

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'exams 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

innoviris.brussels 
empowering research

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).