (10)

➔ Le changement principal affecte les « 3 acteurs », pour la « santé du patient » (n=1 ; 8)

Le changement est perçu comme positif. Les ATVDs pourraient améliorer la collaboration entre les trois acteurs pour le bien de tous mais surtout de la santé du patient, grâce à « un suivi plus efficace, plus précoce ». Le pharmacien procéderait à un tri et réorienterait vers le médecin le patient doit réellement consulter. Pour les autres, des solutions pour les soulager existeraient en pharmacie. Par la suite, le médecin pourrait se concentrer sur ceux qui en ont besoin. Quoique présenté comme un changement affectant les trois acteurs, il est surtout question de **changements de rôle du pharmacien**.

ABSENCE DE CHANGEMENT

(n=6 ; 2,6,11,13,15,16)

L'absence de changement peut être liée soit au fait que **le volume des ventes est peu important**. Dès lors, il n'induit pas de changement de rôle (6,15,16), soit au fait que l'ATVD induit des **différences ne pouvant être qualifiées de changement** de rôle (2,11,13).

L'ATVD peut apporter des différences mineures, d'un autre ordre que le changement de rôle ou de relation. Ainsi, l'ATVD serait « un plus » pour les patients, une aide au diagnostic (11) pour déterminer s'il y a lieu de consulter (13) mais cela ne remplace ni le médecin, ni le pharmacien (11). L'ATVD peut aussi concerner un autre type de clientèle, notamment une clientèle de passage pour l'ATVD-VIH du fait de la gêne suscitée par le sujet. Celle-ci sera moins demandeuse d'explication mais le pharmacien ne modifie par la sienne. (2, type 2).

Si la faiblesse des ventes ne pouvait induire de changement (6,15,16), certains soulignaient (16) qu'un nouvel équilibre serait à trouver essentiellement dans le rôle du pharmacien. Face à une plus grande autonomie pour le patient le pharmacien devrait soit se profiler, soit sera mis hors-jeu (16). Toutefois, de tels changements ne sont pas à l'ordre du jour en ce sens qu'il n'y a que peu ou pas de pratiques avec les autotests (16).

Par ailleurs tant parmi les pharmaciens qui rapportent des changements que parmi ceux qui n'en rapportent pas, plusieurs (4,5,7,10,15,16) soulignent la crainte ou le risque d'une réaction négative des médecins. Ces derniers pourraient vivre les ATVDs comme une perte de leurs prérogatives, à la faveur du pharmacien (7,10,15) ou du patient (5,16). Un pharmacien (1) mentionne néanmoins qu'il n'y aura pas d'initiative du pharmacien dans ce sens : les pharmaciens calqueront sur le positionnement des médecins. Certaines formulations, laissent présager que les craintes ne sont pas uniquement l'apanage du médecin.

Moi, j'entendais les médecins qui les démontaient un petit peu à la radio. Parce que tout le monde se sent menacé, en fait. (Emilie, FA5, bis)

5.0.2. CLASSEMENT EN FONCTION DE LA VALENCE

Un classement par valence, accordé au changement principal induit par les ATVDs, offre une vision complémentaire à celle du classement par acteur. Dans le 5.0.1, il s'agissait de déterminer qui parmi les patients/médecins/pharmaciens étaient les plus « affectés » par un éventuel changement (puis d'en déterminer une éventuelle valence). Ici, il s'agit de déterminer si l'éventuel changement perçu dans la relation est globalement positif/négatif (puis déterminer qui parmi les trois publics cibles, cela affecte).

➔ Changements plutôt positifs dans la relation (n=9. 1,3,5,7,8,9,11,12,13)

Ces changements concernent **le patient** qui pourra entrer en relation avec le système de soins (1) ou exercer plus d'autonomie s'il le souhaite (5,7). Les changements pourraient aussi concerner **le pharmacien, qui en sortirait plus valorisé dans sa**

fonction du fait qu'il fournirait une explication ou effectuerait un premier tri (3,12)! Il peut aussi s'agir d'un changement pour les **trois acteurs** dans le sens de plus de collaboration (8,9) pour le bénéfice de la santé du patient avec un rôle plus actif du pharmacien (8). Si les ATVDs sont porteurs d'une amélioration de la collaboration patient-professionnel, ils comportent aussi un **risque de hors-jeu du médecin** (9).

➔ Changements plutôt négatifs dans la relation (n=4. 4,10,14,15)

Ces changements affecteraient le **patient**, qui risquerait de ne pas consulter (et dès lors, de ne pas être pris en charge) (4) ou adopterait des comportements d'autonomisme (consistant à faire des examens dans son coin, faute d'oser en parler à un médecin) (14). Les ATVDs sont également perçus négativement par les possibles tensions dans les **relations pharmacien-médecin**, suite à un changement de rôle des pharmaciens qui seraient perçus négativement par les médecins, comme une perte de leurs prérogatives (10,15).

➔ Changements en attente de stabilisation (n=1. 16)

Un nouvel équilibre serait à trouver face à un patient potentiellement plus autonome, le pharmacien serait amené à se positionner ou à risquer le hors-jeu. Il s'agit du seul pharmacien n'ayant pas vendu d'ATVDs (16).

➔ Absence de changements dans la relation (n=2.2,6)

Tableau 7 Changement principal induit par les autotests, croisement de la valence par acteur

	Patient	Médecin	Pharmacien	Collaboration entre les 3, entre patient et HP	Changement, mais pas de rôle
Positif	1,5,7		3, 12-les autres	8 (le pharmacien), 9 (hors-jeu du médecin)	11,13
Négatif	4, [14]		(10)(15)		
Absence de changement	2,6				
En attente de stabilisation	16				
!! Risque de hors-jeu du :	-médecin (9) ; -pharmacien (16)				

Légende :

Réactions des médecins ? perte d'une partie de leur profession.

() : changement de rôle du pharmacien potentiellement vécu négativement par le médecin.

[] : changement de rôle décrit de manière cynique par le pharmacien

ATVDs & changements principaux sur le plan des relations. Le changement principal est perçu comme **positif** pour le **patient** (autonomie, s'inscrire dans une relation de soins), le **pharmacien** (un rôle plus valorisant, information et tri des patients) ou encore, pour la collaboration des trois (avec un accent plus marqué sur le changement chez le pharmacien). Il est perçu comme **négatif** également pour le **patient** et le **pharmacien**. Pour le patient, il s'agit d'un changement vers trop d'autonomisme (en d'autres termes, l'autonomie jugée par les autres comme positive mais poussée à l'extrême). Concernant les pharmaciens, il s'agit de **tensions** médecin-pharmacien générées par le médecin qui verrait dans les ATVDs une perte de leurs prérogatives, à l'avantage du pharmacien.

Les **risques de mise hors-jeu du médecin** mais également du **pharmacien** sont par ailleurs soulignés.

Il n'y a pas de lien manifeste avec les autres tendances.

5.1. CHANGEMENTS PERÇUS SUR LE PLAN DES RÔLES DES DIFFÉRENTS ACTEURS

La notion de changement de rôle est entendue dans un sens englobant. Il peut s'agir de changements perçus potentiels ou effectifs. En effet, si 15 sur 16 pharmaciens ont eu une expérience effective avec un ATVD, les ventes sont souvent mentionnées comme limitées (1,8,9,11,13,15). Dès lors, certains pharmaciens mentionnent qu'au moment de l'interview, il y avait peu de changement, mais qu'ultérieurement, les ATVDs, s'ils prenaient plus d'ampleur, pourraient apparaître certains changements. Ils sont alors mentionnés comme « potentiels ».

Un tableau récapitulatif de l'ensemble des changements de rôles (Tableau FA8) est consultable à la fin du point 5.1.

5.1.1. CHANGEMENTS POUR LE PATIENT

Taux de réponse : 11 sur 16 (pas de réponse : 2,3,6,12,15)

Le pharmacien peut percevoir que les ATVDs induisent/induiront un changement dans le rôle du patient (9 sur 11) ou qu'ils n'induisent/n'induiront pas de changement dans le rôle du patient (9 sur 11)

EXISTENCE DE CHANGEMENTS POUR LE PATIENT

9 sur 11 (1,4,5,7,8,9,10,14,16)

Lorsque les ATVDs sont perçus comme induisant un changement de rôle chez le patient, ce changement peut être perçu comme positif (8 sur 9) ou négatif (1 sur 9).

CHANGEMENTS (POTENTIELS) POSITIFS

(n= 8 sur 9; 1,5,7,8,9,10,14,16)

➔ Se (re)connecter au mode médical pour ceux qui ne consultent pas (1,9,10), de (re)créer la relation. Pour certains, il s'agit de la relation patient-médecin uniquement (1). Pour d'autres, il s'agit de la relation patient-professionnel de santé, incluant le pharmacien

L'intérêt des autotests, c'est pour toucher toute cette population de moins de 45 ans qui ne va jamais chez le médecin. Ce sont les mêmes pour lequel il faudrait vacciner en officine contre la grippe. (Igor, FA9)

➔ Plus d'autonomie pour le patient (5,7,14,16). La recherche d'autonomie correspond à une demande d'une partie de la population (5,7) voire c'est une tendance actuelle, liée à un changement de la vision de la médecine par le patient, l'espacement des visites chez le médecin, consulter internet, faire des choses par soi-même (5,16). Le patient n'est toutefois pas en déconnection avec le corps médical, il réalise l'autotest pour se faire une première idée même s'il manque de temps (7) ou s'il y a un problème de pudeur (7,14). Par la suite, il consulte quand c'est nécessaire (si le test est positif) ou est rassuré (si le test est négatif).

Je trouve que c'est quand même une belle évolution que de le proposer aux patients qui le souhaitent ... (Greta, FA7)

Est-ce que le fait que le patient le fasse lui-même change quelque chose ?

Je pense que dans sa vision de la médecine, oui, fatalement. Tu vas moins chez le médecin. Du coup, tu regardes plus sur internet. Tu fais tes trucs tout seul, ça c'est sûr. Si tu peux commencer à t'auto-diagnostiquer avec des tests valables chez toi, eh bien oui tu vas moins chez le médecin (Emilie, FA5).

➔ Permettre une prise en charge plus efficace parce que plus précoce grâce à la collaboration des trois acteurs. Grâce à l'ATVD, le patient ne consulte que quand c'est nécessaire, lorsque le test est positif. Par conséquent, les cabinets médicaux sont moins encombrés par des patients qui consultent alors que ce n'est pas nécessaire. Les cabinets peuvent prendre en charge les patients qui le nécessite réellement. (8)

Je crois qu'ils vont tous aller chez le médecin et qu'il n'y a que 5% ou 10% maximum qui ont vraiment une infection, ben ça ne sert à rien. Un Dafalgan®, un petit spray suffit et ça ne sert à rien d'aller chez le médecin, je crois.

I : Donc pour ne pas engorger les services pour rien en fait. C'est dans ce sens-là, en fait ?

Oui. Dans ce sens-là, oui.

I : D'accord. Et pour les médecins, vous pensez que ça change quoi en fait ?

Mais je crois que le but c'est de travailler en collaboration, les 3 ensemble. (Heidi, FA8)

CHANGEMENTS (POTENTIELS) NÉGATIFS POUR LE PATIENT

(n=1 sur 9 ; 4)

➔ Risque d'autonomisme. Le pharmacien craint que le patient ne consulte pas un médecin alors que c'est nécessaire (si le test est positif) et ce, en raison du coût et de la difficulté de s'exprimer. Le patient ne deviendrait pas patient (4)

J'aurais peur que certaines personnes, et surtout ma patientèle est un peu... quoi que le prix du test pourrait décourager mais... « Oh, mais je vais pas chez le médecin, c'est une consultation. C'est cher... Parfois je sais pas bien m'exprimer ». Alors quoi ? Quoi du test ? A part si c'est un négatif et là tout va bien. (Doris, FA4).



ABSENCE DE CHANGEMENT POUR LE PATIENT

2 sur 11 (11,13)

Si l'ATVD est porteur d'un changement (positif), celui-ci n'est pas perçu comme un changement de rôle du patient, c'est une aide au diagnostic (11) pour déterminer dans quelle mesure il est nécessaire de consulter¹¹⁹ (11,13). C'est « un plus » (11,13) mais, cela ne remplace pas la relation avec le médecin ou le pharmacien. Dans le même esprit, « un plus mais pas un changement de rôle » en tant que tel.

Cela ne change pas... cela ne change pas. Parce que d'abord un patient, il va interpréter, il va dire oui ou non. Mais après s'il faut poser un diagnostic, c'est le médecin qui va le poser. Nous, on va aider dans le choix d'offrir ce service par exemple. De dire par exemple : « vous avez été piqué. Vous avez fait une randonnée. Vous avez un doute. Il y a un autotest que vous pouvez faire ». Parce que beaucoup de gens ils disent : « Oui, je vais consulter » mais, finalement, ils ne consultent jamais et cela peut... par exemple la maladie de Lyme, on sait que ça peut faire des dégâts neurologiques assez sévères. Donc, pour 15 €, quelqu'un qui se fait piquer, on dit « voilà vous avez déjà une réponse si c'est positif Il faut aller consulter et commencer un traitement le plutôt possible ! ». Donc, cela ne remplace pas ni le médecin, ni le pharmacien. Mais c'est en plus. (Léo, FA11)

5.1.2. CHANGEMENTS POUR LE MÉDECIN

Taux de réponse : 7 sur 16 (Pas de réponse : 1,2,3,4,6,7,10,15,16)

Le pharmacien peut percevoir que les ATVDs induisent/induiront un changement dans le rôle du médecin (5 sur 9) ou qu'ils n'induisent/induiront pas de changement (4 sur 9).

EXISTENCE DE CHANGEMENTS POUR LE MÉDECIN

3 sur 7 (5,8,9)

Lorsque les ATVDs sont perçus comme induisant potentiellement un changement positif (éventuellement conditionné à l'attitude des deux autres auteurs) (2 sur 3), un changement négatif (1 sur 3).

CHANGEMENTS POSITIFS

2 sur 3 (8,9)

Les aspects positifs sont liés à ce que l'ATVD peut être porteur d'une collaboration à trois renforcée. Ce qui permet au médecin de :

➔ **Pouvoir se concentrer sur les patients qui nécessitent une consultation, dans des cabinets moins saturés/engorgés (8).** L'ATVD permettrait de faire un premier tri. Seuls les 5 à 10% de patients qui sont réellement besoin de consulter, à savoir ceux qui sont positifs au test, consulteraient. (8, verbatim voir changements pour le patient)

➔ **Offrir une grille de lecture, entamer/Susciter le dialogue avec le patient (9).** Cette mise en œuvre, qualifiée de valorisante, est toutefois conditionnelle à l'attitude des patients et des pharmaciens. Ces derniers, par leur attitude, lui permettront de jouer ce rôle l'en empêcheront voire le maintiendront hors-jeu. Ainsi, après la réalisation d'un ATVD:

- Le patient pourra soit en parler au médecin (dialogue), soit exiger quelque chose de ce dernier (exercice de l'autonomisme)

Je crois que c'est tellement individuel... vous avez les Monsieur et les Madame « je sais tout » ... le problème c'est que vous avez les Monsieur et les Madame « je sais tout » hypocondriaques qui vont faire le test et qui vont aller voir leur médecin en disant : « il me faut ça il me faut ça. Regardez, j'ai ceci ! ». Vous avez les hypocondriaques, intelligents, qui vont faire le test, qui vont voir le professionnel. Le professionnel qui lui donnera grille de lecture. (Igor, FA9)

- Le pharmacien pourra soit référencer le patient vers le médecin, soit vendre directement quelque chose au patient pour remédier au problème (le médecin est alors hors-jeu).

Je pense que les autotests ont réellement une place étant sont extrêmement valorisants temps pour nous que pour les médecins. Ils permettent une bonne communication. Parce que vous diagnostiquez un diabète, vous diagnostiquez vers le médecin ! Donc, il n'est pas mis hors-jeu. Là où c'est être mis hors-jeu c'est faire un truc de cholestérol. Le pharmacien qui vend un extrait de Trucmuche et voilà. Et pas de communication. Et que cela reste là s'il est mis hors-jeu il n'aimera pas. Et il a raison. Donc voilà. (Igor, FA9)

¹¹⁹ Y compris pour un problème de santé récurrent qui nécessite une réponse simple, l'ATVD permettra alors d'être rassuré ou savoir qu'il faut consulter(13).



CHANGEMENTS NÉGATIFS

(1 sur 3 ; 5)

➡ **Engendrer une perte des responsabilités/prérogatives du médecin, celles de poser un diagnostic et ce, au profit du patient (5)**

Parce que ça leur enlève une responsabilité aussi. Ça veut dire que les gens arrivent et se sont autodiagnostiqués. (Emilie, FA5)

Les pharmaciens étaient peu nombreux à rapporter des changements de rôle chez le médecin. Toutefois, une partie d'entre eux (6 sur 16) précisent qu'ils craignent la réaction négative du médecin face à l'autonomie du patient et du développement du rôle du pharmacien qui pourraient être vécus par le médecin comme une perte de pouvoir (voir point 5.3.2, relatif à la représentation des changements par les médecins).

ABSENCE DE CHANGEMENTS POUR LE MÉDECIN

4 sur 7 (11,12,13,14)

Pour certains, les autotests n'induiront aucun changement de rôle chez le médecin¹²⁰ :

➡ Les médecins ne se **sentiront pas concernés par les ATVDs** (12,13,14), ils procéderont aux analyses classiques/habituelles (12,14).

Est-ce que ce que vous pensez que pour eux ça va changer quelque chose ?

Non, parce qu'ils font la prise de sang. Ils ne font pas l'autotest. C'est bête. Alors que voilà, ils savent bien que la prise de sang c'est plus précis. Ils ont plus de... Là, c'est qu'un seul test tandis qu'avec une prise de sang ils savent contrôler plusieurs choses. Donc non, je pense qu'il n'y a aucune utilité pour les médecins. (Katie, FA12)

➡ **L'ATVD = une aide pour faire son métier.** Ce n'est pas un changement de rôle. Le médecin continue à poser des diagnostics et à soigner ! (11).

si l'on revient aux autotests et tout cela. Si on sait utiliser correctement et de manière ...plus appropriée, cela va aider le médecin à exercer son métier et puis, à soigner des gens, à poser un diagnostic, à orienter vers un spécialiste. Voilà. Mais, le rôle il est toujours le même ! Le rôle d'un médecin, par définition, c'est soigner. Aider et soigner. (Léo, FA11)

ATVDs & changement de rôle des médecins, vus par les pharmaciens.

Le taux de réponses est faible (7 sur 16). Les changements mentionnés concernent la relation avec le patient et le pharmacien, quoique la relation médecin-patient soit davantage soulignée, le pharmacien intervenant davantage en amont.

Les changements positifs sont liés à la possibilité de rencontrer les patients qui en ont réellement besoin dans un cadre moins saturé ou à exercer un rôle valorisant (donner un cadre d'interprétation). Les changements négatifs sont une perte de pouvoir au profit du patient. L'absence de changement est liée au fait que les médecins ne se sentiront pas concernés par les autotests ou que les ATVDs n'induiront pas un changement pouvant être qualifié de changement de rôle.

Deux éléments originaux apparaissent dans cette catégorie :

- Certains changements positifs pour le médecin sont mentionnés comme étant conditionnés par l'attitude du pharmacien ou par l'attitude du patient.
- Si peu de pharmaciens mentionnent un changement négatif pour le médecin directement, Ils font toutefois mention de la crainte que les médecins vivent mal les changements, qu'ils vivent ces changements comme une perte de pouvoir. Les pharmaciens craignent des tensions médecins-pharmaciens.

¹²⁰ Il est mal aisé de déterminer à quel point les réponses sont parfois déterminées par le peu de vente et la déception liées (notamment 11,13) en regard d'un investissement pour connaître le produit qui s'est avéré improductif (13)



5.1.3. CHANGEMENTS POUR LE PHARMACIEN

Taux de réponse : 14 sur 16 (pas de réponse : 13,15)

Le pharmacien peut percevoir que les ATVDs induisent un changement dans le rôle du pharmacien (7 sur 14) ou qu'ils n'induisent pas de changements dans son rôle (7 sur 14).

EXISTENCE DE CHANGEMENTS POUR LE PHARMACIEN

7 sur 14 (3,5,7,8,9,12,16)

Lorsque les ATVDs sont perçus comme induisant un changement de rôle chez le pharmacien, ce changement peut être perçu comme positif (5 sur 7), comme générant de l'inconfort (1 sur 7) ou encore comme porteur d'un changement dont il est prématuré de déterminer la valence (1 sur 7).

CHANGEMENT POSITIF

(n=5 sur 7. 3,7,8,9,12)

Les ATVDs peuvent permettre au pharmacien de:

➔ **Réaliser plus de conseils, donner plus d'informations (3,7,9,12). L'ATVD pourrait contribuer à renforcer l'aspect professionnel de santé du pharmacien, en expliquant le test avant (12), en offrant une lecture commentée du test (9), voire en proposant le test (7).** Ce qui est valorisant (9) et souligne la plus-value du pharmacien (12). Certains précisent qu'il faut néanmoins veiller à ne pas se substituer au médecin (7) ; d'autres s'estiment démunis face à ce nouveau rôle parce que non formés aux ATVDs et pas à même de gérer des personnes qui reçoivent un diagnostic fort, du type VIH (3).

Nous, cela peut renforcer justement notre aspect professionnel de la santé aussi pour montrer aussi que c'est un nouvel onglet de notre profession qu'on peut développer.

Je me dis ici en voyant les différentes possibilités de tests. Un test cholestérol on pourrait le proposer à quelqu'un qui vient chercher son Cholesfytol ou plutôt une statine légère. De dire : « est-ce que vous êtes sûrs qu'il faut vraiment continuer ou est-ce qu'avec le changement de régime alimentaire, vous n'êtes pas arrivés à stabiliser votre taux de mauvais cholestérol ? ». Mais, bon, après, voilà. Il ne faut pas usurper le travail du médecin aussi. (Greta, FA7).

Enfin, certains soulignent que le rôle de conseil n'est pas un changement en regard de leur pratique (9,12) mais qu'il s'agit d'un changement pour les autres pharmaciens (9).

Donc, je pense que cela peut être un bon point d'accroche pour ouvrir la discussion, parce que si le patient ayant fait son autotest est à la recherche et qu'indépendamment d'avoir évidemment pianoté sur Internet, s'adresse après à quelqu'un qui a la compétence et la grille de lecture pour lui expliquer son test. Je pense que c'est bon pour le patient, c'est bon pour nous. C'est bon pour notre rôle notre image de marque. (Igor, FA9)

Soi-disant ça allait nous apporter une plus-value ou des choses comme ça. Oui, ça apporte parce qu'on explique aux patients. Bon, je suppose qu'il se rend compte que s'il achetait le médicament en grande surface sans explication, il vient quand même chez moi pour l'explication. Le nombre de cas de patients qui a été acheter leur tensiomètre dans des grandes surfaces et qui sont venus chez moi parce qu'ils ne comprenaient pas comment ça fonctionne. C'est énorme (...) Même si, moi j'explose tellement je suis énervée ou alors, bouche bée du culot du patient, mais il y en a qui ne se rend pas compte en fait. Donc, le pharmacien a quand même un beau rôle pour ces tests, je trouve. (Katie, FA12)

➔ **[Outiller pour] Faire un premier tri (3,8).** L'ATVD peut « faciliter la vie du pharmacien ». Il peut lui permettre de jauger la gravité du problème et dès lors, la nécessité (ou non) d'orienter le patient vers un médecin (8) Ce tri peut être suivi de la vente d'une solution en pharmacie (8). Ici aussi, certains précisent qu'il faut veiller à ne pas se substituer au médecin (8).

➔ **Avoir des balises dans les cas d'automédication.** L'ATVD peut permettre au pharmacien de guider la personne qui s'automédie et ne souhaite pas consulter de médecin et ce, afin d'éviter les effets délétères de compléments ou médicaments pris à mauvais escient. (8)

D'accord. Et pour vous en tant que pharmacien, ça change quoi l'existence de ces tests ?

Ça peut nous faciliter la vie franchement, parce que c'est tous les jours. Moi, j'ai l'impression que tous les jours, on a ce genre de problème où on est un peu limité. On est un peu bloqué parce que, que ce soit le fer... On ne sait pas faire grand-chose parce que les gens ils veulent quand même prendre leur fer comme ça, alors que c'est dangereux quand ils n'ont pas un manque de fer. Pour l'infection urinaire, la même chose. Est-ce que c'est vaginal ou pas vaginal? Donc si on sait faire le test, directement voir s'il y a une bactérie, une infection. Là, à ce moment-là, on peut les envoyer chez le médecin. Ou simplement une crème anti-irritation ou une crème mycosique. (...).

Mais je veux dire, si on voit que l'infection qu'elle est là, la personne va quand même toujours compléter avec une prise de sang complète chez le médecin et pas se fier simplement au test. Parce qu'à la base, nous, on va juste dire « vous avez une infection ». Après, elle va chez le médecin et elle fait une prise de sang plus détaillée et avoir le traitement chez le médecin. Nous, on ne peut rien faire dans ce cas-là. (...) Et ne pas remplacer le médecin surtout. Mais bon, c'est juste pour voir un peu. (Heidi, FA8)



CHANGEMENT POTENTIEL GÉNÉRANT L'INCONFORT

(1 sur 7 ; 5)

Les ATVDs peuvent aussi être perçus comme **généralisant un changement de rôle pour le pharmacien**. Toutefois, l'adoption de ce type de rôle **suscite l'inconfort voire le rejet**. Le pharmacien estime que ce n'est pas son rôle. Il situe ce changement dans le suivi post-test dans lequel il s'agirait de rassurer le patient et de le référer vers le médecin (5)

Ben si la personne revient avec le test... Je crois que je le « rassurerais » et l'orienterais vers le médecin. Enfin, ce n'est pas notre rôle non plus. Donc le rôle du pharmacien, c'est plutôt après dans le suivi s'il revient en lui disant « Écoutez, consultez votre médecin... » ?
Oui. « Cool, il y a des solutions. Vous n'êtes pas à l'agonie... Allez voir le médecin quoi ». De toute façon, on ne saurait rien prescrire. On ne saurait rien faire. (Emilie, FA5)

CHANGEMENT POTENTIEL À VALENCE POSITIVE OU NÉGATIVE

(1 sur 7 ; 16)

L'ATVD peut aussi être perçu comment étant **un phénomène trop neuf pour induire un changement**. Toutefois, il est susceptible d'en induire ultérieurement. Ces changements peuvent être **positifs ou négatifs en fonction du positionnement du pharmacien**. L'ATVD ouvre en effet la possibilité de dialogue avec le patient (si celui-ci vient acheter son ATVD en pharmacie) ou la mise à l'écart du pharmacien. Les médecins doivent pouvoir se profiler dans le dialogue/conseil au risque de la disparition (16).

Maar het gegeven van een patiënt die zelf bepaalde parameters kan nagaan, vindt u dat een goede of slechte evolutie binnen de gezondheidszorg? Goh ja...
Vanuit het individuele standpunt van de patiënt.
Ik zou zeggen, dat kan de twee kanten uit. Een patiënt die zich vragen stelt en al allerhande opzoekingen gedaan heeft op internet en zich vragen blijft stellen, kan misschien al een beetje geholpen met zo'n test om bepaalde zaken uit te sluiten. Maar ja, het blijft een test. Voor de rest ja, als ze bij ons komen voor die test dan kunnen wij dat als insteek gebruiken om er een gesprek over aan te gaan. Ik zeg wel "kunnen he" want ja. (Paul, FA16)

ABSENCE DE CHANGEMENTS

7 sur 14 (1,2,4,6,10,11,14)

L'ATVD peut être perçu comme n'induisant pas de changement de rôle, parce que : ces pratiques ont déjà été adoptées par ces pharmaciens et que dès, lors les ATVDs ne sont pas porteurs de changements (4 sur 7), il n'y a que peu de vente (et dès lors, peu de pratique susceptible de changer le rôle) (2 sur 7), ou encore que le changement ne soit pas de l'ordre du changement de rôle.

Plus précisément, les ATVDs n'induiraient pas de changements parce que :

➤ « **Pratiques déjà à l'œuvre** » chez ces pharmaciens (2,6,10,14). Ces pharmaciens mentionnent que les pratiques nécessaires aux ATVDs font déjà partie de leurs pratiques. Il n'y aurait dès lors **pas de différence**. Il est que les pratiques prennent des formes variées en fonction du type de pratique habituelle. Deux éléments distinguent ces pharmaciens en regard de ceux qui pensent que le rôle des pharmaciens change mais que le leur ne change pas (voir supra, changements positifs) : ces pharmaciens ne parlent pas d'évolution du rôle. Par ailleurs, ils ne distinguent pas leurs pratiques de celles des autres.

Les pratiques déjà en œuvre sont :

- Expliquer comment le faire, pourquoi et dans quelles conditions, quand consulter un médecin (2), parfois, un peu moins que d'habitude du fait qu'il s'agit d'une pathologie taboue [VIH] : le pharmacien recommande de lire les instructions et référence vers le médecin en cas d'anomalie (14)

On dit « Suivez bien le mode d'emploi qui se trouve dedans ». Ça, c'est ce que je dis toujours aux gens... (...) Puis, il y a encore les médecins. Donc nous, ces gens-là on peut les dispatcher chez le médecin quand il y a une anomalie. (Noé, FA14, Type 1.2, autocratie)

- Conseiller en fonction de l'intérêt du patient, de ce qui est mieux pour lui, quitte à ce qu'il n'achète pas d'ATVD (10).

Il y a tout un accompagnement à voir avec ce genre de choses, je crois, à côté. Mais, maintenant, ce n'est pas pour ça qu'on veut jouer un rôle qui n'est pas le nôtre.
Notre rôle, c'est de conseiller aux patients, à mon avis, ce qui est le mieux pour eux (rires). Et le mieux pour eux, c'est, ils veulent savoir leur cholestérol, ils vont faire une prise de sang et ils font tout en même temps et celle-là leur coûtera moins cher que d'acheter un test en pharmacie. (Johan, FA10, Type 1.2.)



- Analyser la demande, communiquer des informations pour que le patient puisse prendre des décisions éclairées, s'adapter en fonction des réactions du patient, de sa volonté ou pas d'avoir un conseil au comptoir. Si ce n'est pas le cas, le pharmacien donne des outils papier.(6)

Pour moi, c'est un médicament comme un autre. Sauf qu'il ne traite pas, il prévient. Donc, évidemment, cela, c'est la grosse différence. Donc, on n'aura pas à expliquer les moments de prise, la durée de prise, les interactions avec les médicaments ou les aliments. Donc, bien sûr, le contenu du conseil est différent mais la démarche est la même. (...) La première étape va être d'analyser ce qu'il a besoin pour voir si c'est notre champ de compétence ou bien s'il faut qu'on renvoie vers quelqu'un d'autre. Si nous on ne peut pas l'aider, voilà, est-ce que c'est vers un centre de psychothérapies ? De psychiatrie ? Est-ce que c'est à l'hôpital ? Est-ce que c'est le généraliste ? Une ambulance ? Ou l'urgence ? Cela, c'est toujours notre première étape. Et du coup, avec les autotests, c'est pareil ! « Qu'est-ce qui vous inquiète ? Pourquoi vous pensez à l'autotest sida ? Est-ce que vous avez eu un rapport à risque ou une situation à risque ? Elle date de quand ? Et chaque fois, justifier pourquoi on pose ces questions, parce qu'il ne faut pas qu'on donne l'impression d'être de la police. Donc, voilà, « Les autotests, c'est une très bonne idée d'y penser. Mais il y a certaines limites. On va vérifier ensemble si ces limites seront limitantes pour vous ou pas du tout. Donc, j'ai quelques questions à vous poser ! ». Voilà. « De quand date le rapport ? Si cela fait plus de trois mois, OK. Moins de trois mois, il y a d'autres pistes ». Donc, chaque fois, on réoriente en fonction des infos qu'on reçoit. Mais c'est pareil. Pour moi, les autotests ne sont pas... nouveaux. (Flora, FA6 Type 3.1, partenariat mutuel).

➡ **La pratique limitée en raison des volumes de ventes faibles** (2 sur 7 ; 1,4). En outre, ces pharmaciens soulignent ne pas les proposer. Les motivations diffèrent toutefois, selon le pharmacien : Un coût perçu trop élevé pour le client et le risque de **générer une image négative du pharmacien comme un profiteur** (1) ou un **cercle vicieux** du fait du peu de vente qui fait que le pharmacien connaît peu ce dispositif (cf. peu de vente → absence de connaissance → -le pharmacien ne les propose pas au patient → peu de vente).

I : (...) Ce que vous me dites, c'est que possiblement... en tout cas vous avez le matériel. Vous n'avez pas la routine qui va avec parce que vous n'en avez pas vendu beaucoup...

Oui, mais c'est un peu le serpent qui se mord la queue, c'est vrai. On n'a pas de demande, on en fait pas. (Doris, FA4)

➡ **Le changement n'est pas de l'ordre du changement de rôle** (1 sur 7 : 11). **Les ATVDs sont perçus comme une aide au diagnostic, c'est un plus.** Le pharmacien peut aider en proposant le service lors qu'il y a plainte ou demande du client. (11)

ATVDs & Changements pour les pharmaciens, par les pharmaciens.

Les changements de rôle sont évoqués de manière très prudente, ce qui rend l'analyse plus compliquée. Il s'agit essentiellement du rôle auprès du patient. Le rôle vis-à-vis du médecin fait l'objet de plus de sous-entendu (ex. faire un premier tri, l'ATVD comme une aide -globalement- au diagnostic).

Autant, si la partie avant achat fait plutôt consensus (l'information est nécessaire qu'elle fasse ou non déjà partie des pratiques du pharmacien), autant les positions divergent dans le suivi : certains soulignent il faut veiller à ne pas se substituer au médecin, d'autres que des solutions sont parfois possibles en officine.

Enfin, une même pratique peut être perçue comme une nouveauté, une nouveauté pour les autres mais pas pour soi ou encore, une absence de changement.

L'analyse ne fait pas apparaître de lien avec les autres tendances.



Tableau FA8 Changements « induits » au niveau des rôles suite à l'introduction des ATVD, perçus par les médecins

Chez le patient (11 sur 16)	Changements :	Positifs : ➤ Peut permettre à la personne de (re)nouer au domaine médical. ➤ Permet une prise en charge plus efficace , parce que plus précoce et prenant place dans des services moins engorgés/saturés. ➤ Accorde plus d' autonomie du patient.
		Négatifs : ➤ Absence de consultation du médecin (liée à des problèmes d'accessibilité financière et socio-culturelle- difficulté de s'exprimer)
	Absence de changements :	➤ Une aide au diagnostic, un plus, mais pas un changement de rôle.
Chez le médecin (7 sur 16)	Changements :	Positifs : ➤ Offrir une grille de lecture. Entamer/susciter Dialogue avec le patient ➤ Se concentrer sur les patients qui nécessitent une consultation dans des cabinets moins engorgés.
		Négatifs : ➤ Perte des prérogatives en matière de diagnostic. NB. Crainte de réactions négatives du médecin par ce qui peut être perçu comme une perte de pouvoir.
	Absence de changements :	➤ Ne se sentent pas concernés ➤ ATVD= une aide. Pas de changement de rôle.
Chez le pharmacien (14 sur 16)	Changements :	Positifs : Jouer un rôle plus actif auprès du patient ➤ Plus d'information (à l'achat et une lecture commentée après), plus de conseils. ➤ Faire un premier tri ➤ Avoir des balises dans les cas d'automédication Mais : tensions avec le rôle du médecin mentionné et parfois démuni face à ce rôle (explication, gérer une personne qui reçoit un diagnostic « fort »).
		Potentiels générant l' « inconfort » voire le rejet : ➤ Assurer « le service après-vente » d'un test : rassurer, référer, ...
		Potentiels dont la valence n'est pas encore déterminée : ➤ Le changement peut être positif ou négatif en fonction du positionnement du pharmacien (dialogue ou mise à l'écart du pharmacien)
	Absence de changements :	➤ « Pratiques déjà à l'œuvre » (information, conseil ou aide à la décision) ➤ Volume de vente faible → pratique limitée ➤ Aide (globalement) au diagnostic, pas un changement de rôle.

5.2. CHANGEMENTS PERÇUS DANS LES RELATIONS

5.2.1. CHANGEMENTS DANS LES RELATIONS PATIENT-MÉDECIN

Taux de réponse : 6 sur 16. (pas de réponse : 2,3,4,6,7,9,12,13,14,) et un pharmacien dit ne pas savoir (15)

L'ATVD peut être perçu comme pouvant changer les relations patient-médecin (3 sur 6) ou comme ne changeant pas (3 sur 6). Le taux de réponse est très faible (6 sur 16).

CHANGEMENT DANS LA RELATION

3 sur 6 (1,5,10)

Lorsque les autotests induisent des changements dans la relations patient-médecin, ils sont positifs (2sur3) ou neutres (1sur 3). Les ATVDs sont à la fois mentionné comme étant susceptibles de recréer une relation et comme étant susceptibles de la « distendre » par l'exercice de plus d'autonomie par le patient.



CHANGEMENT (POTENTIEL) POSITIF

(2 sur 3 ; 1, 10)

➡ **Opportunité de (re)créer une relation de soins** : L'ATVD peut permettre de (re)connecter certaines personnes à la médecine générale (1,10). Le changement intervient dans la possibilité de relation plus que la relation elle-même. Les réactions des médecins seraient toutefois mal aisées à prévoir, attribuées à leur personnalité.

Il y a ceux qui ne consultent jamais le médecin, et ça, il y en a des gens qui viennent à la pharmacie. On voit qu'ils ne sont pas bien mais «votre médecin... » « Non, non. Je n'ai pas de médecin » ou alors le seul médecin, c'est l'hôpital des enfants parce qu'ils ont des enfants et quand il y a un problème avec leur bébé, on va aux urgences de l'hôpital des enfants. Mais eux n'ont pas de médecin et n'ont pas de médecin de famille et donc c'est eux qu'il faut toucher avec ce genre de tests pour dire « Attention, il y a quelque chose qui ne va pas. Là, le test a mis le point dessus. Maintenant, s'il vous plaît, trouvez-vous un médecin. Faites une prise de sang. Prenez un premier contact avec un médecin et ayez un référent médecin par la suite ». Pour moi, c'est ça l'utilité de ces tests. (Adrien, FA1)

Je pense que les gens, le but, c'est de retourner chez le médecin et qu'il y a de toute façon un contrôle qui est fait. Un recontrôler. (...)

I : si on qui a été faire un autotest, vous m'avez dit que quand il va voir son médecin, il va probablement faire un examen pour vérifier... mais à votre avis comment le médecin va réagir quand il va revenir avec son autotest ?

Je n'en sais rien... cela dépend de la personnalité du médecin aussi. Je crois qu'il peut y avoir autant de réactions différentes qu'il n'y a de médecin.

Oui. Non. Cela je n'ai aucune idée. Je crois que cela peut aller du « ces trucs-là ça ne sert à rien » à « c'est bien cela je n'y avais pas pensé ». Ça j'avoue que je n'ai aucune idée (silences). (Johan, FA10)

CHANGEMENT « NEUTRE »

(1sur3 ; 5)

➡ **Une relation patient-médecin plus distante (5)**. L'ATVD s'inscrit dans cette évolution en cours, elle se caractérise par plus d'autonomie de la part du patient, qui consulte moins et fait de plus de choses par lui-même. Cette évolution est mentionnée telle un constat sans valence positive ou négative. La réaction du médecin n'est pas connue mais escomptée comme négative dans la mesure où, l'ATVD lui enlève une partie de ses prérogatives, celles liées au diagnostic. (5-verbatim également au point 5.1.1 changement positif pour le patient)

I : D'accord. Donc, ce que ça change c'est que le patient qui a envie de faire des choses par lui-même et qui a envie de moins voir le médecin, c'est possible via ça ? C'est ça l'idée ?

Oui. Pour certains... genre une infection urinaire, ça oui, ça peut être utile clairement. Mais après, je pense qu'il y en a certains qui pourraient éventuellement être prescrits par le médecin aussi.(...) A la place de passer par un labo, pour aller plus vite. Voilà, je fais des réflexions tout haut.

I : Donc il y en a où ça vous paraîtrait normal si, par exemple, le patient téléphone en disant « j'ai l'impression que j'ai une infection urinaire »... que le médecin pourrait dire « Écoutez, ce serait peut-être indiqué d'aller vérifier ça par un autotest qui est disponible en pharmacie » ? C'est un peu ça ?

Oui. Mais après quand vous me le dites tout haut, ça fait bizarre. Je ne crois pas que le médecin dira ça un jour. Mais en théorie, oui [Rires]. (Emilie, FA5)

ABSENCE DE CHANGEMENT DANS LA RELATION

3 sur 6 (8,11,16)

➡ L'ATVD induit **des modalités de fonctionnement différentes dans les relations patient-médecin** (8,11,16). Le pharmacien considère toutefois qu'il ne s'agit **pas d'un changement dans la relation elle-même**. Ainsi :

- Les médecins peuvent se concentrer sur les patients qui ont réellement besoin de consultation, suite au tri opéré grâce à l'ATVD. (8)
- L'ATVD constitue une aide au diagnostic (11)

Pour que les gens sachent que ça existe que c'est un premier truc qu'on peut faire si on n'a pas le temps, si on n'a pas fait des analyses... par exemple quelqu'un, si on prend le tétanos... le tétanos, on sait que cela reste 10 ans. Moi, je ne me rappelle pas quand j'ai fait le dernier vaccin tétanos. Donc, maintenant, si les gens savent qu'il y a un autotest qu'on peut faire ne serait-ce que quand on est blessé, on tombe, on sait qu'on peut le faire le jour le même ou le lendemain pour voir si on a encore les anticorps tétanos ou pas. Donc, cela, c'est un plus les gens si l'info est assez divulguée. C'est un plus. Moi, je pense, c'est un plus. Cela ne peut pas être une alternative pour ne pas consulter. Mais cela peut aider. (Léo, FA11)

➡ **Pas de changement dans la relation, même si l'accueil (positif/négatif) peut différer en fonction de l'âge du médecin (16)**. Les médecins plus âgés auront plus de mal à donner du pouvoir au patient (ils resteront fidèles à leurs habitudes : prise de sang et bonne relation avec les labos) tandis que les jeunes seront plus positifs (et penseront que « ce n'est qu'un test »). L'ATVD n'induit pas de changement dans l'attitude du médecin et dès lors, dans la relation avec le patient.



En wat is uw gevoel hoe de huisarts er tegen over staat?

Dat is ook weer tweeërlei denk ik. En ik denk ook weer, in de generaties dat dat echt....de ouderen hebben het lastig om zaken uit handen te geven, en al hun gewoontekes; bloed trekken, labo's, met de nodige connecties, voila. Dat laten we in het midden. En ik denk dat de jongeren er al bewuster mee omgaan, van "ok, allez ja," maar toch ook altijd, "van ja, het is maar een test", de diagnose blijft altijd in handen van de dokter. (Paul, FA16)

Deux pharmaciens (10,16) mentionnent toutefois qu'il est mal aisé de prévoir la réaction du médecin face aux ATVDs dont la réalisation peut être perçue comme une perte de leurs prérogatives au profit du patient. Un autre mentionne que le médecin ne sera pas en faveur de ce transfert (5). Voir point 5.3.2

ATVDs & relations patient-médecin. Nous retrouvons ici la prudence dans la formulation d'un changement dans la relation. Une partie des pharmaciens ne se prononcent pas. C'était toutefois aussi le cas parmi les patients et les médecins en regard des relations dans lesquels ils ne sont pas impliqués.

Le changement consistait tant à renouer la relation (changement positif) qu'à la distendre (changement neutre de l'ordre du constat). L'absence de changement perçu est liée au fait que le changement ne puisse être qualifié de changement dans la relation (il est mineur) ou que l'attitude du médecin ne change pas au-delà de la réaction face à l'ATVD.

5.2.2. CHANGEMENTS DANS LES RELATIONS PATIENT-PHARMACIEN

Taux de réponse : 10 sur 16 (Pas de réponse : 3,7,9,10,12,13)

L'ATVD peut être perçu induisant un changement dans la relation patient-pharmacien (2 sur 10) ou comme n'induisant pas de changements dans la relation (8 sur 10).

CHANGEMENTS SUR LE PLAN DE LA RELATION

2 sur 10 (4,14)

CHANGEMENT POTENTIEL POSITIF

(1 sur 2 ; 4)

➡ **Opportunité d'initier un traitement pour « certains problèmes qui relèvent du pharmacien »** (infections urinaires ou vaginales) et ce, **à la demande du patient** (4)

Vous avez une infection urinaire, la pharmacie peut peut-être répondre, effectivement si c'est un début d'infection, à votre demande. Idem pour la candidose aussi qui est quand même assez... Pas pour une ménopause ! Pour moi, vous devez consulter un médecin. Impérativement. Idem pour le tétanos. Idem pour l'allergie (...) Je ne me vois pas faire un présentoir avec VIH. Ça, je ne le ferais pas. Elle me disait ça et je trouvais l'idée vraiment pas mal, mais en limitant alors vraiment très fort avec ceux qui, je trouve, relèvent du pharmacien. (Doris, FA4)

CHANGEMENT POTENTIEL NÉGATIF

(1 sur 2 ; 14)

➡ **Ce changement va plutôt à l'encontre d'une relation plus partenariale.** Certains ATVDs (VIH, infections urinaire, prostate) suscitent **une gêne** du fait de la pathologie concernée. Ils sont plutôt un frein à une relation plus partenariale d'autant qu'il s'agira probablement de **patients non connus** de l'officine. Ils invitent plutôt à peu d'explication, à **un service a minima**. Ce n'est pas la base idéale pour établir une relation de confiance dans la durée (14)

« Je voudrais un conseil parce que j'ai une infection vaginale et quand je fais pipi ça sent mauvais ». Vous vous imaginez quelqu'un dire ça au comptoir. Il y a des gens à côté. Vous habitez le quartier... Non, vous avez déjà choisi une pharmacie où on ne vous connaît pas. Et où vous n'irez qu'une fois peut-être pour ça. Ou alors un gars qui a une infection urinaire. « Ça me gratte et il a doublé de volume ». Ça, oui. [Rires] Vous voyez le problème du test. Vous l'achetez anonymement, vous ne demandez rien ! Vous espérez que tout est dedans. On dit « Suivez bien le mode d'emploi qui se trouve dedans ». Ça, c'est ce que je dis toujours aux gens... (...) Vos conseils sont bons et les gens le savent et ils reviennent pour ça. Ou alors ils ont des conseils parce que vous êtes spécialisé dans un domaine. Là, vous avez les gens qui sont accrochés à vous mais le tout-venant, non. Et puis, dans des tests comme ça, non. Pour balancer au clair de lune que vous avez une pathologie douteuse. Non. (Noé, FA14)



Le changement induit (positif/négatif) semble test-dépendant¹²¹. Toutefois, le critère pour déterminer quel autotest est porteur de changement positif/négatif n'est pas partagé (notamment en ce qui concerne les infections urinaires ou vaginales).

ABSENCE DE CHANGEMENT DANS LA RELATION

8 sur 10: (1,2,5,6,8,11,15-potentiel-pas de détails,16)

Percevoir que les ATVDs n'induisent pas de changements recouvrent trois cas de figures différents :

➡ **Les volumes de ventes sont actuellement trop faibles** pour pouvoir induire des changements dans la relation (1,8,11,16), notamment parce que les patients n'en ont pas connaissance (8). Ceux qui évoquent un hypothétique changement lui donne une connotation :

- Soit négative : précisément, les ATVDs sont perçus comme trop chers et le pharmacien n'ose les proposer de crainte de passer pour un profiteur (1).ou indéterminée (positive/négative) pour le pharmacien.
- Soit indéterminée : Les ATVDs pourraient déboucher sur plus de dialogue mais aussi sur une mise à l'écart du pharmacien, que tous les patients ne souhaiteraient toutefois pas (16).

Ja, die zelftesten, auto-evaluatie ok, maar het is ook heel die omkadering van uw patiënten, en dat we naar mijn gevoel als apotheker daarop in de toekomst toe moeten profileren, willen we ons niet uitrangeren. Anders gaat onze driehoek heel plattekes worden en ja... (...)

En voor de patiënt, hebt u een idee over de evolutie of dat een goede of slechte zaak is?

Euh...dat zal ook weer van persoon tot persoon afhangen, allez, ik kan daar geen algemene, allez, wat, wat ik aanvoel is dat we nu, zoals ik zei, in een turmoil zitten, dus en dat er zich evenwichten moeten zetten, evenwichten die afgebrokkeld worden en er zijn zich andere zaken aan het installeren. Maar ik heb wel het gevoel dat vroeg of laat tot een evenwicht komt. Allez, ik kan me niet inbeelden dat iedereen van vandaag op morgen zegt "ik moet geen apotheker meer hebben." (Paul, FA16)

➡ Les ATVDs n'induisent **pas de changements par rapport à la relation habituelle** (5,6). La pratique habituelle est toutefois plus ou moins partenariale. Il en sera de même avec les autotests :

- A l'instar de toute vente libre, si la personne ne pose pas de question, elle ne reçoit pas d'explication (5)

Donc par rapport aux autotests, s'il y a quelqu'un qui vous demande un autotest SIDA, là vous avez dit...

S'il ne pose pas de questions, j'avoue, je donne. S'il me pose des questions, je dis « Je ne connais pas, je regarde avec vous » et j'ouvre la boîte et je regarde la notice.

En fait, ça c'est comme vous faites d'habitude, d'après ce que je comprends .

Ah, oui, oui. (Emilie, FA5)

- Le pharmacien déploie les techniques habituelles pour mettre les patients à l'aise et adapte les modes de transmission en fonction des souhaits du patient (2,6). Néanmoins, le public demandeur d'ATVDs ne sont pas des personnes connues de l'officine. Il s'agit principalement de l'ATVD VIH, Aussi, cela rend l'interaction plus compliquée à gérer dans la mesure où il s'agit d'un sujet délicat suscitant gêne et inconfort avec des personnes pour lesquelles il n'existe aucun antécédent sur lequel s'appuyer.

Mais ce n'est pas facile, ce n'est pas forcément facile... parce que le patient n'a pas facile, que du coup il va souvent dans des pharmacies ou on ne le connaît pas et du coup, on n'a pas les mêmes outils que ce qu'on a d'habitude, avec les patients que l'on suit régulièrement. On démarre de rien. Mais, on sent qu'il y a une difficulté et donc, là, c'est avec des outils de communication qu'on va réussir à donner toute l'information. Parce que souvent, lui, il va arriver, il ne veut que cela aille vite, qu'on lui donne la boîte. Si à la limite, il était à disposition comme ça, qu'il pouvait le prendre, le mettre dans un sac et que personne ne lui parle. Au départ, lui, c'est son besoin. Et donc, on doit le respecter tout en jouant notre rôle, sans prendre sa place à lui. Donc, on n'est pas là pour lui imposer une prise en charge. On n'est pas là pour le contraindre mais il faut qu'il ait toutes les informations pour prendre les bonnes décisions, puisqu'il a fait cette démarche positive de dépistage. Et donc là, on va adapter l'information. C'est pour ça qu'on a des outils qui sont prêts, on a des fiches, on a des listes avec les centres de dépistage les plus proches, comme cela dans les moments où l'on sent... parce que parfois on a beau mettre tous les outils en place, on n'arrive pas à débloquer la situation et donc, on sent bien qu'on va devoir le donner...(Flora, FA6).

On leur explique comment le faire. On leur explique sauf s'il dit « Non , non. Je sais ». J'en ai un qui est venu et je lui ai demandé. Il m'a dit « Non, non, je sais comment il faut faire » parce qu'il l'avait déjà fait ou qu'il l'avait fait pour son copain/sa copine... j'en sais rien. Mais autrement, on lui explique. Ah ben oui. On ne va pas lui dire « Tu n'as qu'à te débrouiller ». On demande. (...) Moi, ce que je dis c'est « si c'est positif, vous en parlez à votre médecin » mais ça se limite à ça. Et... il y a encore cette gêne, même si c'est le pharmacien, il y a encore cette gêne de venir dire... Il faudrait voir si on en vend à un client, peut-être que lui aura une approche plus franche. (Boris, FA2).

¹²¹ Positif : des pathologies perçues comme relevant du pharmacien. Négatif : des pathologies pour lesquelles la discussion au comptoir est perçue comme délicate (soient la plupart des ATVDs).



➡ Les ATVDS sont **un plus, une aide**, mais ils n'induisent pas de changement dans la relation. Chacun garde son rôle (11)

ATVDS & relations patient-pharmacien.

Les changements peuvent être positifs (initier certains traitements qui relèvent du pharmacien) ou négatifs (le type de pathologie couverte par les ATVDS n'encouragent pas au dialogue).

L'absence de changement peut être liée aux volumes de vente faibles, à une absence de changement d'une pratique actuelle axée sur le dialogue ou à la délivrance simple de l'autotest comme toute vente libre. Parfois, le changement n'est pas perçu comme un changement dans les relations mais comme une aide, un plus.

Le pharmacien fait généralement mention de ce qui se déroule **avant/lors de la vente**. A l'exception de celui-ci qui mentionne un changement positif, qui concerne une initiation du traitement par le pharmacien et ce, à la demande du patient. D'autres mentionnent toutefois le référencement vers le médecin en cas de test positif, lors de la vente. Lors de l'évocation du rôle du pharmacien, certains mentionnaient une forme d'inconfort (3,4) y compris dans le fait de rassurer après le test. Il reste que les évocations de l'implication du pharmacien dans le suivi du test sont peu fréquentes. Il n'est par ailleurs pas toujours aisé de déterminer dans quelle mesure l'initiation d'un traitement est déjà présente ou si l'autotest permettrait celle-ci.

Les réponses sont peu contrastées ne permettent pas de mettre à jour des liens avec les autres tendances.

5.2.3. CHANGEMENTS DANS LES RELATIONS PHARMACIEN-MÉDECIN

Taux de réponse : 5 sur 16. (Pas de réponse : 2,3,4,5,6,8,11,12,13,14,16)

Les ATVDS peuvent être perçus comme susceptibles d'induire un changement dans la relation médecin-pharmacien (4 sur 5) ou comme n'en induisant pas (1 sur 5). Le taux de réponse est faible (5 sur 16). Quel que soit le positionnement du pharmacien, il est toujours question des tensions (ou de leur résolution) liées à la réaction du médecin face à ce qui peut être vécu comme une perte de ses prérogatives (voir point 5.3.2).

CHANGEMENT DANS LA RELATION

4 sur 5 (7,9,10,15)

Lorsque les ATVDS sont perçus comme potentiellement inducteurs de changement dans la relation médecin-pharmacien, celui-ci peut être négatifs (3 sur 4) ou positifs (1 sur 4).

[CRAINTE D'UN] POTENTIEL CHANGEMENT NÉGATIF

(3 sur 4 ; 7,10,15)

Ces pharmaciens craignent des tensions liées au fait que le médecin aurait l'impression de perdre une partie de sa profession, de ses prérogatives au profit du pharmacien (5,7,10), que ce que la vente des ATVDS par les pharmaciens soit perçue comme entrant en compétition avec ce que les médecins offrent (15). Cette crainte aurait été à l'origine du tapage médiatique au début de la commercialisation (10). L'un précise que cela n'a toutefois pas affecté ses relations avec les médecins de proximité (10) ; un autre précisera qu'il est soucieux de ne pas usurper cette place (7).

En ik denk dat de dokters dat niet altijd leuk vinden dat wij die test gaan verkopen. Ik denk dat die dat niet gaan aanmoedigen, dat is ergens voor hen..., tja...in het vaarwater komt. (Olga, FA15)

Je dirais soit médiatiquement soit parce que pour moi, les médecins avaient une crainte qu'on veuille jouer un rôle, enfin comme toujours, qui n'est pas le nôtre et du coup cela suscite une crainte chez eux et du coup, ils ne voient pas ce que cela peut apporter d'un autre côté. (...)

Nous, on n'a pas eu de problème avec les médecins ici dans le quartier, parce qu'ils savent bien comment on fonctionne et donc on n'a pas eu de crainte particulière exprimée par des médecins comme ils ont... je pense que c'est souvent, en général que cela se joue et que les situations locales peuvent être bien différentes. (Johan, FA10)

CHANGEMENT POTENTIEL POSITIF

(1 sur 4 ; 9)

A l'inverse de ceux qui voient dans les ATVDs, un risque de crispations sur le plan des relations médecin-pharmacien, d'autres y perçoivent une opportunité de **renforcer cette collaboration, de permettre une bonne communication (9)**. Les ATVDs sont en effet perçus comme **très valorisants pour les deux professionnels** (du fait qu'ils ont l'opportunité d'offrir au patient une grille de lecture du résultat au test). Il est toutefois nécessaire que les deux professionnels soient associés, que chacun soit reconnu dans son rôle et que **le médecin ne soit pas mis hors-jeu par le pharmacien** qui initierait un « traitement ». Il s'agit en quelque sorte de la situation si les tensions évoquées précédemment par ceux qui y voient un changement négatif pouvaient être apaisées et un *modus operandi* trouvé (9- verbatim voir changement positif pour le médecin)

ABSENCE DE CHANGEMENT

1 sur 5 (1)

Les ATVDs n'induiront pas de changement parce que **les pharmaciens ne connaissent pas le positionnement des médecins mais ne souhaiteront pas les indisposer. Les pharmaciens se calqueront sur le positionnement des médecins, comme à l'accoutumée.**(1)

Parce que si les médecins sont contre les dispositifs comme ceux-là, ben les pharmaciens vont toujours faire un pas de côté aussi. C'est très lié quoi. On n'a pas envie de se mettre les médecins à dos, si vous voyez ce que je veux dire. (Adrien, FA1)

Tableau FA9 Changements dans les relations suite à l'introduction des ATVDs, selon les pharmaciens

Patient-Médecin (6 sur 16 !)	Changements :	Positifs : ➡ Opportunité de (re)créer une relation de soins Neutres : ➡ Participe à des relations plus distantes, avec plus d'autonomie du patient (ce qui s'inscrit dans l'évolution actuelle)
	Absence de changements :	➡ Pas un changement de l'ordre de la relation, un changement des modalités (cabinet moins engorgé, ATVD= aide au diagnostic) ➡ Pas de changement de pratiques, même si l'accueil peut varier en fonction de l'âge du médecin
Pharmacien-Patient (10 sur 16)	Changements :	Positifs : ➡ Possibilité d'initier un traitement pour des problèmes relevant du pharmacien et ce, à la demande du patient. Négatifs : ➡ Peut aller à l'encontre d'une relation plus partenariale : gêne liée la pathologie concernée, personnes inconnues de l'officine → service à minima.
	Absence de changements :	➡ Trop peu de vente pour insuffler un changement de relations ➡ Pas de changement par rapport à la pratique habituelle : pouvant aller de la vente sans commentaire à l'aide à la décision. ➡ ATVD= une aide, un plus. Pas de changement de rôle.
Pharmacien-Médecin (5 sur 16 !)	Changements :	Positifs : ➡ Permettent plus de communication, de collaboration afin que tous deux soient associés. Valorisant pour les deux professionnels vis-à-vis du patient. Négatifs : ➡ Générateurs de tensions/crispations liées à la perception par les médecins de perdre certaines prérogatives au profit du médecin
	Absence de changements :	➡ Les pharmaciens se calqueront sur le positionnement des médecins (attitude habituelle).

5.3. REPRÉSENTATIONS DES CHANGEMENTS INDUITS PAR LES ATVDS TELS QUE PERÇUS PAR LES AUTRES ACTEURS, SELON LE PHARMACIEN

Parmi les représentations que le pharmacien se fait de ce que les autres acteurs pensent des ATVDS, ce sont Les représentations du médecin qui sont évoquées.

5.3.1. REPRÉSENTATIONS DES CHANGEMENTS PAR LES PATIENTS

Taux de réponse : 5 sur 16 (pas de réponse de : 2-7, 10-13,16)

Les représentations des patients mentionnées par le pharmacien **ne concernent pas le rôle ou les relations**. Elles concernent les obstacles à l'achat d'ATVDS d'une part et les obstacles à la discussion lors de l'achat d'autre part. Dans le premier cas, les échanges avec le professionnel sont très limités. Dans le second, ils sont inexistantes. Le peu d'achats génère *de facto* l'absence de changement, par l'absence de pratiques.

➡ Les obstacles à l'achat d'ATVDS sont :

- La non-connaissance de l'existence des ATVDS (8)

i : Ok. Donc pour le moment, c'est plutôt que ça ne prend pas en fait ?

Oui, les gens, ils ne demandent pas. Déjà, ils ne connaissent pas, je crois.(...). Ils ne vont jamais le demander parce que je crois qu'ils ne sont même pas au courant que ça existe. Oui, voilà parce que ce n'est pas très connu encore. Parce que j'ai vu en France qu'ils en parlent dans plusieurs émissions. Ils en parlent mais en Belgique, je n'en ai jamais entendu parler. Ni à la radio, ni à la télé ni rien. L'information, je crois qu'elle n'est pas passée chez tout le monde que ça existe des tests que l'on peut faire soi-même. (Heidi, FA8)

- Le **prix** (1,8,9)

I : vous l'avez vendu le fer ou...

Non. Le prix, ça bloque quand même. Parce qu'ils savent qu'ils vont quand même prendre le fer encore à 20€. Et en plus les 15€, ça fait un peu cher. (Heidi, FA8)

j'ai eu une dame qui est venue, j'étais de garde, elle voulait un autotest VIH, sans doute qu'elle était en couple et donc, elle voulait en acheter deux. J'en avais justement pris en parce que j'étais de garde. Et puis, quand elle a vu que c'était 30 €, tout de suite, ce n'était plus nécessaire. (Igor, FA9)

- Les personnes **préfèrent ne pas savoir** qu'ils ont une maladie grave (14)
- L'autotest **demande des manipulations par la personne** (piquer au doigt, récupérer les selles), que le patient ne **souhaite pas nécessairement faire**. (14)

Les tests évidemment... si vous vous mettez le multi multi pass-test. On colle ça sur le bras. On a son smartphone et il fait l'analyse de tout ce que vous avez. Ça évidemment vous allez en vendre des milliers. Mais chaque fois les gens ont peur de se piquer dans le doigt. Faire popo sur une lingette dans le wc puis envoyer ça. On n'a pas trop envie de savoir qu'on a des pathologies graves hein. Et puis de toute façon, on n'y pense même pas. C'est quand on tombe dans la rue qu'on se dit « Tiens, j'ai fait un infar ». Il y a une sorte d'éducation. (Noe, FA14)

➡ L'obstacle à la discussion lors de l'achat est la **détermination des patients** qui souhaitent l'acheter, l'absence de questions se prête mal au dialogue (15)

En hebt u weet van patiënten die twifelen tussen een zelftest of liever een test bij de huisarts?

Nee

Ze zijn dus heel vastbesloten?

Diegenen die hem komen vragen zijn heel vastbesloten, maar ik zeg het, we krijgen quasi geen vragen. (Olga, FA15)

5.3.2. REPRÉSENTATIONS DES CHANGEMENTS PAR LES MÉDECINS

Taux de réponse : 10 sur 16 (pas de réponse de : 2,3,6,9,11,12)

CRAINTE DE CHANGEMENT POTENTIEL NÉGATIF, PERTE DE PRÉROGATIVES ?

6 sur 11 (4,5,7,8,10,15)

Plusieurs pharmaciens (4,5,7,10,15,16) mentionnent que les médecins risquent de réagir négativement à l'introduction des ATVDS qu'ils pourraient vivre comme une perte de leurs prérogatives au profit soit du pharmacien (7,10,15), soit du patient (5,16). Les craintes sont exprimées comme suit :



➡ La crainte de perdre leur monopole (4)/responsabilité (5), en matière de diagnostic. Le sentiment de perdre une « partie » de leur profession (7,8)

Certains pharmaciens ont conclu à cette crainte suite au positionnement des médecins dans les médias : la presse (4), la radio (5). Ces positionnements les ont amenés à penser que les médecins étaient contre les ATVDs, qu'il s'agissait d'un changement non souhaité. (4,5)

Les autotests, pour vous, ça change quelque chose par rapport aux relations avec les médecins ?

Oh, ça je pense qu'ils ne le prennent pas bien ! Mais ça, je l'ai lu dans la presse. Je n'ai pas eu d'écho à titre personnel. C'est ce que j'ai lu dans la presse. Mais moi, je les comprends un peu. Sincèrement, je les comprends un peu. Je comprends leur point de vue ! C'est peut-être aussi qu'ils veulent garder un certain monopole toujours, mais même je pense que si on prend un médecin qui n'est pas comme ça, je comprends ses arguments. Parce que moi-même, qui ne suis pas médecin, j'ai certains arguments communs que je vous ai exposés tout à l'heure. Donc, je les comprends sincèrement. (Doris, FA4)

D'autres soulignent que le médecin ne devrait pas craindre cela parce que : si le résultat le nécessite, le patient sera référé (7) ou encore que le pharmacien facilite le travail du médecin¹²² mais qu'il ne se substitue pas à lui (8).

(Silences) Plus compliqué comme question ! (Rires). J'espère en tous cas qu'ils n'ont pas l'impression de perdre une partie de leur profession. Cela, j'espère pour eux. Parce que de toute façon justement quand le résultat nécessite d'être référé, le patient ira quand même chez eux (silences). Cela je ne saurais pas vraiment me prononcer, comme je n'ai pas encore eu d'expérience justement d'échange avec un médecin par rapport à une délivrance d'autotest ou un résultat quand on délivre un autotest. Je ne sais pas exactement comment ils perçoivent tout cela. (Greta, FA7)

I : Et vous pensez qu'ils en pensent quoi les médecins de ces autotests ?

Ah, je ne sais pas. Peut-être qu'ils vont être sceptiques mais nous c'est juste le premier pas on va dire. (...)

Au médecin, qu'il collabore avec nous comme quoi si par exemple on fait une petite sélection, déjà, parce qu'on va pas lui prendre son travail mais c'est juste on lui facilite le travail. Donc il doit être compréhensif sur ce point-là comme quoi on travaille ensemble et pas l'un contre l'autre, mais c'est vraiment pour le bien du patient. (Heidi, FA8)

➡ Cette perception peut aussi être formulée sous l'angle du rôle du pharmacien, il s'agira alors de : **la crainte que les pharmaciens veulent jouer un rôle qui n'est pas le leur** (10,15). Les médecins se sentiraient exclus de ce qui n'est pas sous-ordonnance (10). Ils percevraient les ATVDs comme entrant en compétition avec les services offerts par le médecin (15). Le « tapage médiatique » (cité précédemment) qui a entouré la commercialisation des ATVDs est attribué à cette crainte, que le pharmacien dit comprendre.

Pour moi, les médecins avaient une crainte qu'on veuille jouer un rôle, enfin comme toujours, qui n'est pas le nôtre et du coup cela suscite une crainte chez eux et du coup, ils ne voient pas ce que cela peut apporter d'un autre côté. (...)

C'est-à-dire que ce que nous on vend ici dans le commerce, je pense que le médecin se sent exclu.

I : Oui, il ne comprend pas ce qui se passe ?

Il ne comprend pas ce qui se passe, oui. Et je pense que c'est cela qu'il n'aime pas et voilà, je peux le comprendre. (Johan, FA10)

En ik denk dat de dokters dat niet altijd leuk vinden dat wij die test gaan verkopen. Ik denk dat die dat niet gaan aanmoedigen, dat is ergens voor hen..., tja...in het vaarwater komt. (Olga, FA15)

Plusieurs soulignaient (4,7,10) que c'est qu'ils pensaient des médecins en général. Ils mentionnaient par ailleurs ne pas en avoir l'expérience avec les médecins avec lesquels ils travaillent.

ABSENCE DE CHANGEMENT DE RÔLE (OU DE RELATION)

2 sur 11 (13,14)

D'autres pharmaciens pensent que les pratiques **des médecins ne seront pas impactées par les ATVDs**. Les ATVDs n'y seront pas intégrées. Il peut y avoir **différentes raisons** :

➡ Les médecins ne se sentiront pas concernés par les ATVDs (13)

➡ Les médecins ne s'y fieront pas et procéderont comme à l'accoutumée (14)

Je crois que les médecins ont leur propre circuit. Ils font une analyse de sang, etc. dont ils peuvent voir les résultats et donc voir si ces résultats sont probants avec leur diagnostic. Et ils ne se fient pas toujours très fort à ces tests. D'ailleurs, il y en a un qui m'a dit que c'était peut-être pas tout à fait valable au niveau précision. (Maeve, FA14)

AUTRE (QU'UN CHANGEMENT DE RÔLE)

¹²² une idée qui était présente également chez les patients sous la formule : débroussailler le terrain.

3 sur 11 (1,10,16)

Les pharmaciens perçoivent aussi d'autres représentations des ATVDs sans qu'il s'agisse d'un changement de rôle ; Il s'agit d'éléments du type favorable ou défavorable aux ATVDs.

➡ L'accueil réservé au patient qui a réalisé un ATVD serait favorable/défavorable, en fonction de caractéristiques du médecin (10,16), à savoir: sa personnalité (10) ou son âge du médecin (16).

Je pense que les gens, le but, c'est de retourner chez le médecin et qu'il y a de toute façon un contrôle qui est fait. Un recontrôler. (...)

I : si on qui a été faire un autotest, vous m'avez dit que quand il va voir son médecin, il va probablement faire un examen pour vérifier... mais à votre avis comment le médecin va réagir quand il va revenir avec son autotest ?

Je n'en sais rien... cela dépend de la personnalité du médecin aussi. Je crois qu'il peut y avoir autant de réactions différentes qu'il n'y a de médecin.

Oui. Non. Cela je n'ai aucune idée. Je crois que cela peut aller du « ces trucs-là ça ne sert à rien » à « c'est bien cela je n'y avais pas pensé ». Ça j'avoue que je n'ai aucune idée (silences). (Johan, FA10)

En wat is uw gevoel hoe de huisarts er tegen over staat?

Dat is ook weer tweeërlei denk ik. En ik denk ook weer, in de generaties dat dat echt....de ouderen hebben het lastig om zaken uit handen te geven, en al hun gewoontekes; bloed trekken, labo's, met de nodige connecties, voila. Dat laten we in het midden. En ik denk dat de jongeren er al bewuster mee omgaan, van "ok, allez ja," maar toch ook altijd, "van ja, het is maar een test", de diagnose blijft altijd in handen van de dokter. He? He? (Paul, FA16)

➡ La crainte (exprimée) d'un médecin quant à la réaction du patient qui se trouve seul face à un test VIH+ qui l'amènerait à être plus favorable à un dispositif plus encadré. Le positionnement des autres médecins n'est toutefois pas connu (1)

Moi, j'ai eu une fois un médecin quand c'est sorti, qui a vu mon truc [présentoir], qui a dit « Oui, moi, je ne suis pas tout à fait d'accord » notamment au niveau des tests VIH. Il me disait « Oui, moi... voilà, je suis un peu réticent au fait qu'un patient, tout seul à la maison, se rend compte qu'il a le SIDA quoi ». Pour lui, c'était quelque chose qui devait être encadré. Ben, on ne connaît pas la position précise des médecins. (Adrien, FA1)

5.3.3. REPRÉSENTATIONS DES CHANGEMENTS PAR LES AUTRES PHARMACIENS

Taux de réponse : 2 sur 16 (1,9)

Deux réflexions sont présentes sur les représentations des autres pharmaciens en regard des ATVDs. Il n'est toutefois pas précisé s'il s'agit ou non d'un changement de rôle/relation.

➡ L'attitude des pharmaciens qui consistera à se calquer sur le positionnement des médecins afin de ne pas les indisposer. Le positionnement des médecins face aux ATVDs était toutefois encore inconnu, de l'avis de ce pharmacien (1).

Parce que si les médecins sont contre les dispositifs comme ceux-là, ben les pharmaciens vont toujours faire un pas de côté aussi. C'est très lié quoi. On n'a pas envie de se mettre les médecins à dos, si vous voyez ce que je veux dire.

Oui, oui. Et ça, vous pensez que ça joue chez vos confrères le fait qu'ils se disent... peut-être que...

Ben, on ne connaît pas la position précise des médecins. (Adrien, FA1)

➡ L'ATVD comme une opportunité commerciale, pour certains pharmaciens, de vendre des compléments alimentaires. Les ATVDs seraient vendus comme tels par les firmes pharmaceutiques (9). Il n'est toutefois pas possible de déterminer s'il s'agit ou non d'un changement dans leurs pratiques.

Mais par contre, peut-être que certains de mes confrères mais, je ne sais pas, je ne vais pas dans les autres pharmacies, utilisent ça comme point d'accroche. Et en tout cas c'est comme ça que cela nous est vendu pour commercialiser après, je ne sais pas, la levure de riz rouge (rires), parce que les gens sont en hypercholestérolémie primaire (Igor, FA9)

6 – « SUGGESTIONS/PROPOSITIONS » POUR AMÉLIORER LA RELATION PATIENT-MÉDECIN-PHARMACIEN

Les Suggestions/Propositions portent sur **les relations dans le soin en général, d'une part et les relations dans le soin et les autotests à visée diagnostique, d'autre part. Le lecteur trouvera dans la partie Suggestions/Propositions du Partim « patients », les informations sur la présentation des Suggestions/Propositions.**

Convention d'écriture : En *italique*. Les besoins latents. En **bleuté**, concerne exclusivement le VIH. En **vert**, concerne spécifiquement Bruxelles En **rose**, inférence. Le reste, des réflexions et Suggestions/Propositions provenant directement des patients. Les numéros entre parenthèses correspondent à l'identifiant du pharmacien qui le mentionne. **Les verbatim figurent en fin de section et sont mentionnées par i,ii,iii, iv, ...**

6.1. SUGGESTIONS/PROPOSITIONS POUR AMÉLIORER LES RELATIONS DANS LE SOIN, EN GÉNÉRAL

Taux de réponse (besoins ressentis et exprimés): 15 sur 16 (pas de réponses : 11)

6.1.1. CONTEXTE GÉNÉRAL DE L'ORGANISATION DES SOINS

6.1.1.1. ASPECTS TECHNIQUES

RAS

6.1.1.2. ASPECTS ORGANISATIONNELS PÉRIPHÉRIQUES A LA RELATION MÉDECIN-PATIENT

	Problèmes	Suggestions/Propositions-Besoins	Moyens
FGC1	Population vieillissante. Besoin de services de proximité et d'une qualité de relation. Un besoin qui ne semble pas entendu par les décideurs politiques qui soutiennent les regroupements, les ventes en ligne, etc. (6)	Mettre la priorité politique sur les soins personnalisés de proximité, la qualité de la relation. (6) ⁱⁱ	
FGC2		Assurer le remboursement de certains médicaments d'usage courant, sinon les personnes doivent faire des choix (12) ⁱⁱⁱ	

6.1.2. RELATIONS PHARMACIEN-PATIENT

Taux de réponse : 9 sur 16 (pas de réponse de : 1,2,3,8,10,11,15)

6.1.2.1. ACTIONS CIBLANT LES PATIENTS.

RAS

6.1.2.2 ACTIONS CIBLANT LES PHARMACIENS

	Problèmes	Suggestions/Propositions-Besoins	Moyens
FGFP1	Problème de surconsommation chez les patients.	« Optimaliser la prise de médicaments » (5,6,12) - Mieux contrôler l'observance, si des économies sont visées (5)	Via : *une délivrance à l'unité, qui serait exigée par l'INAMI (5) Obstacle : Réactions négatives des pharmaciens en phase de démarrage. Une phase d'adaptation serait nécessaire (5).
FGFP2	Le système incite à être dispensateur de médicaments plus que conseiller (6,12)	- Favoriser le rôle de conseiller du pharmacien (6,12) : plutôt que d'encourager à vendre des médicaments (12) et faire en sorte que le patient utilise le moins de médicaments possible (6) Complémentaire à FGFP3	*L'amélioration de la cohésion de la première ligne (développé au point 6.1.3) (6) *L'adaptation du mode de rémunération des pharmaciens (6,12), soit revoir complètement le système de rémunération du pharmacien sur base du conseil et non plus de la vente (6), soit obtenir un plus pour le conseil (12). La rémunération témoigne alors de la reconnaissance du rôle (12). Obstacles : Manque de cohésion parmi les pharmaciens et manque d'organes (plus incisifs) de défense de leurs intérêts (12) ^{iv}
FGFP3	-Le pharmacien n'est pas suffisamment armé pour communiquer et dialoguer efficacement avec le patient (6) <i>-La plupart des pharmaciens de notre échantillon présentaient des pratiques autocratiques (information unilatérale du patient), voire de délivrance simple. Les profils plus partenariaux ont bénéficié d'une formation (continue ou complémentaire) dans ce sens.</i> -Le besoin de formation n'est pas ressenti (12,13) par certains pharmaciens qui présentent des pratiques autocratiques, peu centrées sur le patient. Ils estiment qu'il suffit d'écouter le patient et de parler de manière compréhensible ^v .	Armer, outiller le pharmacien pour communiquer et dialoguer efficacement avec le patient (6,9). Ce dialogue doit être orienté sur maintenir le lien (parce que si le lien est rompu, le pharmacien a perdu le rôle de conseil qu'il aurait pu jouer) (6). Préalable : convaincre certains pharmaciens de la pertinence de cette démarche.	Via : * Une sensibilisation à ce que peuvent être des relations plus partenariales (au-delà de l'information, quand elle existe) Suivi de : *La formation à la communication avec le patient (logique d'apprentissage-profil 2), comprenant : la gestion de conflit, rassurer la personne, l'apaiser (ex. comment aborder une personne qui a une demande taboue), notamment par l'intermédiaire de petites phrases toutes faites permettant de garder le lien (6) ^{vi} Note : cela devrait aussi permettre d'améliorer les relations avec ses collègues, les médecins, etc.(6) *Le certificat d'université en soins pharmaceutiques, qui permet une autre approche de la pharmacie (9) ^{vii} Obstacle : chronophage (9). Réfléchir à des incitants ??

FGFP4	<i>Le manque de confidentialité dans l'officine et le manque de temps pour le patient = deux obstacles à des relations partenariales avec le patient.</i>	Créer des conditions spatio-temporelles propices	*Aménager l'espace : disposer d'un coin plus isolé dans la pharmacie pour les conseils (7) *« Dégager du temps » (4-pas de détails) le fait même de prendre du temps permettrait d'améliorer les relations avec les patients * Conditions de rémunération FGFP2.
FGFP6	?	Bénéficier de plus de respect de la part des patients (>< 5ans d'études avec spécialisation et nécessité de remise à jour) (14) ^{viii}	?
FGFP6	La profession de pharmacien devient creuse. La pression commerciale élevée (16)	Revenir à son <i>core business</i> , avoir du temps pour informer le patient (16)	??? Les incitations financières en faveur des soins pharmaceutiques ont été annulées et remplacées par « pharmacien de référence ». Ce n'est pas suffisant et pourrait conduire à des fraudes [pas de détails] (16).

6.1.3. COLLABORATION PHARMACIEN-MÉDECIN

Taux de réponse : 11 sur 16 (pas de réponse de : 5,10,11,13,14)

6.1.3.0. ACTIONS CIBLANT LES DEUX PROFESSIONNELS

	Problèmes	Suggestions/Propositions-Besoins	Moyens
FPCF1	<i>-La collaboration pharmacien-médecin dans notre échantillon était souvent sommaire, limitée à un échange d'information.</i> <i>Les pharmaciens qui présentent des relations centrées sur les patients s'inscrivent aussi dans des relations partenariales.</i> ¹²³ -Crispations des médecins autour du diagnostic et de la substitution de médicaments (1). Ces crispations sont parfois fondées : certains pharmaciens délivrent en l'absence d'ordonnances. (4) -Appréhension (2), Aprioris (1) chez les deux professionnels. -Frustration liée au manque de dialogue (2)	1/Etablir (et développer) la collaboration, le dialogue (1,2,4,6,7,12), voire améliorer la cohésion de la 1^{ière} ligne globalement. - Clarifier les rôles (et tâches)^{ix} (1,4,6), les attentes réciproques (6,12), se rendre compte de la complémentarité des deux professions (4). -Créer la confiance : certains pharmaciens devraient se remettre en question, arrêter de délivrer en l'absence d'ordonnance et référer vers le médecin lorsque c'est nécessaire (4) - Etablir un contact en face à face, se connaître, mettre un visage (2) - Echanger à propos leur expérience respective, les problèmes auxquels ils sont confrontés (4,12)	Via : -au niveau des acteurs *l'organisation de formations médecin-pharmacien en groupe de 8-10 personnes, qui permettent la rencontre et le partage (12) *Des réunions de type « concertations médico-pharmaceutiques »(CMP)^x, réunions entre médecins et pharmaciens sur base de la proximité géographique (1,2,4,6) qui offrent un cadre et un financement (1, 4) *des réunions informelles avec les médecins situés à proximité sur les problèmes récurrents et les éventuels problèmes d'interprétation (7). Certains précisent que ces rencontres doivent : * être centrées sur des types de patients (6-

¹²³ Par conséquent, est-il pertinent d'encourager les rencontres sur des situations concrètes comme certains le suggèrent ? ou de développer les approches centrées sur le patient en amont ? Il serait pertinent de mener des recherches sur le sujet.



			concertations médico-pharmaceutiques) ou de patients spécifiques (7-rencontres informelles) * s'étendre à d'autres professionnels (infirmiers, assistants sociaux, aide-ménagères) et à toute personne en contact avec le patient (6)^{xi} : Obstacles : *les rencontres médecin-pharmacien sont compliquées à organiser en regard des horaires des deux professionnels (6). *Le dispositif de CMP perd en pertinence pour un tissu urbain tel que Bruxelles et ce, en raison du critère de proximité géographique : La proportion de patients se rendant chez un même pharmacien et un même médecin peut être faible^{xii} (9) ; * pas de temps à libérer et pas de ressources pour engager du personnel pour libérer du temps. Par ailleurs, qu'une personne soit dédiée à cela n'est pas une solution, tous doivent avoir les mêmes compétences dans la pharmacie (15) ; *la charge administrative élevée des médecins et des pharmaciens (12,16) -au niveau institutionnel ? poser des balises sur le plan des rôles, un cadre général de collaboration (inexistant ou méconnu ?). Cette démarche serait d'autant plus nécessaire que le format de concertation/rencontre est décrit comme non pertinent pour une partie des médecins/pharmaciens Bruxellois
FPCF2		1bis/ Développer de nouveaux modes de collaboration, mettre en place une nouvelle répartition des rôles pour le bien du patient (6,8), ce qui pourrait prendre des formes diverses en fonction de la manière dont ils considèrent leur rôle : - Rationnaliser la prise en charge du patient en fonction des compétences de chacun : le diagnostic et le médicament <i>Adhoc</i> pour le	? Réfléchir à, mener des projets pilotes ? Obstacles : Tous ne seront pas preneurs de plus de collaboration, il sera nécessaire d'avancer avec ceux qui le veulent (6)

		médecin ; l'adaptation des doses et les quantités pour le pharmacien^{xiii} (6) - Faire évoluer le rôle du pharmacien. Pour un premier tri, un premier dépistage et certaines mesures en routine pour accentuer la prévention tout en n'engorgeant pas le système de soins. Une évolution vis-à-vis de laquelle le médecin devra se montrer compréhensif parce qu'elle vise à faciliter son travail, pas à le lui prendre^{xiv} (8)	
FPCF3	Les contacts téléphoniques sont perçus comme parfois laborieux à établir (ex. 2,3,6,16). Certains peu pertinents pourraient être évités (2,3) ou sont évités (ex. 2,9,10) mais ils mettent le pharmacien dans une position d'inconfort (2).	2/ Fluidifier les contacts/la collaboration (2,7,12,16), en vue d'assurer une prise en charge concertée du patient par les différents acteurs (6), Améliorer la qualité des échanges d'information entre les différents acteurs, tant sur le plan de la forme que du contenu. Ces contacts/échanges pourraient également englober d'autres professionnels (6). - Faire en sorte que les contacts téléphoniques soient porteurs d'une réelle plus-value (2,3). -Faire appel à d'autres canaux de transmission d'information, en particulier, l'informatique (7,12,16)	Via : *un élargissement du droit de substitution des pharmaciens, si la molécule ne change pas^{xv} (2) *Prendre le temps de faire son travail correctement (ici, en particulier le médecin), afin de limiter des contacts laborieux à établir et les pertes de temps de part et d'autre^{xvi} (3). [Informatique] * une communication avec les médecins (16)- via une messagerie internet (7, 16) avec un délai raisonnable de réponse (16). * pouvoir avoir accès et pouvoir faire des commentaires dans le dossier médical informatisé (vérifier les médicaments prescrits, inscrire ce que le patient achète régulièrement en vente libre) (12) * un système informatique qui fasse le lien entre les différents dossiers DPP¹²⁴, DMG¹²⁵ (16)

6.1.3.1. ACTIONS CIBLANT LES PHARMACIENS & 6.1.3.2. ACTIONS CIBLANT LES MÉDECINS

RAS

¹²⁴ DPP Dossier Pharmaceutique Partagé.

¹²⁵ DMG. Dossier Médical Global.



6.2. SUGGESTIONS/PROPOSITIONS POUR AMÉLIORER LES RELATIONS DANS LE CONTEXTE DES AUTOTESTS A VISÉE DIAGNOSTIQUE

13 sur 16 (pas de réponse de 2,12,16)

6.2.1. ASPECTS TECHNIQUES (& ORGANISATIONNELS)

	Problèmes	Suggestions/Propositions-Besoins	Moyens
FTT1		Être assuré de la fiabilité technique des autotests (3,5,8)	
FTT2	Peu de ventes -Le pharmacien est gêné de le proposer, à ses clients, à ce prix-là (1)	Améliorer son accessibilité financière, diminuer le prix de vente. L'ATVD doit être attractif en regard d'une consultation avec prise de sang. (1,8)	Via un remboursement de la mutuelle, via le système d'assurance complémentaire. (1)

6.2.2. RELATIONS PATIENT-MÉDECINS-PHARMACIENS

6.2.2.1.CONTEXTE OU SYSTÈME

	Problèmes	Suggestions/Propositions-Besoins	Moyens
FTC1	Si la finalité est une optique de santé publique (« sinon quelle est-elle ? »), un dispositif du type « dépistage organisé » est plus efficace, pour diminuer la prévalence d'une maladie (10).	Offrir un accompagnement pour le réaliser en pharmacie (1,10)	Via : * L'envoi des résultats au médecin et au patient (pas uniquement au médecin). Afin de prévenir la situation où le patient ne consulte pas lorsque le résultat est préoccupant (10) * Adapter le cadre légal et financier, pour que les pharmaciens puissent offrir un accompagnement pour le réaliser à l'officine (1). Obstacle : * impossible pour les pharmaciens qui travaillent seuls (pas le temps, charge de travail trop élevée) même si c'était rémunéré (1). Moyens rejetés : * La possibilité pour le pharmacien de <i>communiquer avec le médecin du client</i> n'a pas beaucoup de sens. Le patient n'achète-t-il pas un ATVD pour éviter la case médecin ? (7)

6.2.2.2. RELATIONS PHARMACIEN-PATIENT

6.2.2.2A ACTIONS CIBLANT LES PATIENTS

	Problèmes	Suggestions/Propositions-Besoins	Moyens
FTP1	Le public-cible pour un ATVD= la personne qui ne consulte pas. L'ATVD peut lui permettre de (re)nouer avec la médecine	?	Organiser des campagnes médiatiques visant le public-cible, à savoir les moins de 45 ans, qui ne vont pas chez le médecin (9)



FTP2	-<i>Peu de ventes</i> -<i>Les patients n'ont pas connaissance de l'existence des ATVDS</i> -Les patients ont confiance quand le MG, le pharmacien et les médias en parlent) (8).	Améliorer son accessibilité socio-culturelle (8)	Via : *Les médias (8) *Le pharmacien, qui serait en mesure d'expliquer (voir FTCF2) *Le médecin, qui serait convaincu (voir FTMP1) et pas mis hors-jeu (voir FTD2)
FTP3	Une partie de la population ne connaît pas certaines maladies ciblées par les autotests (tétanos, chlamydia) ^{xvii} (5)	Nécessité d'une explication donnée par un professionnel de santé. Donc, dans ce cas, lors de la vente (5)	Information par le pharmacien lors de l'achat (5)
FTP4	Certains patients éprouvent des difficultés dans la réalisation (10) ou l'interprétation du test (9)	Obtenir de l'information concernant la réalisation du test, l'interprétation	Information par le pharmacien lors de l'achat et une grille de lecture par le médecin ou le pharmacien après sa réalisation (9). Il n'y a pas de consensus sur ce dernier point certains trouvent que ce n'est pas leur rôle (5) ou se sentent insuffisamment formés pour le faire (3,4,5,7) Obstacles & propositions/alternatives: *voir 6.2.2.2D. les pharmaciens ne sont pas formés. *Le comptoir d'une pharmacie ne se prête pas à donner des explications particulièrement sur les sujets sensibles. D'autant plus si les personnes ne sont pas demandeuses. Si la personne a un smartphone, de donner un QR code qui renvoie une vidéo expliquant comme réaliser le test (14) *pour plus jeunes. Une application sur le smartphone qui indique le résultat et la nécessité (ou non) de consulter le médecin (8)

6.2.2.2B ACTIONS CIBLANT LES DEUX PROFESSIONNELS (PHARMACIENS OU MÉDECINS GÉNÉRALISTES)

	Problèmes	Suggestions/Propositions-Besoins	Moyens
FTD1	Les ATVDS sont inconnus ou insuffisamment connus par les professionnels ; Une situation qui entrave la possibilité de conseil	Assurer la communication à propos des ATVDS auprès des pharmaciens (3,5,7) et des médecins (5). [Détails de la formation pour les pharmaciens en FTCF2]	Via : Les firmes pharmaceutiques (5).
FTD2	Les pharmaciens craignent les réactions négatives des médecins qui pourraient se sentir lésés de certaines prérogatives.	Faire intervenir les trois acteurs. Réfléchir à la manière d'associer le médecin généraliste. (10)	?



	Le médecin risque d'être mis hors-jeu (9,10) Si le médecin n'est pas associé au dispositif, il se sent exclu et n'apprécie pas (10) <i>Les pharmaciens ne connaissent pas le positionnement des médecins quant aux ATVDs mais pensent qu'ils sont plutôt contre. Le positionnement de certains pharmaciens en regard des ATVDs est prudent, hésitant.</i>	Clarifier les informations à donner à minima lors de l'achat et les rôles médecin-pharmacien en particulier dans la phase post-test (10) Se (= le pharmacien) garder de proposer des solutions « naturelles », en fonction du résultat. ; cela met le médecin hors-jeu (9)	
--	---	--	--

6.2.2.2C ACTIONS CIBLANT LES MÉDECINS

	Problèmes	Suggestions/Propositions-Besoins	Moyens
FTMP1	Les médecins ont critiqué les ATVDs dans les médias. Ils se sentent menacés (5).	-Développer la confiance des médecins en regard des ATVDs, la réaction du patient, ... (5). -Clarifier les rôles (voir FTD2)	Via : Distribuer un échantillon des ATVDs aux médecins pour qu'ils puissent les faire avec les patients, voir les réactions des patients, les résultats (5)

6.2.2.2D. ACTIONS CIBLANT LES PHARMACIENS

	Problèmes	Suggestions/Propositions-Besoins	Moyens
FTCF0	<i>Il existe une confusion chez certains pharmaciens entre les ATVDs et d'autres tests (dépistage organisé du cancer colorectal, diabète)</i>	Préciser dans toute communication ce qui est entendu par « ATVD », afin d'éviter toute confusion	
FTCF1	Ventes d'ATVDs faibles	Porter les ATVDs à la connaissance du patient (4,5) Et accroître l'accessibilité socioculturelle et financière ; évoquées précédemment.	Via : Leur mise en évidence en officine (4,5), en utilisant un dispositif tels qu'un coin dédié et des affiches (4) et se concentrer sur ceux « qui peuvent être traités en pharmacie » (ex. infections urinaires et vaginales »), pour booster les ventes (4), soit la stratégie de vente proposée par le délégué médical de la firme.
FTCF2	Certains pharmaciens ne sont pas formés, ou se sentent insuffisamment formés concernant les ATVDs (3,4,5,7). Ils se sentent démunis (3,7), ne se sentent pas prêts, par rapport aux questions qui pourraient venir de leur clientèle (3). Ils éprouvent dès lors des difficultés pour donner des explications et pour proposer les ATVDs (3,5). Ils disent qu'ils pourraient être plus proactifs et	Pouvoir expliquer au client (3,4,5,7) les ATVDs voire les porter à sa connaissance (4,5,7). Préalable : -Développer les connaissances du pharmacien concernant les ATVDs (3,4,5,7) &	Via une information (7), avec des piqures de rappel régulières, par les firmes pharmaceutiques (7), Via une formation orale concernant des ATVDs (3,4,6,7) présentant les caractéristiques suivantes : *accréditée *qui intègre les aspects pratico-pratiques (3) tels que : ouvrir les boîtes, voir ce qu'il y a dedans,



	ouvrir les boîtes mais aussi qu'ils n'en ont pas le temps. (7) Crainte concernant la réaction du patient face à un test positif pour un « pronostic fort » (3) <i>Les approches des pharmaciens de notre échantillon sont souvent peu centrées sur le patient et le vocabulaire du type « participation » est intégré au langage mais reflète des pratiques très diverses.</i>	-Outiller le pharmacien (matériellement) : mettre à sa disposition du matériel permettant d'accompagner la délivrance de l'ATVD (7,13). - Le Former à mieux communiquer avec le patient. Afin de ne pas en rester à de l'information. -Créer un contexte favorable au conseil (6) Opérer une sélection et ne garder que les autotests dont le potentiel résultat n'est pas traumatisant ? (3)	ressentir ce que l'on peut ressentir en les ouvrant (3) * Sélection d'ATVDs ? (pas de consensus) Pour certains limiter aux ATVDs susceptibles d'être proposés en pharmacie parce que « traitables » en officine (4). Pour d'autres, tous y compris l'ATVD-VIH (3). *qui remette les autotests dans le contexte : pathologie, importance du dépistage, mode de dépistage, fiabilité des différents ATVDs (6) par des instances qui n'ont pas de conflits d'intérêts, pas les firmes pharmaceutiques!! (6) Obstacle : le spectre d'une commercialisation en grande surface dé motive les pharmaciens désireux de s'informer sur ce produit (13) ;Le comptoir d'une officine se prête peu à donner des explications particulièrement sur les sujets sensibles (14). Avec des fiches didactiques papier (plutôt qu'électroniques) à destination des patients comme support pour donner des explications et accompagner la délivrance, comme pour le dépistage organisé cancer colorectal (7), un kit en démonstration (7,13). Les supports doivent être facile à utiliser. D'autres disent qu'il ne faut pas plus de brochures qu'ils en reçoivent trop par rapport à ce qu'ils peuvent distribuer (15) → des brochures à la demande ? Note : pour certains (7), tant l'information que la formation sont nécessaires. Obstacle : Le volume des ventes est trop faible, pour que les ATVDs entrent dans la routine (2,11,15), difficultés de se souvenir des explications à donner, de la formation (2,15) Accorder une rémunération sur base du conseil et non sur la vente (6)
--	---	--	--

FTCF3	L'ATVD ne doit pas remplacer un contrôle régulier chez le médecin, pour certains paramètres (7)	Référer si un ATVD n'est pas indiqué ?	Préalable : Implique de pouvoir déterminer quelle est l'indication. Et dès lors, la formation aux ATVDs (voir FTCF2)
-------	---	--	---

6.2.2.3. COLLABORATION MÉDECINS-PHARMACIENS

RAS. Les informations ont été reprises dans les catégories qui précèdent

6.3. RECHERCHE

	Observation-Problèmes	Suggestions/Mener des recherches sur :
FTR1	<i>Il semblerait exister, chez les pharmaciens, un lien entre présenter des approches partenariales avec le patient et une collaboration interprofessionnelle avec le médecin plus « poussée ».</i>	<i>Il serait intéressant d'investiguer s'il s'agit d'une tendance globale vers la collaboration dans le chef de certains pharmaciens ou si une des deux relations partenariales conduit à plus de partenariat dans l'autre. Quelle est la dynamique qui entraîne l'autre ? Il semblerait dans ce cas que ce soit le type de relation avec le patient qui influe sur la nature de la collaboration avec le médecin. Cette question est importante sur le plan des implications pratiques. Les dispositifs visant à améliorer les relations intègrent des approches plus ou moins centrées sur le patient, sur un patient spécifique.</i>
FTR2	<i>Les pharmaciens qui représentent les relations les plus partenariales avec le patient sont aussi ceux qui ont été formés en ce sens. Il s'agit de formation continue ou complémentaire.</i>	<i>Il serait intéressant de déterminer ce qui a amené ces professionnels à opter pour ce genre d'approche.</i>

ⁱⁱ Ce qu'on sent terriblement et là, j'ai l'impression qu'au niveau politique, ils ne se rendent pas compte de ça, c'est que le besoin il grandit pour avoir des choses de proximité, de la qualité de la relation, une accessibilité. Donc, là il y a un soutien politique de grandes surfaces, de grands marchés, de vente en ligne, alors que la population vieillit. La population vieillissante, elle a besoin qu'on soit proche d'elle, qu'on réponde à sa demande au moment même, qu'on ne lui fasse pas utiliser 36 000 technologies auxquelles elle ne capte rien. Donc, pour moi, l'avenir de la gestion de la santé, ce sont des soins intégrés mais de proximité. Et vraiment personnalisés au patient. Et il y a énormément de choses encore à faire ! (Flora, FA6).

ⁱⁱⁱ Une pastille pour la gorge qui coûte 10€, 9.50€, c'est exagéré. Le strict minimum, c'est les Thymoseptine® qui coûtent 6.90€ mais c'est phytothérapique. Donc, ce n'est pas vraiment un médicament. Et peut-être les Strepsil® sans lidocaïne qui coûte 7.50 ou quelque chose comme ça, mais c'est super cher. C'est super cher. Quelqu'un qui a 4 malades dans sa famille, il est ruiné. On ne se rend pas compte mais les médicaments sont chers pour les gens. Les probiotiques... Tout. Tout. Ils ont une diarrhée, la boîte d'Enterol®, elle coûte 10€ pour 10 gélules. Les gens qui ont des maladies chroniques, par exemple comme la maladie de Crohn, ils n'achètent pas leurs probiotiques alors qu'ils doivent le prendre quasi à vie. Ils ne l'achètent pas. Ça coûte trop cher. (...) Là, ils devraient ne fut-ce que rembourser peut-être un spray ou une pastille, peut-être pas tout mais quelques-uns parce que c'est les maladies les plus courantes entre guillemets. (Katie, FA12)

^{iv} Disons que le système force à être comme un dispensaire de médicaments, plutôt qu'un conseiller de médicament. Soi-disant, on essaye de faire en sorte de mettre en valeur le conseil du pharmacien. Mais je trouve que les défenses, donc l'ordre des pharmaciens et l'Association pharmaceutique belge, ne fait pas son boulot bien pour défendre les pharmaciens. Moi, ça fait 13 ans que je suis dans le métier et franchement, je ne vois pas d'efforts consacrés pour cela. Enfin, on ne nous aide pas plus que ça. Je ne vois pas une aide. Ce n'est pas comme l'Ordre des médecins qui prennent des décisions, qui ont un poids. Voilà, une fois que les médecins se révoltent, il y a des choses qui bougent. Mais les pharmaciens, entre eux, ne se révoltent pas déjà. Ils ne se révolteraient pas. Qui va se révolter. Il y a 10 pharmaciens qui vont se révolter et les autres vont empocher l'argent. Non.



Si les pharmaciens font grève, tous les pharmaciens font grève. On changerait quelque chose. Mais s'il y a le quart qui fait grève et que les trois quarts empochent les patients des autres, ils ne vont jamais le faire. Ils ne le feront jamais. Donc on n'est pas assez défendu. Je trouve. On ne réfléchit pas assez pour nous. Ou alors, les gens qui sont au pouvoir, disons, ce n'est pas des gens qui étaient sur le terrain. Ou alors ça fait longtemps qu'ils ne sont plus sur le terrain. Ou ils étaient sur le terrain mais juste pour zieuter, pas vraiment pour travailler. Donc ça, c'est dommage. (Katie, FA12)

^v Ils doivent se parler. Si tu ne lui parles pas, tu ne pourras pas comprendre ce que le patient ressent ou s'il a des questions ou s'il a compris. Tout simplement. Il faut l'écouter. C'est une question d'écoute et un langage correct en fait. Ce n'est pas compliqué.

I : Et vous avez déjà eu une formation sur la communication avec le patient ?

La communication avec le patient... ?

I : Oui. Comment communiquer avec les patients...

Non. On n'a pas besoin [Rires]. (Katie, FA12)

Oh, j'ai déjà eu ça mais je n'en ai pas besoin. Moi, je sais comment il faut faire, oui. Ce n'est vraiment pas le genre de formations que j'ai besoin [Rires]. (...) Ben, nous aider dans la relation avec les gens c'est à nous à le faire donc je ne vois pas trop comment est-ce qu'on peut nous aider là-dedans... (Maeve, 13)

^{vi} Mais, c'est sûr que ça dans notre métier, c'est quelque chose de vital et on ne l'a pas dans la formation initiale en tout cas ! La formation à la communication, la gestion de conflits, la communication pour amener les questions, pour rassurer le patient par rapport à sa demande, pour l'apaiser qu'il n'ait à aucun moment l'impression qu'on ne va pas satisfaire à ses besoins (même si on lui propose autre chose que ce pourquoi il venait au départ). Donc, cela c'est vrai que c'est complexe. Cela je pense qu'on n'est pas assez armé ! (Flora, FA6)

^{vii} J'ai effectivement suivi une formation concernant ces sujets (certificat d'université en Soins pharmaceutiques UCL) (...). C'était certes chronophage, mais aussi très intéressant. Je la conseille vivement à tous mes collègues. Je n'aurais sans doute pas eu les mêmes réponses il y a quelques années. (Igor, FA9)

^{viii} I : Qu'est-ce que vous vous attendez des patients, en général ?

Un peu plus de respect. Un peu plus de respect. On fait quand même cinq années d'études. Plus des extras. On doit se mettre au courant tout le temps comme les médecins. (Noé, FA14)

^{ix} Oui. Donc, déjà avoir des balises plus claires... se dire « ben voilà, il fait ceci. Moi, je fais ça... »

Oui ! Et se faire confiance. Le médecin connaît son boulot. Moi, je connais le mien. Et on n'est pas là à dire « Je sais mieux que toi. Tu marches sur mes plates-bandes... ». C'est un peu contre-productif et puéril. (Doris, FA4)

^x Dans les concertations comme ça parce qu'on leur explique que tout ce que nous on fait, c'est simplement de la délivrance et de tenter que la personne soit la plus compliant à son traitement. Mais parfois, ils interprètent certains de nos gestes comme des gestes diagnostiques « Il a fait ça mais il n'avait pas à faire ça ». Ils ne comprennent pas pourquoi on fait certaines choses ou certaines substitutions. (...) Et donc voilà, le médecin interprète parfois mal les prérogatives de notre part alors que voilà. Les concertations, ça sert à ça aussi. On a pu discuter de ça et le frein est tombé quoi. Tandis que quand il n'y a pas ce genre de communication, chacun reste sur ses positions. (Adrien, FA1)

^{xi} Mais cela inclut aussi les infirmiers, les infirmières, les assistantes sociales, les aides ménagères, toutes les personnes qui sont à un moment en contact avec le patient. Quand on a l'aide-ménagère qui va chez une dame qui s'enfuit de chez elle, il faut qu'on ait une bonne collaboration avec elle. Qu'elle ait compris ce qu'elle peut nous demander, que nous, on sache le rôle qu'elle va avoir chez le patient... donc, chaque fois que l'on ne n'améliore ça, on améliore la qualité de vie du patient et son usage des médicaments. Sa gestion de sa santé. Donc, notre objectif est grandi. (Flora, FA6)

^{xii} Nous, on est en contact avec les deux trois médecins du quartier. Mais, notre zone d'influence est extrêmement faible en ville. 800 m. Donc, c'est difficile de construire ensemble contre votre meilleur prescripteur représenté, je ne sais pas moi, je n'ai pas fait de chiffres mais 7 % des prescriptions !

I : Oui le réseau est plus diffus c'est plus compliqué tout de suite de...



Et donc construire des choses est beaucoup plus difficile parce que s'il n'y a que trois pharmaciens au village, le médecin discute avec les trois pharmaciens. Il peut mettre une chose en place, en disant : « Quand je prescris ceci, mon intention thérapeutique et celle-là ». Voilà, ce n'est pas transparent lisant l'ordonnance mais on est sûr qu'on touche 80 % des patients. C'est impossible en ville ! (Igor, FA9)

^{xiii} *Si chacun se concentre sur ce qui est son champ de compétences, ce qui est sa force et compte sur l'autre pour la complémentarité... alors, là, on a tout à gagner. Donc, pour moi, l'avenir idéal, ce serait ça. Des médecins qui sont des médecins et qui a la limite disent : « voilà, mon diagnostic, c'est ça. Hé bien, je veux tel antibiotique pour telle pathologie. C'est une angine à streptocoque, donc par exemple l'Amoxicilline ® et puis, le patient arrive chez le pharmacien. Il dit, le pharmacien : « ah, OK, ça. Ben, je sais que dans les recommandations que je dois vous donner telle dose. Quel est votre poids ? Voilà, j'ai toutes les infos. Telle dose par prise, telle durée, et je vous donne exactement la dose dont vous avez besoin ». Et là, on rationalise ! (Flora, FA6)*

^{xiv} *I : c'est toujours un peu dans l'idée que vous m'avez évoqué au début de dire « la pharmacie peut-être une sorte d'endroit où il y a moyen de déceler si un problème est vraiment grave et si ça nécessite une intervention".*

Oui, un petit dépistage en fait. Surtout les maladies silencieuses que les gens n'ont pas de symptômes pour dire, je dois aller chez le médecin. (...) Oui, ce n'est pas un peu avantageux pour le système de santé ? Parce que si le médecin, il a moins plein de cas qui viennent comme ça... Il y a beaucoup qui viennent chez le médecin et ils reviennent avec un Dafalgan. Ça, on en a vraiment plein qui vont rester 5-6h aux urgences et que voilà, à la fin, un Dafalgan. Mais bon, ça ne veut pas dire que... le diagnostic médical, c'est quand même toujours mieux. Bien sûr. Mais je veux dire, juste pour la gorge, il y en a beaucoup beaucoup qui viennent et après, ils ont un spray pour la gorge et voilà un petit sirop qu'un pharmacien peut donner facilement s'il s'avérait juste que c'est viral. Parce que le viral, le médecin il ne va pas donner grand-chose. (...)

Au médecin, qu'il collabore avec nous comme quoi si par exemple on fait une petite sélection, déjà, parce qu'on ne va pas lui prendre son travail mais c'est juste on lui facilite le travail. Donc il doit être compréhensif sur ce point-là comme quoi on travaille ensemble et pas l'un contre l'autre, mais c'est vraiment pour le bien du patient. (Heidi, FA8)

^{xv} *Le problème aussi, c'est que parfois, quand vous remplacez quelque chose... Nous, légalement, on ne peut pas le faire, sauf si c'est la même molécule. Mais enfin, je veux dire pour l'instant, on a de droit de substitution dans deux familles uniquement, c'est-à-dire les antibiotiques et les antimycosiques. Ça veut dire que, à équivalence de prix, si j'ai pas l'original je peux donner le générique et vice-versa. L'absurdité de la chose, c'est que si le médecin me met un générique d'une marque, qui est en rupture de stock, si je veux donner du Sandoz®, je suis presque obligé de téléphoner au médecin en disant « Voilà, je n'ai plus de l'EG® mais j'ai du Sandoz® ». Ils vont se dire "mais qu'est-ce qu'il est con ce pharmacien"... Bon, je ne le fais pas parce que je trouve cela tellement con, mais légalement l'INAMI pourrait me dire je ne vous rembourse pas parce que... donc je dois chaque fois écrire sur l'ordonnance rupture de stock donc donné le Sandoz®... comme ça, je me couvre plus ou moins. Mais enfin, ce sont des absurdités qui devraient être corrigées par... Déjà ça, ça amènerait peut-être aussi un contact plus facile... (...) C'est ce genre de chose qu'il faudrait aussi essayer de pouvoir...*

i:Oui, pour que les contacts soient vraiment des contacts qui aient une plus-value...

C'est ça, valable et intéressant, dans le but de faire avancer les choses au niveau du patient. (Boris, FA2)

^{xvi} *Qu'il fasse les choses correctement. À ce moment-là, on ne devrait pas entrer en contact avec lui. Si les ordonnances étaient faites pour le bon patient, dans ce cas-ci. On n'aurait pas le problème de devoir appeler, de devoir le faire ralentir. Je trouve que si on fait les choses dans un rythme normal, sans se tromper, on n'aurait pas ces problèmes. Parce que là c'est une perte de temps pour lui et pour moi. Du coup, lui m'a ralenti parce que moi j'étais bloquée sur cette ordonnance. Cela m'a fait perdre mon temps. J'ai dû téléphoner à plein d'endroits pour cette dame. Donc, j'ai perdu un temps fou j'ai peut-être fait ralentir le médecin dans ces examens, mais j'ai perdu beaucoup de temps moi-même. Donc, voilà, si chacun prend son temps pour faire les choses correctement on n'en arriverait pas là. C'est ce problème de faire tout vite. Les médecins n'ont que 15 minutes pour voir les patients. Maintenant, voilà, si les 15 minutes sont bien exécutées, on n'aurait pas ce problème. (Clara, FA3)*

^{xvii} *Parce que les gens vont prendre ça... mais les gens sont bêtes. Ils ne comprennent pas, ils prennent leur truc... Non.*

I : Vous pensez que les personnes ne sont pas à même de comprendre ça, en fait ?

A nouveau, pas toutes. Déjà, tétanos, les ¾ ne savent pas ce que c'est. C'est vrai franchement... Chlamydia ? Moi, je suis sûre que si je demande aux potes de mon copain, « c'est quoi un chlamydia? ». A part « une maladie que les filles leur donnent », je ne crois pas qu'ils répondent autre chose. (Emilie, FA5)



Ici se clôt la présentation détaillée des résultats. **Trois autres documents** sont disponibles.

- Une synthèse par groupe-cible (patient, médecin pharmacien).
- Une synthèse intégrée des trois groupes et un résumé des points-clés.
- Les recommandations.

Les **limites de la recherche** sont reprises intégralement dans le document « synthèse intégrée », en page 7-8. Elles ne sont pas reprises ici pour éviter d'alourdir le document.

RÉFÉRENCES

1. Chambouleyron M, Lasserre-Moutet A, Lagger G, Golay A. History of patient education, what a story! Med Mal Metab. 2013;7(6):543-7.
2. Hoving C, Visser A, Mullen PD, van den Borne B. A history of patient education by health professionals in Europe and North America: From authority to shared decision making education. Patient Education and Counseling. 2010;78(3):275-81.
3. Roussel S. Interactions entre les représentations sociales des professionnels de soins de santé et leurs pratiques d'éducation du patient [Thèse de doctorat]. Bruxelles: Université Catholique de Louvain; 2016.
4. 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.
5. Botelho RJ. A negotiation model for the doctor-patient relationship. Family Practice. 1992;9(2):210-118.
6. Nkansah N, Mostovetsky O, Yu C, Chheng T, Beney J, Bond C, et al. Effect of outpatient pharmacists' non-dispensing roles on patient outcomes and prescribing patterns. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2010;7.
7. Klepser M, Klepser D, Dering-Anderson A, Morse J, Smith J, Klepser S. Effectiveness of a pharmacist-physician collaborative program to manage influenza-like illness. J Am Pharm Assoc (2003). 2016;56(1):14-21.
8. Urwin H, Wright D, Twigg M, McGough N. Early recognition of coeliac disease through community pharmacies: a proof of concept study. Int J Clin Pharm. 2016;38(5):1294-300.
9. Geers J SA, Huishagen L, Dethier M, Vandijk D. TakingCare – een diabetespreventieproject in de apotheek. In: Symposium OcatfBPC, editor. 11 feb 2017.
10. Moullin J, Sabater-Hernández D, Benrimoj S. Model for the evaluation of implementation programs and professional pharmacy services. Res Social Adm Pharm. 2015;9::569-78.
11. Donald M, King-Shier K, Tsuyuki R, Al Hamarneh Y, Jones C, Manns B, et al. Patient, family physician and community pharmacist perspectives on expanded pharmacy scope of practice: a qualitative study. CMAJ Open. 2017;5(1):205-12.
12. Weissenborn M, Haefeli WE, Peters-Klimm F, . SH. Interprofessional communication between community pharmacists and general practitioners: a qualitative study. Int J Clin Pharm. 2017.
13. Rathbone A, SM. M, Krass I, Hamrosi K, Aslani P. Qualitative study to conceptualise a model of interprofessional collaboration between pharmacists and general practitioners to support patients' adherence to medication. BMJ Open. 2016;6.
14. Wüstmann A, Haase-Strey C, Kubiak T, Ritter C. Cooperation between community pharmacists and general practitioners in eastern Germany: attitudes and needs. Int J Clin Pharm. 2013;35(4):584-92.
15. Haavik S, Soeviknes S, Erdal H, Kjonniksen I, Guttormsen A, Granas A. Prescriptions from general practitioners and in hospital physicians requiring pharmacists' interventions. Pharmacoepidemiol Drug Saf. 2011;20(1):50-6.
16. Löffler C, Koudmani C, Böhmer F, Paschka SD, Höck J, Drewelow E, et al. Perceptions of interprofessional collaboration of general practitioners and community pharmacists - a qualitative study. BMC Health Serv Res. 2017;17(1).
17. den Oudendam WM, Broerse JEW. Towards a decision aid for self-tests: Users' experiences in The Netherlands. Health Expectations. 2019;22(5):983-92.
18. Bardin L. L'analyse de contenu. Paris: PUF; 2011.
19. Emanuel EJ, Emanuel LL. Four Models of the Physician-Patient Relationship. The Journal of the American Medical Association. 1992;267(16):2221 -6.
20. Reeves S, Lewin S, Espin S, Zwarenstein M. Interprofessional Teamwork for Health and Social Care 2010.



21. D'Amour D, Goulet L, Labadie J-F, Martín-Rodriguez LS, Pineault R. A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. BMC Health Serv Res. 2008;8(1).
22. Boon H, Verhoef M, O'Hara D, Findlay B. From parallel practice to integrative health care: A conceptual framework. BMC Health Serv Res. 2004;4:1-5.
23. 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 Serv Res. 2010;10.
24. Armitage P. Joint working in primary health care. Nurs Times. 1983;79:75-8.
25. Bradley F, Ashcroft DM, Noyce PR. Integration and differentiation: A conceptual model of general practitioner and community pharmacist collaboration. Research in Social and Administrative Pharmacy. 2012;8(1):36-46.
26. McDonough RP, Doucette WR. Developing Collaborative Working Relationships Between Pharmacists and Physicians. Journal of the American Pharmaceutical Association. 2001;41(5):682-92.
27. Monnier J, Deschamps J, Fabry J, Manciaux M, Raimbault A. Santé publique, santé de la communauté. Villeurbanne: Sipem; 1980.
28. Roussel S, Deccache A. Améliorer la participation aux programmes organisés de dépistage du cancer du sein et du cancer colorectal » mis en place par la communauté française de Belgique. Conclusions et recommandations-clés à l'issue de la recherche. Santé pour Tous. 2012;8(6):6-10.
29. Constans T. Quels objectifs glycémiques chez la personne âgée diabétique? Y a-t-il consensus? La revue de médecine interne 2004;25:853-5.
30. Roussel S, Deccache A. Représentations variées des concepts en Education Thérapeutique du Patient chez les professionnels de soins : Réflexions et Perspectives. Educ Ther Patient. 2012;4(2):401-8.

ANNEXES

ANNEXE 1

Tableau i-Patients Types de relations patient-médecin, niveau de satisfaction de la relation et appréciation des ATVDs

	Type de relation avec le Médecin généraliste	Satisfaction de la relation patient-MG	Type de relation avec le Spécialiste	Satisfaction de la relation patient-SP	Appréciation des ATVDs
1	3.2.	Très satisfaite. 🙌	1.1.--> 1.2 (infirmière) et 4.3 (si saucissonnage)	SP : ok (principe de réalité). Et 4.3 si saucissonnage 🙌 SP de réf : satisfaction 🙌	😊 (autonomie), pour les autres
2	3.2. → 4.2 ou 4.3 s'il s'avère que cela ne correspond pas à ces choix de santé.	Satisfaite 🙌 (parce qu'elle change si ne correspond pas à ces options de santé)	=		😞 (contre l'automédication)
3	2	Satisfaite	1.1 -> 0 : pas le temps ; anesthésiste	Très insatisfaite (puis plus satisfaite)	😊 (utilisation ATVD)
4	1.1 → 2. Référencement à une infirmière et → 4.3 infections urinaire sur la proposition d'un MG antérieur	Insatisfaite	=		😊 (utilisation tiges pour infection urinaires ; expériences jugées insatisfaisantes)
5	1.1 → 1.2 à sa demande et → 4.3 si ne correspond pas à ses choix de santé	Insatisfaite 🙌	=		😊 (conditionnel : à condition que ce soit fiable) → le test
6	1.3. → 2 association au choix si « maladie grave »	Très satisfaite	---		Partagée (+ : permet de vérifier soi-même ; - la pharmacien reste un obstacle et méfiance vis-à-vis des intentions de la ministre de la santé) → dispositif : un interlocuteur (le FA) et intention ministérielle
7	4.2R ¹ (se sert des Dr pour leur fait prescrire des examens) → 4.3 si refus pas motivé, convaincant	Satisfaite du mode de (non) relations !!	---		😊 (faire des choses par soi-même)
8	1.2.	Id. Explique plus	2. début de travail sur la motivation	Satisfait. Rép à ses q. efficacité du trt.	😊 optique de dépistage, faire par soi-même
9	2 début de travail sur la motivation	Satisfaite. Très bonne entente, conscience professionnelle	=	Id. + de connaissance du fait de la mutualisation des expériences de patients souffrant de la même pathologie.	[Test VIH] Pas de position tranchée. [Pour mais pour les autres qui n'ont pas de médecin] → la relation mais s'exprime sur un test.
10	1.2 → 4.1. si non prise en considération de son pb de santé prioritaire.	OK. N'en attend rien d'autre ; c'est au patient que revient la décision	=		[Test VIH] Pas de position tranchée. Nuancé Pour le test VIH, pour un certain public → ceux qui n'osent pas en

					parler au médecin, mais mieux vaut ne pas être seul → relation mais s'exprime sur un seul test
11	3.2. codécision. Capital confiance → 2 s'en remet au Dr si maladie ++	Très satisfait	2, avec l'intervention de l'infirmière. + travail sur la motivation	Très satisfait	😊. Très positif. Permet de franchir le pas, elle-même
12	Spécialiste (Médecin de référence) office de MG	Très satisfait	1.2. → 2 « codécision » et autonomie fonctionnelle avec l'Urologue, nbreuses visites aux urgences		😊. (pour l'autonomie. Expérience de l'Autonomie) → relation
13	2 (explication le patient s'en remet à lui) et sympathie ++	Satisfait.	---		Pas de position tranchée et confusion avec les tests de dépistage et campagne dépistage sida.
14	3.1 !!! le patient aide le MG à l'aider. Mais peut d'autonomie, d'explication, de motivation	Pas pleinement satisfait	---		Pas de position tranchée → le test et le fait que cela soit fondé (risque ou signe)
15	2. forme de codécision. Dialogue. S'en remet au Dr.	Satisfait (a mis du temps à la trouver)	---		Plutôt 😞. Un premier pas vers un avis médical mais ne vaut pas un avis médical, peut encourager d'être en marge du système de soins. Pas pour elle
16	2 « MGs ». MG Homéopathe : 1.2 (à la demande du patient, sinon ce serait du 1.1) → 4.3. si échec du trt et douleur MG conventionnel : 2	Satisfaite	---		😊 [gérer des choses par soi-même, en tout cas dans un premier temps) → relation
17	1.2 (débutant)	(débutant)	4.1R, après des expériences en 1.1, même si un médecin était en 2 → 1.2 (si maladie grave)	Insatisfaite	Pas de position tranchée. Fonction du test et de l'éducation de la personne. Le contexte de manque de dialogue avec les médecins et le sentiment de ne pas être écouté pousse à cela.

ANNEXE 2-

Tableau ii. Médecins Pratiques actuelles sur le plan de la relation médecin-patient et perception des ATVDs

Idnum	Pratiques actuelles	Approches	ATDV
1	2 sans les R	intuitif	😊t
2	3.1. PM	Balint	😊t
3	3.1 PM	ETP	😊+
4	3.1. PM	Balint	😊-
5	2-si échec référencement	intuitif	😊
6	1.2. ou 1.3. (relation à LT) vers 4.1 si échec		😞p
7	1.3. vers 4.3 si échec	Connaissance sur le LT	😊
8	1.2.		😞t
9	2 vers 4.3 si échec	intuitif	😊
10	2 vers 3.1. Négocie si échec persistant	intuitif	😊
11	3.1. vers 2, à la demande du patient	outillé	😊
12	1.2 (rupture mais par les patients)		😊-
13	2	Intuitif	😊
14	3.1.	Formation-intervision addiction	😊p
15	2	Intuitif	😊
16	1.2. vers 4.3-rupture en cas de désaccord	Discours « participation »	😊p
17	3.1. vers 2-à la demande du patient qui souhaite une approche plus paternaliste	ETP	X
18	2 vers le 3 si proposition de traitement alternatif par le patient et référencement vers le psy (pour le VIH). moins d'explication si moins de temps	Intuitif- QQ éléments d'ETP	😊
19	2 vers 4.1 en cas de refus de traitement (accompagnement) + référencement vers l'infirmière en diabète, vers l'école du dos.	Discours-outillé sur le plan conceptuel	😊
20	1.2. vers 4.1. en cas d'échec-accompagne.	Peu outillée. Pas ETP	😞
21	3.1.	Outillée ETP et stage dans les maisons médicales	X
22	2 vs 3 quand elle a le temps et qu'elle connaît le patient et parfois 1.2.si salle d'attente pleine ou fatigue. Si autodiagnostic ou demande d'examen précis : 4.2.-refus.	Discours-nombreuses petites formations	😊
23	1.1 recueil ce que le patient sait de sa maladie mais ne semble rien en faire.	Pas outillé.	😊
24	1.2 si ne fonctionne pas 4.2. prescrit	Discours. Pas outillé	😊-
25	1.1 mais peu d'information pour trancher	—	😞

Légende : Vert. Favorable au ATVD, Rose défavorable aux ATVD, Gris ne peut se prononcer, Blanc. En balance/mitigé



ANNEXE 3

Tableau iii. Pharmacien. Pratiques actuelles sur le plan de la relation patient-pharmacien et perceptions des ATVDs

ID	Pratiques actuelles	Approche	ATDV
1	1.1-(en cas de nouvelle médicament et si le patient est demandeur en cas de nouvelle médication) vers 0-si ces conditions ne sont pas respectées.		☺+, prudent (relation) et pas adéquat pour sa clientèle
2	2-si le patient le souhaite cf. demande au patient s'il sait comment l'utiliser + dimension sociale forte	Intuitif	Ne se prononce pas.
3	1.1 vers 0-si sans prescription (suppose que c'est connu et réponse positive qu'il connaît ou demande de discrétion) + dimension sociale		☺, fonction du test et rôle plus ou moins pertinent pour le FA en fonction du test (pathologies pour lesquelles le patient se confie en officine).
4	1.2. vers 2 (contexte favorable BUM et pharmacie de référence) et 0-délivrance simple si charge de travail élevée.	Intuitif-semple être aidé par le contexte	☺, fonction de la pathologie et de la place du FA. + si traitable en pharmacie. -si nécessite de voir un médecin
5	1.2. (si prescription ou souhait du patient, suite à la question) sinon 0 estime que les malades chroniques connaissent mieux leur trt.		Plutôt ☺. fonction du test. Gain de temps, certains sont plus utiles que d'autres (Rôle potentiel du FA-si cela ne nécessite pas d'aller chez un MG, il faut que les gens ne paniquent pas.
6	3. systématique explication+++ s'assure qu'elle peut répondre à la demande sinon réfère. S'assure que la demande du patient correspond bien à ce qu'il souhaite	Master en pédagogie	☺, en fonction du test. + permettent de détecter une pathologie qui ne l'aurait pas été dans un envt classique(dispo), -le patient devra consulter qq soit le test (non dispo). Outils pour faire face à un résultat positif (pronostic fort).
7	1.1 si le patient, le demande et s'il a le temps ? vers 0-, si ces conditions ne sont pas respectées	Discours	Plutôt ☺
8	1.1 nouveau traitement systématique vers 1.2 pharmacien de référence (contexte favorable). Sinon 0. Délivrance simple	Discours, semble être aidé par le contexte	Plutôt ☺
9	3, avec les patients au long court, qui partage sa grille de lecture EBM, outil le patient mais ne se substitue pas à lui. N'évoque pas les autres. Rupture par le patient qui ne revient plus.	Dipl. en soins pharmaceutiques	☺+En fonction de l'ATVD et de sa pertinence clinique. Pourrait être ☺ sur le plan de la relation. Cf. valorisant sur le plan de la prise en charge pour FA et MG.
10	1.2. Pas de variations. Très contradictoire		☺ fonction de l'ATVD et fonction du public
11	11-infos si le patient le demande et si le patient a le temps. 1.3 chez les patients récurrents sinon délivrance simple 0		☺
12	12 infos avec le pourquoi, joue au Dr	Discours	☺ couteux vu qu'il est nécessaire d'aller chez le médecin pour avoir un diagnostic de toute façon, mais peut rassurer dans l'intervalle
13	Manque d'éléments pour trancher 34min d'interview. Grosses contradictions		☺-, fonction du test. ☺ infection urinaire,☺ les autres.
14	1.2. si demande du patient ou si temps de la part du patient		Plutôt ☺-sceptique sur la valeur ajoutée.
15	1.1 mais discours « Questions ouvertes... mais pour vendre un produit adapté	Discours	Plutôt ☺
16	1.2. A la demande du patient, y compris le pourquoi		☺-

Légende : Vert. Favorable au ATVD, Rose défavorable aux ATVD, Gris ne peut se prononcer, Blanc. En balance/mitigé



Annexe 4

Tableau iv. Patients. Suggestions/Propositions émises, par les patients pour les autres professions, y compris les médecins spécialistes Relations en général

	Problèmes	Suggestions/Propositions-Recommandations	Moyens
Médecins Spécialistes			
	Visées mercantiles de certains médecins spécialistes, qui exercent la pression sur les patients pour prendre une hospitalisation dans une chambre à un lit.(4)		
	Refus de certains spécialistes de communiquer les résultats d'examens aux personnes âgées, "vous n'en avez pas besoin, c'est dans l'ordinateur"(1)	Travailler sur les images qu'ils ont des patients âgés (17)	
	Turnover très élevé des spécialistes sur la Région Bruxelles-Capitale (1)	Assurer le suivi des dossiers lors du départ d'un médecin spécialiste. (1)	
	Problème de circulation de l'info entre spécialistes, y compris au sein d'un même hôpital (1)		
	Saucissonnage du patient à l'excès (vue exclusive du corps par organe, voire par paramètre) (1)	Synthèse opérée par le médecin généraliste mais ... Risque de découragement/démobilisation par le patient, voire la rupture (1)	
Infirmiers			
	Le personnel soignant (exemple cité pour les infirmiers) qui se sent "mal" lorsque les paramètres physiques ne sont pas bons (y compris lors des examens techniques) met en retour le patient mal à l'aise. Il doit générer ces émotions et celles du professionnel(1)		
	Alléger la charge de travail des médecins (14)	Pourraient réaliser certains contrôles en routine et alimenter la base de données du médecin et poser certains actes tels que faire les vaccinations (plus en adéquation avec leur profession que les pharmaciens)(14)	? cadre légal ?
L'ensemble des professionnels de santé à l'exception des pharmaciens			
		Remettre la relation en équilibre. Être dans une optique d'aide, de partenariat. Pas dans le paternalisme ou se substituer au patient. cf. qu'attendez-vous de moi? (17)	Travailler sur les images que les soignants ont des patients (et de la personne âgée en particulier), se poser la question : qui, comme personne, j'ai en face de moi ? » pour partir des besoins de la personne lui demander ce qu'elle attend du soignant. Plutôt que de dicter des solutions (17)



VIH

	Problèmes	Suggestions/Propositions-Recommandations	Moyens
	Manque de communication Médecin-Infirmier (Hôpital) concernant le statut sérologique du patient → tensions et attitude inadéquate du personnel infirmier vis-à-vis des patients (8)	Veiller à ce que le statut sérologique du patient et les mesures à prendre soit transmis par le médecin au personnel infirmier.(8)	
		Les patients VIH doivent oser informer les soignants (infirmiers, dentiste)de leur séropositivité (pour que les mesures de protections soit adéquate] et que cela soit reçu adéquatement.(9)	
	Problème de prise en charge de problèmes de santé « journaliers » chez les patients souffrant de problèmes chroniques, entre deux rendez-vous chez le spécialiste (12).	Améliorer les soins journaliers des malades chroniques. Un service qui permette de prendre le problème tout en connaissant la pathologie chronique, sans attendre le prochain rendez-vous avec le médecin (spécialiste) et qu'il soit au courant du problème de santé chronique (notamment le VIH) sans devoir le préciser à chaque fois. (12)	

