

**MEMOIRE  
POUR LE DIPLOME D'ETUDES SPECIALISEES  
DE PHARMACIE HOSPITALIERE**

**Soutenu publiquement le 30 septembre 2022  
Par Mme BOUDJABOUT Cylia**

**Conformément aux dispositions réglementaires en vigueur tient lieu de  
THESE EN VUE DU DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE**

---

**EXPLORATION DES BESOINS EN INFORMATION DES PATIENTS  
ATTEINTS DE RHUMATISME INFLAMMATOIRE CHRONIQUE LORS DE  
L'INITIATION DE LEUR BIOMEDICAMENT**

---

**Membres du jury :**

**Président :**

**Monsieur le Professeur Nicolas SIMON**

Professeur des Universités, Faculté de Pharmacie de Lille  
Pharmacien Praticien hospitalier au CHU de Lille

**Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Antoine LEFEBVRE**

Pharmacien Praticien hospitalier, Hôpital Saint Philibert – GHICL.  
Groupe Hospitalier Institut Catholique de Lille

**Assesseur(s) :**

**Monsieur le Docteur Frédéric MARCON**

Maître de Conférences des Universités, Faculté de Pharmacie  
d'Amiens  
Pharmacien Praticien hospitalier au CHU d'Amiens

**Monsieur le Docteur Vincent DUCOULOMBIER**

Rhumatologue Praticien hospitalier, Hôpital Saint Philibert – GHICL.  
Groupe Hospitalier Institut Catholique de Lille



**Faculté de Pharmacie de Lille**  
**3 Rue du Professeur Laguesse – 59000 Lille**  
**03 20 96 40 40**  
**<https://pharmacie.univ-lille.fr>**

**Université de Lille**

Président  
 Premier Vice-président  
 Vice-présidente Formation  
 Vice-président Recherche  
 Vice-présidente Réseaux internationaux et européens  
 Vice-président Ressources humaines  
 Directrice Générale des Services

Régis BORDET  
 Etienne PEYRAT  
 Christel BEAUCOURT  
 Olivier COLOT  
 Kathleen O'CONNOR  
 Jérôme FONCEL  
 Marie-Dominique SAVINA

**UFR3S**

Doyen  
 Premier Vice-Doyen  
 Vice-Doyen Recherche  
 Vice-Doyen Finances et Patrimoine  
 Vice-Doyen Coordination pluriprofessionnelle et Formations sanitaires  
 Vice-Doyen RH, SI et Qualité  
 Vice-Doyenne Formation tout au long de la vie  
 Vice-Doyen Territoires-Partenariats  
 Vice-Doyenne Vie de Campus  
 Vice-Doyen International et Communication  
 Vice-Doyen étudiant

Dominique LACROIX  
 Guillaume PENEL  
 Éric BOULANGER  
 Damien CUNY  
 Sébastien D'HARANCY  
 Hervé HUBERT  
 Caroline LANIER  
 Thomas MORGENROTH  
 Claire PINÇON  
 Vincent SOBANSKI  
 Dorian QUINZAIN

**Faculté de Pharmacie**

Doyen  
 Premier Assesseur et Assesseur en charge des études  
 Assesseur aux Ressources et Personnels  
 Assesseur à la Santé et à l'Accompagnement  
 Assesseur à la Vie de la Faculté  
 Responsable des Services  
 Représentant étudiant

Delphine ALLORGE  
 Benjamin BERTIN  
 Stéphanie DELBAERE  
 Anne GARAT  
 Emmanuelle LIPKA  
 Cyrille PORTA  
 Honoré GUISE

**Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers (PU-PH)**

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
Mme	ALLORGE	Delphine	Toxicologie et Santé publique	81
M.	BROUSSEAU	Thierry	Biochimie	82
M.	DÉCAUDIN	Bertrand	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	81

M.	DINE	Thierry	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	81
Mme	DUPONT-PRADO	Annabelle	Hématologie	82
Mme	GOFFARD	Anne	Bactériologie - Virologie	82
M.	GRESSIER	Bernard	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	81
M.	ODOU	Pascal	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	80
Mme	POULAIN	Stéphanie	Hématologie	82
M.	SIMON	Nicolas	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	81
M.	STAELS	Bart	Biologie cellulaire	82

### Professeurs des Universités (PU)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
M.	ALIOUAT	El Moukhtar	Parasitologie - Biologie animale	87
Mme	AZAROUAL	Nathalie	Biophysique - RMN	85
M.	BLANCHEMAIN	Nicolas	Pharmacotechnie industrielle	85
M.	CARNOY	Christophe	Immunologie	87
M.	CAZIN	Jean-Louis	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	86
M.	CHAVATTE	Philippe	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert Lespagnol	86
M.	COURTECUISSÉ	Régis	Sciences végétales et fongiques	87
M.	CUNY	Damien	Sciences végétales et fongiques	87
Mme	DELBAERE	Stéphanie	Biophysique - RMN	85
Mme	DEPREZ	Rebecca	Chimie thérapeutique	86
M.	DEPREZ	Benoît	Chimie bioinorganique	85
M.	DUPONT	Frédéric	Sciences végétales et fongiques	87
M.	DURIEZ	Patrick	Physiologie	86
M.	ELATI	Mohamed	Biomathématiques	27
M.	FOLIGNÉ	Benoît	Bactériologie - Virologie	87
Mme	FOULON	Catherine	Chimie analytique	85
M.	GARÇON	Guillaume	Toxicologie et Santé publique	86
M.	GOOSSENS	Jean-François	Chimie analytique	85

M.	HENNEBELLE	Thierry	Pharmacognosie	86
M.	LEBEGUE	Nicolas	Chimie thérapeutique	86
M.	LEMDANI	Mohamed	Biomathématiques	26
Mme	LESTAVEL	Sophie	Biologie cellulaire	87
Mme	LESTRELIN	Réjane	Biologie cellulaire	87
Mme	MELNYK	Patricia	Chimie physique	85
M.	MILLET	Régis	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert Lespagnol	86
Mme	MUHR-TAILLEUX	Anne	Biochimie	87
Mme	PERROY	Anne-Catherine	Droit et Economie pharmaceutique	86
Mme	ROMOND	Marie-Bénédicte	Bactériologie - Virologie	87
Mme	SAHPAZ	Sevser	Pharmacognosie	86
M.	SERGHERAERT	Éric	Droit et Economie pharmaceutique	86
M.	SIEPMANN	Juergen	Pharmacotechnie industrielle	85
Mme	SIEPMANN	Florence	Pharmacotechnie industrielle	85
M.	WILLAND	Nicolas	Chimie organique	86

#### Maîtres de Conférences - Praticiens Hospitaliers (MCU-PH)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
M.	BLONDIAUX	Nicolas	Bactériologie - Virologie	82
Mme	DEMARET	Julie	Immunologie	82
Mme	GARAT	Anne	Toxicologie et Santé publique	81
Mme	GENAY	Stéphanie	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	81
M.	LANNOY	Damien	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	80
Mme	ODOU	Marie-Françoise	Bactériologie - Virologie	82

#### Maîtres de Conférences des Universités (MCU)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
M.	AGOURIDAS	Laurence	Chimie thérapeutique	85
Mme	ALIOUAT	Cécile-Marie	Parasitologie - Biologie animale	87
M.	ANTHÉRIEU	Sébastien	Toxicologie et Santé publique	86

Mme	AUMERCIER	Pierrette	Biochimie	87
M.	BANTUBUNGI-BLUM	Kadiombo	Biologie cellulaire	87
Mme	BARTHELEMY	Christine	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	85
Mme	BEHRA	Josette	Bactériologie - Virologie	87
M.	BELARBI	Karim-Ali	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	86
M.	BERTHET	Jérôme	Biophysique - RMN	85
M.	BERTIN	Benjamin	Immunologie	87
M.	BOCHU	Christophe	Biophysique - RMN	85
M.	BORDAGE	Simon	Pharmacognosie	86
M.	BOSC	Damien	Chimie thérapeutique	86
M.	BRIAND	Olivier	Biochimie	87
Mme	CARON-HOUDE	Sandrine	Biologie cellulaire	87
Mme	CARRIÉ	Hélène	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	86
Mme	CHABÉ	Magali	Parasitologie - Biologie animale	87
Mme	CHARTON	Julie	Chimie organique	86
M.	CHEVALIER	Dany	Toxicologie et Santé publique	86
Mme	DANEL	Cécile	Chimie analytique	85
Mme	DEMANCHE	Christine	Parasitologie - Biologie animale	87
Mme	DEMARQUILLY	Catherine	Biomathématiques	85
M.	DHIFLI	Wajdi	Biomathématiques	27
Mme	DUMONT	Julie	Biologie cellulaire	87
M.	EL BAKALI	Jamal	Chimie thérapeutique	86
M.	FARCE	Amaury	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert Lespagnol	86
M.	FLIPO	Marion	Chimie organique	86
M.	FURMAN	Christophe	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert Lespagnol	86
M.	GERVOIS	Philippe	Biochimie	87
Mme	GOOSSENS	Laurence	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert Lespagnol	86
Mme	GRAVE	Béatrice	Toxicologie et Santé publique	86

Mme	GROSS	Barbara	Biochimie	87
M.	HAMONIER	Julien	Biomathématiques	26
Mme	HAMOUDI-BEN YELLES	Chérifa-Mounira	Pharmacotechnie industrielle	85
Mme	HANNOThIAUX	Marie-Hélène	Toxicologie et Santé publique	86
Mme	HELLEBOID	Audrey	Physiologie	86
M.	HERMANN	Emmanuel	Immunologie	87
M.	KAMBIA KPAKPAGA	Nicolas	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	86
M.	KARROUT	Younes	Pharmacotechnie industrielle	85
Mme	LALLOYER	Fanny	Biochimie	87
Mme	LECOEUR	Marie	Chimie analytique	85
Mme	LEHMANN	Hélène	Droit et Economie pharmaceutique	86
Mme	LELEU	Natascha	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert Lespagnol	86
Mme	LIPKA	Emmanuelle	Chimie analytique	85
Mme	LOINGEVILLE	Florence	Biomathématiques	26
Mme	MARTIN	Françoise	Physiologie	86
M.	MOREAU	Pierre-Arthur	Sciences végétales et fongiques	87
M.	MORGENROTH	Thomas	Droit et Economie pharmaceutique	86
Mme	MUSCHERT	Susanne	Pharmacotechnie industrielle	85
Mme	NIKASINOVIC	Lydia	Toxicologie et Santé publique	86
Mme	PINÇON	Claire	Biomathématiques	85
M.	PIVA	Frank	Biochimie	85
Mme	PLATEL	Anne	Toxicologie et Santé publique	86
M.	POURCET	Benoît	Biochimie	87
M.	RAVAUX	Pierre	Biomathématiques / Innovations pédagogiques	85
Mme	RAVEZ	Séverine	Chimie thérapeutique	86
Mme	RIVIÈRE	Céline	Pharmacognosie	86
M.	ROUMY	Vincent	Pharmacognosie	86
Mme	SEBTI	Yasmine	Biochimie	87

Mme	SINGER	Elisabeth	Bactériologie - Virologie	87
Mme	STANDAERT	Annie	Parasitologie - Biologie animale	87
M.	TAGZIRT	Madjid	Hématologie	87
M.	VILLEMAGNE	Baptiste	Chimie organique	86
M.	WELTI	Stéphane	Sciences végétales et fongiques	87
M.	YOUS	Saïd	Chimie thérapeutique	86
M.	ZITOUNI	Djamel	Biomathématiques	85

#### Professeurs certifiés

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement
Mme	FAUQUANT	Soline	Anglais
M.	HUGES	Dominique	Anglais
M.	OSTYN	Gaël	Anglais

#### Professeurs Associés

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
M.	DAO PHAN	Haï Pascal	Chimie thérapeutique	86
M.	DHANANI	Alban	Droit et Economie pharmaceutique	86

#### Maîtres de Conférences Associés

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
Mme	CUCCHI	Malgorzata	Biomathématiques	85
M.	DUFOSSEZ	François	Biomathématiques	85
M.	FRIMAT	Bruno	Pharmacologie, Pharmacocinétique et	85
M.	GILLOT	François	Droit et Economie pharmaceutique	86
M.	MASCAUT	Daniel	Pharmacologie, Pharmacocinétique et	86
M.	MITOUMBA	Fabrice	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	86
M.	PELLETIER	Franck	Droit et Economie pharmaceutique	86
M.	ZANETTI	Sébastien	Biomathématiques	85

**Assistants Hospitalo-Universitaire (AHU)**

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
Mme	CUVELIER	Élodie	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	81
M.	GRZYCH	Guillaume	Biochimie	82
Mme	LENSKI	Marie	Toxicologie et Santé publique	81
Mme	HENRY	Héloïse	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	80
Mme	MASSE	Morgane	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	81

**Attachés Temporaires d'Enseignement et de Recherche (ATER)**

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
Mme	GEORGE	Fanny	Bactériologie - Virologie / Immunologie	87
Mme	N'GUESSAN	Cécilia	Parasitologie - Biologie animale	87
M.	RUEZ	Richard	Hématologie	87
M.	SAIED	Tarak	Biophysique - RMN	85
M.	SIEROCKI	Pierre	Chimie bioinorganique	85

**Enseignant contractuel**

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement
M.	MARTIN MENA	Anthony	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière



## Faculté de Pharmacie de Lille

3 Rue du Professeur Laguesse – 59000 Lille  
03 20 96 40 40  
<https://pharmacie.univ-lille.fr>

**L'Université n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses ; celles-ci sont propres à leurs auteurs.**



## REMERCIEMENTS

### **A Monsieur le Professeur Nicolas SIMON,**

Vous me faites l'honneur de juger ce travail et de présider ce jury. Veuillez trouver ici l'expression de ma haute reconnaissance et de mon profond respect. Je vous remercie également pour votre contribution à ma formation lors de mon stage au CHU de Lille.

### **A Monsieur le Docteur Antoine LEFEBVRE,**

Je te remercie pour la confiance que tu m'as accordée à travers ce travail passionnant. Merci pour ta bienveillance, ta grande disponibilité, tes précieux conseils et surtout ton écoute. Merci également pour ton encadrement durant mon année à Saint Philibert, ce fut un honneur de travailler avec toi. Sois assuré de ma reconnaissance.

### **A Monsieur le Docteur Frédéric MARCON,**

Je vous remercie d'avoir accepté de prendre part à ce jury. Veuillez recevoir l'expression de ma gratitude et de toute ma considération.

### **A Monsieur le Docteur Vincent DUCOULOMBIER,**

Je vous remercie d'avoir accepté de participer à ce jury. Je vous remercie également pour votre enthousiasme vis-à-vis de cette étude et pour votre aide précieuse lors de sa mise en place.

### **A Madame le Docteur Marie BUTTITTA,**

Je te remercie pour tout le temps accordé durant les différentes triangulations, et pour ta contribution à ce travail. Ton expertise de psychologue m'a beaucoup apporté. Ce fut un réel plaisir de travailler avec toi.

### **A l'ensemble de l'équipe de l'hôpital de jour de rhumatologie de Saint Philibert et particulièrement à Mme Véronique DUFOUR,**

Un grand merci pour votre accueil chaleureux durant mes interventions au sein de l'HDJ et de votre aide à la réalisation de cette étude.

### **A Monsieur le Docteur Michel CUNIN,**

Je vous remercie pour le temps accordé lors de la mise en place de cette étude. Votre expertise en étude qualitative m'a été d'une grande aide.

### **A l'ensemble des équipes avec qui j'ai rencontré lors de mon internat,**

Merci pour vos riches enseignements et pour votre accueil au sein de vos services.

### **A l'ensemble de mes cointernes,**

Je vous remercie pour tous ces moments passés égayants mes années d'internat.

### **A mes parents, à qui je dois tout et à qui je dédie ce travail.**

En ce jour de soutenance, c'est de vous dont je suis le plus fier. Ma réussite n'est que le simple fruit de vos nombreux sacrifices. Vous m'avez inculqué le goût du travail et de l'ambition. Par ce travail, j'espère vous faire honneur. Je ne vous remercierai jamais assez.

### **A mon époux,**

Pour ton soutien infaillible, ta patience et pour toutes ces parenthèses réconfortantes au quotidien. Merci d'être ce pilier sur lequel je me repose. A tous nos moments de bonheur, et à ceux à venir.

### **A ma sœur et à mon frère,**

Votre soutien et votre optimisme a été ma plus grande force durant toutes ces années. A nos beaux souvenirs d'enfance et à ceux à venir. Je suis si fière d'être l'aînée de notre fratrie si soudée.

### **A mes grands-parents et à ma famille,**

Pour tous vos encouragements, vous m'avez toujours témoigné votre fierté.

### **A mes beaux-parents,**

Merci pour tout ce que vous avez fait et faites pour rendre notre quotidien plus doux. Nous ne vous remercierons jamais assez.

### **A mes beaux-frères, mes belles sœurs et à leurs enfants,**

Un grand merci pour l'accueil chaleureux que vous m'avez fait au sein de la famille et pour vos encouragements.

### **A Lilya,**

Sans qui la réussite du concours de l'internat n'aurait pas été possible. Merci d'avoir fait de tous ces moments de révisions de si bons souvenirs !

### **A mes amis,**

Merci pour votre soutien indéfectible durant toutes ces années. Merci pour ces moments de joie passés à vos côtés et ceux à venir !

# TABLE DES MATIERES

<b>REMERCIEMENTS .....</b>	<b>13</b>
<b>TABLE DES MATIERES .....</b>	<b>15</b>
<b>TABLE DES ABREVIATIONS.....</b>	<b>17</b>
<b>INDEX DES ANNEXES .....</b>	<b>18</b>
<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>19</b>
1) RHUMATISME INFLAMMATOIRE CHRONIQUE ET BIOMEDICAMENTS .....	19
a. <i>Rhumatisme inflammatoire Chronique.....</i>	19
b. <i>Place des biomédicaments.....</i>	19
c. <i>Adhésion thérapeutique et RIC .....</i>	19
2) MISE EN PLACE D'UNE ACTIVITE DE PHARMACIE CLINIQUE EN HDJ DE RHUMATOLOGIE .....	20
a. <i>Présentation de l'HDJ de rhumatologie .....</i>	20
b. <i>Projet de mise en place d'entretien pharmaceutique .....</i>	21
3) QUESTION DE RECHERCHE .....	22
<b>MATERIEL ET METHODE .....</b>	<b>23</b>
1) TYPE D'ETUDE.....	23
2) POPULATION ETUDIEE .....	23
3) RECUEIL DES DONNEES .....	23
4) ANALYSE DES DONNEES .....	24
5) ASPECTS ETHIQUES ET REGLEMENTAIRES .....	25
6) CRITERES COREQ ET GRILLE RATS.....	25
7) RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE .....	25
<b>RESULTATS .....</b>	<b>27</b>
1) CARACTERISTIQUES GENERALES DE LA POPULATION .....	27
2) VECU DES PATIENTS LORS DE L'INITIATION DU BIOMEDICAMENT .....	27
a. <i>Perception et conception du biomédicament .....</i>	27
i. <i>Idéaliser le biomédicament .....</i>	27
ii. <i>Un frein au retour à une vie normale .....</i>	29

b.	<i>Différents profils d'adhésion thérapeutique</i>	31
i.	Adhérer par nécessité	31
ii.	Adhérer par positivisme	33
iii.	Comprendre pour adhérer	35
3)	RESSENTI DES PATIENTS SUR LEUR BESOIN EN INFORMATION SUR LE BIOMÉDICAMENT	37
a.	<i>Vécu sur les informations reçues sur le biomédicament</i>	37
b.	<i>Demeurer dans le flou malgré l'HDJ</i>	38
c.	<i>Perception et conception du rôle du pharmacien dans la transmission d'informations sur le biomédicament</i>	39
i.	Pharmacien hospitalier	39
ii.	Pharmacien de ville	42
	<b>DISCUSSION</b>	<b>45</b>
1)	CRITIQUE DE LA METHODE	45
a.	<i>Choix de l'étude qualitative</i>	45
b.	<i>Choix de la méthode de recherche qualitative et de recueil</i>	45
c.	<i>Première expérience en étude qualitative</i>	46
d.	<i>Posture du chercheur et présentation de l'étude</i>	46
e.	<i>Entretien et enregistrement</i>	46
f.	<i>Echantillonnage</i>	47
2)	AUTOUR DES RESULTATS	48
a.	<i>Rôle du pharmacien hospitalier dans l'optimisation des informations transmises sur le biomédicament</i>	48
i.	Un expert du médicament	48
ii.	Un répétiteur potentiel	49
iii.	Un professionnel de santé disponible	49
b.	<i>Vers un entretien pharmaceutique optimisé</i>	50
i.	Une approche personnalisée indispensable	50
ii.	Vers une activité pharmaceutique efficiente	54
	<b>CONCLUSION</b>	<b>56</b>
	<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	<b>61</b>

## TABLE DES ABREVIATIONS

ALD : Affection Longue Durée

AINS : Anti Inflammatoire Non Stéroïdiens

CIER : Comité Interne d'Ethique de la Recherche

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CPP : Comité de Protection des Personnes

DRCI : Délégation à la Recherche Clinique et à l'Innovation

ETP : Equivalent Temps Plein

EULAR : EUropean League Against Rheumatism

GHICL : Groupe Hospitalier de l'Institut Catholique de Lille

HDJ : Hôpital De Jour

IDE : Infirmière Diplômée d'Etat

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PAR : Polyarthrite Rhumatoïde

RIC : Rhumatisme Inflammatoire Chronique

RP : Rhumatisme Psoriasique

SFR : Société Française de Rhumatologie

SFPC : Société Française de pharmacie clinique

SFPO : Société Française de Pharmacie Oncologique

SpA : SpondylArthrite rhumatoïde

RNIPH : Recherche N'Impliquant pas la Personne Humaine

## **INDEX DES ANNEXES**

**Annexe 1 : Exemple fiche patient biomédicament**

**Annexe 2 : Lettre d'information destinée au patient lors de l'inclusion**

**Annexe 3 : Guide entretien initial**

**Annexe 4 : Dernier guide entretien**

**Annexe 5 : Extrait de schématisation**

**Annexe 6 : Accord du CIER**

**Annexe 7 : Grille de lecture : critères COREQ**

**Annexe 8 : Grille RATS**

**Annexe 9 : Autorisation de soutenance**

# INTRODUCTION

## 1) Rhumatisme Inflammatoire Chronique et biomédicaments

### a. Rhumatisme inflammatoire Chronique

Les rhumatismes inflammatoires chroniques (RIC) sont des pathologies caractérisées par l'atteinte douloureuse et inflammatoire des articulations, des enthèses ou du rachis. La polyarthrite rhumatoïde (PAR), la spondyloarthrite (SpA) et le rhumatisme psoriasique (RP) constituent les RIC les plus fréquents. Leurs conséquences principales sont soit la destruction articulaire dans la PAR et le RP (1,2), soit l'ankylose (diminution des mouvements d'une articulation) dans la SpA (3). Très peu de données d'épidémiologie ont été publiées sur les RIC. En 2018, l'assurance maladie estimait que 600 000 personnes étaient prises en charge en Affection Longue Durée (ALD) pour un RIC. Les RIC sont des causes fréquentes de douleurs et de handicap en France et ont ainsi des retentissements sur la qualité de vie et sur la vie professionnelle. Lors de son recensement en 2018, l'assurance maladie estimait que 50 % des patients étaient en âge de travailler. (4)

### b. Place des biomédicaments

Depuis les années 2000 la prise en charge des RIC a connu un tournant avec la mise sur le marché des biomédicaments. Il s'agit d'anticorps monoclonaux ciblant les voies de régulation de l'inflammation. Largement prescrits dans le cadre des RIC, ils sont réservés aux formes résistantes aux traitements de première intention (traitements synthétiques conventionnels ou anti inflammatoires non stéroïdiens (AINS)), ou d'emblée aux formes sévères. Les recommandations ont considérablement évolué avec l'instauration d'un traitement le plus tôt possible, intensif si nécessaire dans le but d'obtenir une rémission clinique. (5,6)

### c. Adhésion thérapeutique et RIC

L'adhésion thérapeutique est une composante essentielle de la prise en soin du patient ambulatoire chronique. Elle est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme étant « une appropriation réfléchie de la part du patient de la prise en charge de sa maladie et de ses traitements associée à la volonté de persister dans la mise en pratique d'un comportement prescrit » (7). L'initiation d'un biomédicament est un moment crucial dans le vécu de la maladie. Si son intérêt et

son efficacité sont démontrés, il est souvent considéré comme un traitement lourd et suscite beaucoup d'inquiétudes et de questionnements chez les patients : crainte vis-à-vis des effets indésirables, de l'acquisition des compétences d'auto-soin (prise en compte de résultats d'auto-surveillance, adaptation d'administration, réalisation des gestes techniques...). En effet, plusieurs études rapportent une adhésion thérapeutique sous optimale chez les patients suivis pour RIC. Cette adhésion thérapeutique sous optimale peut être une cause d'échec thérapeutique. (8–11)

Cette non-adhésion thérapeutique soulève un problème de santé publique majeur car elle entraîne un impact important sur les coûts par le biais de modifications et d'intensifications de traitements fréquentes, d'investigations supplémentaires, de visites d'urgence et de frais d'hospitalisations évitables (12). Plusieurs facteurs peuvent influencer sur l'adhésion thérapeutique tels que des facteurs « cognitifs » (savoir, savoir-faire, compétences), « métacognitifs » (prise de conscience de ses connaissances, compétences et actions réalisées), « psychosociaux » (croyances, vécus, représentations, ressentis), « sanitaires » (état de santé, diagnostic, pronostic), « culturels » (éducation familiale, culture de référence, religion), « sociaux » (revenu, statut, lieu de vie). (13,14)

L'OMS recommande donc de cibler les interventions thérapeutiques pour les adapter en fonction du profil des patients (7). Par conséquent, il est nécessaire de développer des programmes efficaces de soutien de l'adhésion aux traitements médicamenteux adaptés aux besoins des patients. La nécessité d'une prise en soin multidisciplinaire est également mise en avant par la Société Française de Rhumatologie (SFR) et l'EULAR (European League Against Rheumatism) dans les recommandations de prise en charge des RIC pour renforcer cette adhésion thérapeutique. (5,6,15)

## 2) Mise en place d'une activité de pharmacie clinique en HDJ de rhumatologie

### a. Présentation de l'HDJ de rhumatologie

De 2019 à 2021, l'initiation d'une biothérapie chez les patients atteints de RIC au sein du service d'hôpital de jour (HDJ) de rhumatologie de l'hôpital Saint Philibert de Lomme du Groupe Hospitalier de l'Institut Catholique de Lille (GHICL) concernait en

moyenne 60 patients/an. En moyenne sur ces trois années, 27 patients étaient atteints de PAR, 22 de SPa et 11 de RP.

Les patients pour lesquels une indication de biomédicament se pose sont adressés en consultation rhumatologique. Durant cette consultation, l'intérêt du biomédicament y est expliqué et un bilan pré-thérapeutique est prescrit. Après cette première consultation rhumatologique, le patient est programmé en HDJ pour initiation du biomédicament. Lors de sa venue en HDJ, le patient est revu par le rhumatologue qui valide le bilan pré-thérapeutique et initie le traitement par biomédicament. L'Infirmière Diplômée d'Etat (IDE) communique ensuite des informations axées sur l'auto-administration et les modalités de prise du médicament.

#### b. Projet de mise en place d'entretien pharmaceutique

Suite à la sollicitation des rhumatologues de l'établissement, la mise en place d'une activité de pharmacie clinique au sein de l'HDJ de rhumatologie a été actée. Il s'agirait de proposer un entretien pharmaceutique à l'issue de la consultation du rhumatologue et de l'IDE. Selon la Société Française de Pharmacie Clinique (SFPC), un entretien pharmaceutique est « un échange entre un patient et un pharmacien permettant de recueillir des informations et de renforcer les messages de conseil, de prévention et d'éducation » (16). Il s'agit ainsi d'un temps d'échange formalisé entre le patient et le pharmacien. Il devrait permettre d'augmenter les chances d'adhésion thérapeutique des patients.

Afin de préparer et d'initier la mise en place de cette activité de pharmacie clinique, une recherche bibliographique et un état des lieux des activités pharmaceutiques existantes dans d'autres établissements ont été effectués. Une formation sur la prise en charge des RIC à destination des pharmaciens hospitaliers et des internes en pharmacie hospitalière a été organisée par un rhumatologue de l'établissement. Des fiches à destination des patients ont été élaborées pour chaque biomédicament validées par les rhumatologues et l'IDE intervenant en HDJ dans l'éducation thérapeutique des patients (annexe 1). Ce document sera dispensé aux patients par le pharmacien hospitalier suite à l'entretien pharmaceutique.

### 3) Question de recherche

Selon les recommandations précédemment citées, cette intervention pharmaceutique doit être la plus adaptée aux besoins des patients. Pour qu'elle ait un véritable impact sur l'adhésion thérapeutique, les informations pharmaceutiques et le contenu des documents fournis aux patients doivent être en adéquation avec les besoins des patients. Il est pertinent de recueillir les besoins des patients préalablement au démarrage de cette activité de pharmacie clinique. Le recueil du ressenti du patient quant au niveau d'information dont il dispose sur le biomédicament permettrait d'adapter au mieux l'entretien pharmaceutique et ainsi rendre l'adhésion thérapeutique la plus optimale possible.

La question de recherche de cette étude était donc la suivante :

Quel est le vécu des patients vis-à-vis des informations dont ils ont bénéficié lors de l'initiation de leur biomédicament ?

Quels sont ainsi leurs besoins en termes d'informations/renseignements vis-à-vis de leur nouveau traitement par biomédicament ?

## MATÉRIEL ET MÉTHODE

### 1) Type d'étude

Il s'agissait d'une étude qualitative inspirée de la théorisation ancrée par entretiens individuels semi-compréhensifs. (17,18)

### 2) Population étudiée

La population cible était des patients devant bénéficier de l'initiation d'un biomédicament en injection sous cutanée dans le cadre de leur RIC en HDJ. Ces patients ont au préalable bénéficié d'une consultation avec le rhumatologue et avec une IDE. L'entretien dans le cadre de notre étude se déroulait après ces deux consultations.

Les patients inclus ont été informés au préalable des modalités de participation lors de leur venue en HDJ. Ainsi, la participation à l'étude a été basée sur le volontariat puisqu'un délai de réflexion a été systématiquement respecté. La participation était établie sous réserve de l'accord de participation formalisé par autorisation écrite du consentement à l'enregistrement audio. (Annexe 2)

S'agissant d'une analyse par théorisation ancrée, l'échantillonnage a été théorique jusqu'à la suffisance des données.

### 3) Recueil des données

Les entretiens individuels se sont déroulés au sein de l'établissement, dans une salle réservée au préalable pour éviter toute interruption et assurer une expression sereine du ressenti du patient. Ils ont été programmés lors d'un temps d'attente pour le patient pour n'engendrer aucun impact sur sa prise en charge. Ils précédaient l'entretien pharmaceutique afin de ne pas influencer le ressenti du patient quant à ses besoins d'informations sur son biomédicament.

Chaque entretien, enregistré à l'aide d'un dictaphone, a été mené uniquement par le chercheur à l'aide d'un guide d'entretien rédigé en amont. Ce guide a été conçu après une journée d'observation du chercheur en HDJ. Le chercheur s'est donc imprégné de la problématique en observant la prise en charge des patients au sein de l'HDJ. Ce guide comportait préférentiellement des questions ouvertes.

Il a été testé au préalable lors d'un premier entretien qui n'a pas été intégré à l'analyse des données. Le guide d'entretien a évolué au fil des différents entretiens (annexe 3 et 4 : premier et dernier guide), conformément à la méthode de recueil de données. Ce guide a permis de répondre au mieux à la question de recherche par l'exploration de thématiques spécifiques prédéfinies, ainsi que celles émergeant lors des différents entretiens. Des méthodes de relances et de reformulations ont également été utilisées afin d'approfondir le discours. Suite à chaque entretien, une anonymisation et une retranscription intégrale ont été effectuées à l'aide du logiciel Microsoft Word® le jour même ou le lendemain. Les noms des participants ont été remplacés et anonymisés par un code contenant la lettre « P » signifiant « patient » associé à un numéro correspondant à la chronologie des entretiens.

#### 4) Analyse des données

Les *verbatim* anonymisés issus de la retranscription ont ensuite été analysés par la méthode inspirée de la théorisation ancrée via le logiciel QSR NVivo® (version 20.6.2). Pour cela, trois codages « ouvert », « axial » et « sélectif » ont été réalisés suite à chaque entretien et de manière parallèle tout au long de la recherche (17,18).

Le codage ouvert vise l'immersion dans le matériau en identifiant chaque mot, chaque phrase ou chaque passage exprimant le vécu susceptible de conduire à la découverte des caractéristiques des phénomènes analysés. Ces phénomènes nommées propriétés ont permis de caractériser des catégories conceptuelles. Le codage ouvert du premier, second et septième entretien ont bénéficié d'une confrontation de résultats entre trois personnes après avoir été analysés en aveugle par deux chercheurs supplémentaires. Ces derniers étaient Dr Antoine Lefebvre, pharmacien hospitalier, directeur de thèse et Dr Marie Buttitta de la Délégation à la Recherche Clinique et à l'innovation (DRCI) du GHICL, psychologue clinicienne chargée de recherche. Cette triangulation garantit la diminution de la subjectivité du chercheur et permet ainsi d'augmenter la qualité des résultats obtenus et la scientificité de l'étude.

Le codage axial vise l'articulation deux à deux de ces propriétés, en qualifiant ces articulations et en leur attribuant un sens. Ce codage permet l'obtention de concepts identifiant les phénomènes qui pourraient permettre de répondre à la question de recherche.

Le codage sélectif systématise la théorie en intégrant les catégories identifiées comme centrales en un système global (17,18) (annexe 5).

Un journal de bord était tenu. Il comportait les comptes rendus de terrain, de codages, ainsi que les comptes rendus théoriques, issus de l'analyse.

Ce journal et l'intégralité des *verbatim* sont disponibles en annexe virtuelle.

#### 5) Aspects éthiques et règlementaires

Cette étude correspondait à une recherche n'impliquant pas la personne humaine (RNIPH) au sens de la loi française. L'étude était non interventionnelle, ainsi aucune démarche n'a été effectuée auprès du Comité de Protection des Personnes (CPP). D'après ses caractéristiques, il s'agissait d'une étude conforme à la méthodologie de référence n°4, au sens de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL). L'étude a été enregistrée sur le répertoire public tenu par la plateforme des données de santé ou Health Data Hub, aucune autre formalité n'a été requise. Conformément à l'article 30 du Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD), elle a été inscrite au registre des activités de traitement du GHICL, responsable du traitement de données. Elle a été approuvée par le Comité Interne d'Éthique de la Recherche (CIER) de l'établissement le 7 juillet 2021 (annexe 6).

#### 6) Critères COREQ et grille RATS

Les trente-deux critères de la grille de lecture COREQ (COnsolidated criteria for REporting Qualitative research) (annexe 7) et la grille RATS (annexe 8) ont été utilisés afin de pouvoir garantir la scientificité de cette étude qualitative. Ces grilles ont permis d'identifier les forces et les limites de la méthode.

#### 7) Recherche bibliographique

Une brève recherche bibliographique a été réalisée avant le démarrage de l'étude afin de prendre connaissance de l'existence de données sur le sujet. L'essentiel de cette recherche devait en effet être mené suite à la rédaction des résultats, dans le but de garantir la neutralité du chercheur lors de l'analyse des *verbatim*. Ces résultats ont ainsi pu être confrontés à la littérature existante consultée dans différents sites tels le répertoire MeSH, PubMed, Google Scholar, Science Direct, Pepite, Sudoc, EM premium.

Les mots clefs utilisés étaient : rhumatisme inflammatoire chronique, polyarthrite rhumatoïde, rhumatisme psoriasique, spondylarthrite ankylosante, biomédicament, pharmacie clinique, analyse qualitative, théorisation ancrée. Le logiciel ZOTERO© a été utilisé pour la gestion des références.

# RÉSULTATS

## 1) Caractéristiques générales de la population

Entretien	Durée entretien	Sexe	Age (ans)	RIC	Biomédicament	Traitement de fond initial	Année diagnostic (durée au moment de l'entretien)	Rhumatologue de suivi	Profession
P1 3/09/2021	35''50sec	H	42	SPa	ADALIMUMAB	Non	2021 (3 mois)	Ville	Consultant en informatique
P2 21/10/2021	43''34sec	F	54	PR	ADALIMUMAB	Non	2021 (1 mois)	Hospitalier	IDE
P3 13/01/2022	39''42sec	F	67	PAR	ABATACEPT	Oui (Méthotrexate)	1984 (37 ans)	Ville	Retraitée
P4 08/02/2022	42''30sec	F	34	PR	GOLIMUMAB	Non	2021 (6 mois)	Hospitalier	Inconnue
P5 24/02/2022	35''35sec	H	34	SPa	ADALIMUMAB	Non	2021 (13 mois)	Hospitalier	Informaticien
P6 10/05/2022	54''34sec	F	44	PAR	CERTOLIZUMAB	Oui (Méthotrexate)	2021 (7 mois)	Hospitalier	Animatrice d'école
P7 27/06/2022	27''45sec	F	48	PAR	ETANERCEPT	Oui (Méthotrexate)	2016 (6 ans)	Ville	Employée de banque

L'âge médian des patients était de 44 ans (+/- 8,1 ans). Tous les types de RIC étaient recrutés et se répartissaient de manière homogène. Le nombre de patient ayant connu un traitement de fond était semblable au nombre de patient naïf de tout traitement de fond. Les entretiens ont duré en moyenne 39 minutes et 55 secondes (+/- 5 minutes 58 secondes). La saturation des données a été obtenue au bout de 6 entretiens. Elle a été confirmée par un entretien de consolidation portant le nombre total d'entretiens à 7.

## 2) Vécu des patients lors de l'initiation du biomédicament

### a. Perception et conception du biomédicament

#### i. Idéaliser le biomédicament

L'espoir d'une reprise de vie normale était récurrent lors des entretiens. Face à la douleur, les informateurs espéraient être soulagés par le biomédicament et être délivrés de leur douleur : « *pour moi j'espère que ça va être une délivrance et que je*

vais pouvoir reprendre ma vie normale [...] » (P1) ; « ne plus avoir mal, parce que les douleurs c'est HO RRI BLE. Tellement que ça fait mal ! » (P4) ; « Ben que j'ai plus du tout de douleur parce que mon quotidien a changé » (P6).

Les informateurs évoquaient la volonté de reprendre ce que la maladie leur avait soudainement ôté. Cette volonté était d'autant perceptible sur le plan personnel : « Ben moi j'ai aucune relation avec mon conjoint [...] Donc tout ça je veux que ça s'en aille, reprendre ma vie ! Oue ! » (P2), que sur le plan professionnel : « je vais pouvoir reprendre ma vie normale et travailler de manière normale » (P1) ; « c'est reprendre une vie normale, parce que je vais pouvoir retourner au travail » (P5).

Les interviewés conféraient un caractère de perfection au biomédicament renvoyant à une idéalisation de celui-ci. Ils lui attribuaient un caractère de puissance et l'identifiaient comme étant le traitement avec le moins d'effets indésirables : « Donc qu'en gros c'est le traitement, le traitement entre parenthèse qui marche le mieux qui a le moins d'effets indésirables... » (P1).

Ces caractères lui étaient également attribués en comparaison au méthotrexate pour les patients l'ayant connu en traitement de première intention : « Voilà je prenais ça (le méthotrexate) et c'était donc toutes les semaines. Et du coup, toutes les deux semaines je devais faire des analyses. Après euh... ça touche quand même le rein et le foie [...] Et puis ça, ça m'a plus rassuré [...] Le fait qu'yait (sic) pas d'effets secondaires ça ne touche pas le foie, les reins.. [...]» (P6).

Le caractère « biologique » pouvait contribuer à ce phénomène d'idéalisation du biomédicament : « on dit que ça vient d'organismes humains c'est que déjà il le supporte donc c'est déjà rassurant, donc ya p'tete plus.. c'est p'tete moins nocif on va dire ouais c'est dans ce sens-là » (P7).

Avant l'instauration de ce nouveau traitement, les interviewés avaient parfois consommé des antalgiques, des antidépresseurs, des médecines douces avec la perception d'une forme de polymédication. L'initiation du biomédicament marquait l'occasion d'y mettre fin : « Et ouais, que tout va mieux et de reprendre une vie normale je dirais, sans médicament ! » (P5).

Certains interviewés ne maîtrisaient pas les notions de traitement de fond et de traitement symptomatique. Le biomédicament était assimilé à un traitement unique, dissocié de tout traitement symptomatique : « Donc je commence celui-là ..

*Je prendrai plus jamais les autres (médicaments) » (P1) ; « parce que je veux pas tout mélanger. Juste prendre ce traitement voir et puis on verra par la suite » (P6).*

Les croyances sur les médicaments rapportées par les patients renforçaient cette conviction de traitement unique. A leurs yeux, l'administration répétée de traitements symptomatiques sur une longue période augmenterait le risque de développer une accoutumance et une résistance à ces derniers : « *Je préfère ne consommer aucune molécule parce que je m'étais toujours dit, le jour où t'es vraiment malade au moins ça aura des effets encore sur ton organisme » (P2) ; « Donc du coup je prends rien, j'le cache le traitement, et j'attends vraiment d'avoir mal à en pleurer pour pouvoir le prendre en fait ! Parce j'ai peur d'être addict à ça en fait ! » (P4).*

L'association du biomédicament à un traitement symptomatique était parfois assimilée à son inefficacité : « *bah je préfère juste le prendre et ne pas mélanger et me dire que si je prends juste ce traitement là, [...], et me dire ben ouais j'ai plus de douleurs [...] c'est par rapport à ça, et pas à autre chose ! Et d'associer les deux, ça va me mettre un doute en fait sur le traitement qui... qui m'est adapté. » (P6).*

La forme galénique de ce biomédicament était également idéalisée chez les informateurs. Les interviewés appréciaient l'absence d'administration journalière. La voie injectable permettait d'échapper à la voie orale. Certains informateurs y voyaient même une forme galénique avec moins d'effets indésirables ou plus efficace par rapport à la voie per os. « *Là avec l'injectable, je trouve que c'est plus .. à la limite je préfère. Ça préserve un peu l'estomac des agressions quoi » (P3) ; « Le fait que ce soit un liquide qui passe dans tout le corps etc. bah je me dis ouais ! Ça va être plus efficace qu'en bouche ! » (P6).*

Ce biomédicament avait néanmoins ses limites aux yeux des interrogés. Cette reprise de vie normale était compromise par certaines propriétés de ce biomédicament.

## *ii. Un frein au retour à une vie normale*

L'initiation de ce biomédicament engendrait des inquiétudes chez les informateurs créant un sentiment de vivre dans la crainte. L'apparition d'effets indésirables était la principale préoccupation rapportée par les patients.

La fragilisation du système immunitaire par le biomédicament provoquait des appréhensions chez les informateurs : « *Disons qu'en cette période j'ai eu quelques hésitations quand on m'a dit que ça allait baisser l'immunité* » (P3) ; « *Ben c'est un peu plus contraignant, éventuellement, ça peut être gênant, parce que ça peut entre guillemets fragiliser, je peux être plus sensible...* » (P7).

La production du biomédicament à partir d'une source biologique comme matière première pouvait amplifier ce phénomène : « *Les informations entre parenthèses qui m'ont aussi inquiétées c'est que.. c'est de la biothérapie c'est des cellules euh .. vivantes etc .. donc euh .. je sais pas comment ça va .. comment mon corps va réagir quoi. J'avais ces inquiétudes-là* » (P1).

Ce biomédicament renvoyait certains patients à la chronicité de leur maladie, apparaissant comme une contrainte à vie : « *donc ben c'est ce côté-là que j'aime pas.. de toujours me ressasser que je dois me piquer parce que j'ai un rhumatisme en fait .. c'est .. je suis jeune encore pour euh.. avoir une perte d'autonomie.. c'est dur, ça c'est plus dur ..* » (P2) ; « *Je veux dire, je suis lié maintenant (le biomédicament) avec jusqu'à la fin de mes jours* » (P7).

Lors de la venue des patients en HDJ, des nouvelles conduites à tenir sur différents items (voyage, vaccination, survenue de fièvre etc.) étaient expliquées aux patients. Le biomédicament apparaissait alors comme une contrainte, ayant des impacts sur le quotidien débordant parfois sur la vie sociale et professionnelle des patients.

Les conduites à tenir concernant la prévention de survenue d'infections poussaient également les informateurs à changer leurs habitudes de vie. Le biomédicament prenait alors la forme d'une charge mentale et rythmait désormais leur quotidien auparavant conditionné par leur RIC. Les patients se voyaient contraints de consulter plus souvent leur médecin généraliste même en cas d'apparition de maladies habituellement perçues comme étant bénignes : « *J'ai pas été habituée à voir le médecin dès que j'ai un p'tit bobo en fait. Je me dis bon j'ai un petit bobo, c'est pas grave et souvent ça passe .. fin quand on a un p'tit rhume quoi, c'est pas grave .. Parce que c'est un p'tit rhume là je me dis, je vais devoir aller voir le médecin plus régulièrement quoi ...* » (P3).

Lors des voyages, le biomédicament acquérait un caractère discriminant, obligeant l'interviewé à exposer sa vie aux yeux de tous au contrôle douanier : « *Pourquoi tu me fais ça ? Tu vois pas qu'c'est des médocs quoi ! Fin .. Il va falloir encore devoir apporter des justifications sur ce que j'emporte donc .. [...] C'est une atteinte à ma personne en fait... Si encore j'étais malfaisant (rire) je pourrais accepter mais là, pourquoi moi ?* » (P2).

Les informateurs exprimaient une logistique contraignante lors de ces voyages en raison du transport d'un médicament sensible à la chaleur, et de son approvisionnement spécifique lors d'un long voyage. Certains informateurs se sentant parfois même en danger, réfléchissaient à écourter les déplacements de longue distance et de longue durée : « *Ben maintenant je sais que si je voyage c'est un risque, de ne pas trouver le traitement* » (P1) ; « *Bah dans le sens où il faut un protocole et tout ça ! Il faut une dérogation, tout ça pour voyager ! Je peux voyager, mais sur du court terme ! Je peux pas voyager 3 ou 4 ou 5 mois sans voilà ...* » (P6).

Ces différentes perceptions et conceptions du biomédicament amenaient les informateurs à adhérer au biomédicament par différents mécanismes.

#### b. Différents profils d'adhésion thérapeutique

Différents profils d'adhésion thérapeutique étaient perceptibles au fil des entretiens.

##### i. Adhérer par nécessité

L'adhésion au biomédicament par nécessité se ressentait chez les interviewés. Face aux souffrances engendrées par leur pathologie, les patients se sentaient prisonniers de celle-ci et donc dans une impasse.

Les douleurs causées par leur rhumatisme inflammatoire les impactaient dans leur autonomie et dans leur quotidien. Un sentiment d'épuisement prédominait chez certains informateurs : « *Ça m'arrive de .. que j'arrive pas à me lever de mon lit quoi carrément donc euh .. des fois je suis tout seul chez moi .. J'aimerais bien juste me chercher à boire j'arrive pas à bouger quoi ..* » (P1) ; « *je résiste, je résiste je résiste et puis (chuchotte) je peux plus, là je pouvais plus j'avais trop mal en fait ... (silence)* » (P2).

Un retentissement de la maladie sur la vie professionnelle et sociale des informateurs était également constaté au fil des entretiens. Des interviewés rapportaient un sentiment d'isolement. Ils avaient connu de multiples arrêts maladie ou étaient contraints de travailler à temps partiel. Ainsi, ils se sentaient dévalorisés. Leur RIC s'apparentait à un frein pour l'épanouissement personnel et professionnel lors de certains entretiens : « *Vous savez la veille, on fait un match de foot avec les collègues etc je suis en bonne forme, et le lendemain ils comprennent pas que je suis en arrêt maladie parce que ben je suis coincé dans mon lit... Euh...C'est très difficile de supporter aussi le regard des collègues [...] c'est vraiment une souffrance atroce quoi...* » (P1) ; « *Donc là on m'a mis à temps partiel thérapeutique, je travaille trois jours semaine, mais moi ça me pèse parce que je me sens handicapée aux yeux des autres.* » (P2).

Le diagnostic de leur RIC a été vécu par certains patients comme un long cheminement. Certains interviewés ont connu une errance de diagnostic entraînant des souffrances sur plusieurs années. Le biomédicament apparaissait comme la seule solution thérapeutique, une lueur d'espoir de progresser enfin dans le diagnostic et dans la prise en charge de leur pathologie. « *[...] Ça fait 3 ans que j'ai mal, qu'on me dit que j'ai rien ! Ya seulement 6 mois de ça qu'on m'a dit que c'était cette maladie-là, maintenant y'a un nom. Maintenant, il y a un traitement* » (P4) ; « *Ben comme je disais c'était en mode, soit je suis le traitement, soit dans le fond.. Soit on fait rien, et on avance pas vraiment [...]* » (P5).

Chez les patients ayant eu un diagnostic récent, l'initiation de ce biomédicament pouvait les bousculer dans l'acceptation de leur maladie. Ils jugeaient alors l'initiation nécessaire mais rapide.

Cette impasse, à laquelle étaient confrontés les interviewés, poussait parfois les patients à aller à l'encontre de leurs convictions personnelles. A travers leur souffrance, ils n'ont d'autre choix que d'adhérer à ce biomédicament, soulignant ce phénomène d'adhésion par nécessité : « *Voilà .. J'étais prêt à faire l'impossible tellement que j'avais mal, c'est dans cet objectif-là .. (silence)* » (P1) ; « *Parce qu'en fait moi je suis anti-médicament, donc pour moi c'est un réel effort de le faire en fait, j'ai pas le choix donc...* » (P2).

## ii. Adhérer par positivisme

Ce biomédicament constituait un espoir pour les patients. Certains informateurs espéraient être soulagés et obtenir des résultats rapides grâce à ce nouveau médicament ou à minima mieux vivre leur pathologie. L'arrêt de l'évolution de la maladie était la principale motivation évitant ainsi l'apparition de déformations articulaires.

Des interviewés étaient rassurés par l'annonce du biomédicament. Ils étaient aidés par le discours positif des soignants favorisant une adhésion par positivisme. Ils ne se concentraient que sur le côté positif de ce nouveau traitement ce qui facilitait une adhésion par conviction. Ils verbalisaient le besoin de se laisser guider par l'expertise de leur médecin : *« Il était tellement rassurant dans sa façon de me parler que tout ce qu'il m'a dit je l'ai accepté en fait à la première consultation. Et là il est revenu tout à l'heure et il a fait pareil (sourir), il m'apaise en fait. Je sais pas comment dire mais (marque une pause) limite je me sens manipulée. Avec lui, j'accepte tout, c'est quand même bizarre (rire), c'est bizarre c't'historie (rire) (sic). » (P2)* ; *« J'ai entièrement confiance en le docteur (sic) donc si elle décide entre guillemets de changer le traitement c'est qu'il faut le faire quoi ! Je suis pas réfractaire, donc voilà. » (P7).*

D'autres participants se refusaient de voir le côté négatif du biomédicament exprimant le besoin de s'appuyer uniquement sur l'aspect positif pour renforcer un état d'esprit optimiste : *« Je vois que le côté positif en fait, j'ai tellement vu le négatif avant en fait, que maintenant je veux voir que le positif et me dire qu'avec ça, ça peut aller mieux et reprendre une vie normale. » (P4).* Cela allait parfois jusqu'au refus de se documenter. Ils se laissaient le temps de digérer les informations au fur et à mesure de l'évolution de leur maladie : *« Comme chaque personne soignante on est toujours plutôt du côté négatif, on pense tout de suite aux complications, et aux choses qui peuvent arriver de manière négative, donc là je l'ai pas fait. J'ai dit « ne regarde pas, on verra bien ! » Comme ça je me mets pas de barrière, parce que peut être j'aurais dit « j'ai vu que .. », non là j'ai pas regardé [...] » (P2).*

Cet état d'esprit contribuait à souligner l'importance qu'ils accordaient aux mots employés par les professionnels de santé, mais aussi à la cohérence du discours de l'ensemble des professionnels : *« Que tout le monde soit cohérent dans son discours, et pas qu'il y ait quelqu'un qui va dire « ah nan en fait y'a un problème ! [...] on va dire que plus les gens sont du même avis plus ça paraît cohérent quoi (rire) (P5) ».*

L'intégration d'un aidant à l'adhésion thérapeutique participait à ce phénomène d'adhésion par positivisme. L'avis des aidants était sollicité par les interviewés lors de l'initiation de ce biomédicament. Cette personne ressource était parfois professionnel de santé et donc « expert ». Les patients étaient ainsi rassurés à l'idée d'être soutenus dans leur adhésion : *« Tout à fait, elle (ma sœur médecin) aussi elle disait la même chose quoi .. ya pas de risque c'est pas une chimio quoi .. C'est pas .. Voilà » (P1)* ; *« Vers ma fille, elle est médecin... Déjà avant de le commencer d'aller chercher ce médicament, je lui ai demandé « qu'est-ce que t'en penses ? » tout ça ... » (P2).*

L'expérience positive des autres patients était également primordiale dans l'adhésion de certains interviewés. Leur projection dans l'expérience d'autres patients, soulagés grâce à ce biomédicament, les poussait à reconnaître la place du biomédicament dans leur prise en charge : *« Ben ... ces informations ... Y'en a beaucoup qui ont été quand même soulagés par ce traitement. C'est ce qui m'a motivé aussi à accepter le cet euh... ce traitement-là. » (P1)* ; *« Ben que là, les personnes que j'ai vues, et que j'ai parlé (sic), ils avaient que du positif, donc je me dis que ça me donne de l'espoir » (P4).*

La propre expérience des interviewés les aidait parfois à adhérer par positivisme. La connaissance de la voie injectable à travers une autre maladie chronique ou dans le cadre professionnel pouvait renforcer ce phénomène : *« Etant moi-même déjà diabétique donc j'ai l'habitude de m'injecter de l'insuline, donc c'est entre guillemets une piqure de plus dans le process ! » (P7).*

L'adhésion par conviction pouvait être renforcée par le besoin de certains patients de comprendre leur pathologie et le mécanisme d'action du médicament.

### iii. Comprendre pour adhérer

Certains patients exprimaient le besoin d'assimiler l'intérêt du biomédicament pour y adhérer : « *en fait si j'ai bien compris c'est que .. c'est les TNF ... les TNF ... euh il faut démunir leur production pour que la réaction de mon corps soit adéquate et que je m'attaque pas à mes propres euh.. à mon propre corps* » (P1).

Ce sentiment de maîtrise de tous les éléments se rapportant au biomédicament renforçait leur adhésion : « *Moi j'ai l'impression plus je sais, plus j'ai d'éléments sur euh.. par exemple sur ce biomédicament, mieux je vais l'accepter.. Parce que je pense que j'aurais tout bien verrouillé, après c'est un état d'esprit.* » (P2) ; « *Celui-là (le biomédicament) je l'ai plus accepté parce que j'ai posé différentes questions au médecin* » (P6).

Les interviewés s'étaient documentés après l'annonce de l'initiation du biomédicament. Cette documentation leur permettait d'avoir des connaissances sur le biomédicament avant leur venue en HDJ. Ils s'étaient renseignés sur son efficacité. Certains s'étaient documentés en « un clic », en effectuant leur recherche sur internet, dans le but de comprendre ce qu'était le biomédicament, ce qu'il contenait et son mécanisme d'action : « *Oui euh.. Euh oui j'ai vu des expériences sur des groupes Facebook® que y'avait (sic). Qu'il y avait du positif, qu'il y avait une amélioration je dirais.* » (P4) ; « *Juste regarder les anti TNF, ce que ça faisait en gros. Quand il m'en a parlé une première fois à l'hôpital, quand j'étais hospitalisé . [...]. Juste regarder ce que fait un anti TNF et à quoi ça sert ? [...] ben sur internet !* » (P5).

Une diversité de sources internet émergeait au fil des entretiens. Parfois, il s'agissait de sources scientifiques ou d'associations de malades : « *Je me suis inscrit aussi à une association aussi pour avoir les informations, aussi des séminaires en ligne* » (P1) ; « *[...] c'est à cause de mes études j'ai l'habitude de faire des recherches scientifiques donc euh.. Ben oui, ça me dérange pas de lire un document scientifique avec des stats, je vais pas avoir de difficultés à comprendre à peu près ce qu'il se passe quoi. Et ça me dérange pas... Et puis pour voir le principe actif après, c'est pas trop compliqué quoi ...* » (sic) (P5).

D'autres informateurs rapportaient la consultation de sources moins robustes et faisaient part de la difficulté qu'ils avaient à faire le tri des informations : « *C'est compliqué de faire la part des choses des deux. Mais euh.. en regardant plusieurs sites en fait, si ils disent la même chose donc là c'est à prendre, voilà c'est .. euh...* » (P4) ; « *Ah sur google ! Biothérapie, et puis différents articles tout simplement ! En se méfiant bien sûr de ce qu'il est écrit, dans l'idée où forcément y'a des choses pires au monde qui puissent exister etc donc ! En y mettant un peu d'eau dans mon vin, et puis voilà surtout ! L'idée étant de savoir grosso modo à quoi ça ressemblait, c'que ça voulait dire etc ! Voilà tout simplement !* » (P7).

L'appui d'une personne ressource permettait de conforter ce phénomène d'adhésion par la compréhension. Cette personne ressource s'apparentait au médecin généraliste ou à leur entourage aidant : « *Quand j'ai eu l'ordonnance de l'hôpital, en fait il (médecin traitant) connaissait déjà tous ces traitements-là. [...] Partout il suit l'actualité médicale euh etc.. Donc je me réfère tout le temps à lui.* » (P1) ; « *l'information j'appelle ma sœur qui est infirmière aussi pour lui demander « est ce que y'a un endroit, où tu sais... ou est-ce que t'as l'information sur tel médicament quoi » ?* » (P5).

Les explications données par les soignants lors de L'HDJ répondaient également à ce besoin de compréhension des patients. La connaissance des risques et des bénéfices permettait aux patients d'accéder à l'évaluation d'une balance bénéfique/risque : « *Mais c'est .. je pense que dans tous les traitements y'a un côté bénéfique, et un côté .. négatif en fait* » (P7). La compréhension des mécanismes d'actions permettait parfois d'apporter une cohérence aux conduites à tenir énoncées en HDJ : « *Concrètement, c'est pas non plus des .. on va dire c'est des conduites à peu près logiques, juste faire une peu plus attention* » (P5).

A travers cette volonté d'informations, les participants soulignaient le sentiment de ne pas expérimenter un nouveau traitement. Ils comprenaient que le biomédicament était sur le marché depuis longtemps : « *Je voulais qu'il y ait le recul sur le marché du médicament, pour me l'administrer* » (P2) ; « *c'est quelque chose qui existe a priori depuis longtemps donc c'est pas une nouvelle technologie où là on pourrait être plus réfractaire sur la nouveauté* » (P7).

### 3) Ressenti des patients sur leur besoin en information sur le biomédicament

#### a. Vécu sur les informations reçues sur le biomédicament

Les entretiens débutaient par le recueil du ressenti des patients suite aux informations données lors du process d'initiation du traitement. Le sentiment d'être rassuré et en confiance était partagé par les interviewés. Ils ne semblaient pas être réfractaires à l'initiation de ce nouveau traitement : « *Ben j'suis rassurée ..euh .. Parce que tous les acteurs sont venus à ma rencontre, et m'ont expliqué et m'ont donné des informations complémentaires.* » (P2) ; « *Non y'a aucune réticence à ça ! Tout semble... après on verra avec le temps comment ça se passe quoi, et comment réagit le corps mais à partir de là, au jour d'aujourd'hui non ! Totalement confiant !* » (P7).

Le fait de réaliser la première injection lors de la consultation avec l'IDE favorisait ce sentiment de sérénité chez les informateurs. Elle permettait aux interviewés d'être en autonomie vis-à-vis de l'injection à leur retour au domicile : « *Ouais ça m'a rassuré de faire la première injection avec l'infirmière, c'est moi qui l'ai faite, elle m'a bien expliqué ! Mais en fait oui ça me rassure, parce qu'après je suis toute seule à la maison [...]* » (P6).

Ils se sentaient suffisamment informés en HDJ et faisaient part d'un niveau d'information optimal : « *Ah, oui, oui ! Pour moi c'est suffisant en tout cas ! Par rapport à .. Pour faire le nécessaire, pour l'instant oui ! J'ai pas besoin de complément d'information !* » (P7).

D'autres informateurs exprimaient le sentiment cependant d'avoir été submergés d'informations : « *Donc c'est vrai que toutes ces informations d'un coup ! Je me suis dit « ah ouais, y'a beaucoup de chose en vrai ! » Mais ça va !* » (P6).

Pour certains participants, leur venue en HDJ permettait de répondre à leurs interrogations. Les consultations avec le rhumatologue et l'IDE complétaient les informations qu'ils détenaient avant leur venue en HDJ : « *Et que internet, ne m'a pas dit non plus. Mais que la dame m'a dit en fait ! C'est pour ça que c'est bien d'avoir un premier rendez-vous en hôpital de jour en fait. Ça donne plus d'informations.* » (P4) ; « *Disons que là j'ai toutes les informations qu'il faut, et j'ai même plus que ce que le pharmacien m'avait donné au début forcément* » (P5).

Si les patients se sentaient suffisamment informés à l'issue de l'HDJ, certains questionnements ressortaient lors des entretiens.

#### b. Demeurer dans le flou malgré l'HDJ

Certains informateurs se voyaient dans l'obligation d'effectuer leurs propres recherches pour répondre à leurs interrogations : « *Oui pour moi c'est primordial quoi, parce que ya quand même un flou, ya quand même un manque d'informations et de précisions sur les euh.. démarches, les possibilités et les cas possibles* » (P1).

La notion de traitement chronique restait imprécise pour certains interviewés. Au-delà de l'efficacité du traitement, se posait la question de la durée du traitement du fait de ne pouvoir définir s'il s'agissait d'un traitement chronique ou aigue : « Est-ce que par exemple c'est un traitement que j'aurais à vie ou pas ? [...] Ok.. Parce pour moi.. Que là, elle m'a donné 4 piqûres euh.. Parce que en fait on en a pas parlé avec lui (le rhumato) donc euh ... [...] » (P4) ; « Voilà, après je sais pas combien de temps je devrais le prendre, est ce que c'est à vie, pas à vie ? » (P6).

D'autres participants s'interrogeaient sur la composition du biomédicament : « *Par contre, je sais pas ce que c'est à l'intérieur quoi, ce qui a à l'intérieur. Si c'est de la cortisone si c'est autre chose fin je sais pas j'ai pas posé la question quoi ...* » (P3).

La logistique du biomédicament dont sa conservation notamment lors des voyages était appréhendée par certains interviewés : « *Déjà faut que je pose la question par rapport au transport là* » (P1) ; « *Ben là c'est plutôt la conservation du médicament quoi .. Pour l'instant je le mets au frigo ! Si je le transporte, pendant combien de temps je pourrai le garder hors du frigo etc ? Ça je sais pas trop...* » (P3).

L'approvisionnement du biomédicament lors de voyages de longue durée demeurait également une inquiétude : « *Mais des fois, je voyage plus d'un mois donc euh.. les pharmaciens vont me prescrire qu'un mois ? Pas plus qu'un mois ! Donc faut avoir une dérogation c'est ça ?* » (P6).

Certains participants se posaient la question de l'ancienneté du traitement sur le marché : « *Je sais pas il existe depuis combien de temps ce traitement ?* » (P6).

La conduite à tenir en cas de survenue de grossesse restait méconnue par certaines informatrices : « *Est-ce que pour une éventuelle grossesse ça pose problème par rapport ? Ça par exemple, j'ai pas posé la question, donc ça je sais pas.* » (P6).

c. Perception et conception du rôle du pharmacien dans la transmission d'informations sur le biomédicament

i. *Pharmacien hospitalier*

Certains participants identifiaient le pharmacien hospitalier comme un professionnel de santé pouvant pallier leur besoin d'informations sur certaines thématiques. Le projet de mise en place d'un entretien pharmaceutique au sein de l'HDJ lors de l'initiation d'un biomédicament était expliqué par le chercheur lors de la présentation de l'étude. Les participants étaient interviewés sur le rôle potentiel du pharmacien hospitalier en HDJ et sur les questions qu'ils lui poseraient lors de cet entretien pharmaceutique.

Le pharmacien hospitalier apparaissait comme le connaisseur de la pharmacologie de la molécule, reconnu ainsi comme étant l'expert du médicament. Il connaissait et maîtrisait ainsi ses effets indésirables et était ainsi apte à informer le patient en toute transparence : « *La première question qui me vient en tête, je demanderais au pharmacien (hospitalier), je sais pas si il saura me répondre mais : est-il vrai qu'avec le biomédicament on peut déclencher un lymphome ? Par exemple, Ça c'est ma hantise, ça j'en veux pas* » [...] *je pense que lui, par rapport à la molécule il doit savoir en fait pourquoi on développe un lymphome avec ce biomédicament* » (P2).

Cette connaissance des effets indésirables lui conférait un rôle de contrôle de la tolérance à distance de la venue des patients en HDJ. Certains participants expliquaient que cette tolérance était souvent appréciée par le pharmacien de ville à chaque dispensation du traitement. Estimant le biomédicament comme étant un traitement lourd, ils jugeaient ce suivi mensuel trop tardif suite à l'initiation du biomédicament : « *Je peux pas voir le médecin, donc pourquoi pas euh.. tout de suite appeler le pharmacien (hospitalier) et dire « bah écoutez j'ai des rougeurs au niveau de la zone, est ce que c'est normal ? euh.. ben .. j'ai mal là est ce que je dois continuer mon traitement ?" comment ça se passe ? si vraiment j'ai pas d'autres alternatives ouais ! [...]* » (P6).

Distingué par sa disponibilité, le pharmacien hospitalier était jugé plus libre pour prodiguer des conseils. Le rhumatologue se concentrant sur la maladie et la clinique du patient, était moins disposé à parler de l'aspect pratique du biomédicament : « *Il (le pharmacien hospitalier) est pour euh.. la vie de tous les jours quoi !.* » (P4).

Le pharmacien hospitalier était ainsi en mesure de dispenser des conseils pour l'organisation du quotidien, sur l'alimentation par exemple : « *(Pourquoi le pharmacien hospitalier en particulier ?) Oh (soupon) Je sais pas. Bon avec le rhumato on parle de la maladie, du médicament etc. Euh .. Je sais pas s'ils sont posés sur la diététique, c'est quand même un autre métier. Et quand on commence à parler diététique, on peut en avoir pour une heure. Soit on dit vous avez ça, et vous évitez le sel gras et point barre. Sinon, au niveau conseil c'est plutôt.. il faut prendre son temps quoi* » (P3).

Il était également identifié comme étant le professionnel apportant une aide en cas de doute sur le schéma d'administration « *(Si vous rencontreriez le pharmacien de l'hôpital là actuellement, qu'est-ce que vous lui poseriez comme question ?) Est-ce que... Bah par exemple, avoir des informations sur le traitement, est ce que .. par exemple si je rate un jour euh... est ce que je peux le prendre quand même ? Est-ce que je dois décaler la journée, euh.. en fonction de ce que j'ai raté ?* » (P6).

Il était aussi considéré comme une alternative en cas d'indisponibilité du médecin traitant ou du rhumatologue car plus libre pour répondre aux questions du quotidien.

Les interviewés étaient interrogés sur le potentiel rôle du pharmacien hospitalier en HDJ. Un rôle de répétiteur était consacré au pharmacien hospitalier par certains interviewés. La répétition des informations transmises par différents professionnels de santé apparaissait primordiale dans l'acquisition des connaissances sur le biomédicament pour les participants. Face à la multitude d'informations données lors de l'HDJ, certains patients craignaient d'oublier certaines instructions. Cette répétition permettait donc de retenir l'information plus aisément tout en rassurant le patient, à la fin du processus de l'HDJ, par une synthèse de toutes les informations données par l'ensemble des professionnels de santé : « *Disons que ça (l'entretien pharmaceutique) peut être opportun oui, si on oublie une information, si elle est répétée y'a moins de chance qu'on oublie oui (rire). De refaire un petit point et d'être sûr de ne pas avoir oublier un truc, donc oui ça peut être opportun !* » (P5).

L'entretien pharmaceutique était vu comme une nouvelle opportunité de poser des questions pour les interviewés. Cet entretien leur permettait d'avoir un temps d'écoute supplémentaire. Lorsque les informateurs identifiaient des interrogations

destinées au pharmacien hospitalier, ils étaient interviewés sur la raison. Ils expliquaient qu'ils n'avaient tout simplement pas pensé à cette interrogation auparavant : « euh ... et on pense pas tout de suite à toutes les questions possibles et imaginables quoi : c'est un peu .. pour ça c'est bien (l'entretien pharmaceutique) .. » (P3) ; « Parce qu'elle (la question) n'est pas venue en tête ! Si elle était venue en tête j'en aurais parlé » (P4).

Ainsi, certains patients ne distinguaient pas l'expertise des professionnels de santé au sein de l'HDJ « Pour moi, ya aucune distinction du moment qu'ils (le pharmacien, le rhumatologue et l'IDE) sont là pour nous écouter » (P4).

A l'issue de l'entretien, le projet de dispensation par le pharmacien d'un document de synthèse des informations sur le biomédicament était évoqué par le chercheur. Il s'agissait de recueillir le ressenti des patients quant à l'intérêt de ce document. Lors de la consultation avec l'IDE, plusieurs supports issus de laboratoires pharmaceutiques sont utilisés et donnés au patient. Les patients exprimaient l'intérêt d'un résumé évitant la multiplicité de longs documents. Ce résumé identifié parfois comme un pense bête, leur permettait selon eux de synthétiser les informations principales et de leur préserver une certaine autonomie. Il constituait également un support de transmission d'informations à leur entourage. « C'est plus dans cette idée-là, c'est avoir effectivement un pense bête, si un moment on a un doute ou quoi que ce soit euh.. Plutôt qu'à la rigueur bah décider d'appeler le docteur pour répondre à la petite question que je vais trouver sur mon pense bête quoi » (P7).

Les informateurs étaient également interviewés sur la pertinence de la temporalité de l'intervention pharmaceutique. L'entretien pharmaceutique n'était à leur sens, pas opportun avant la venue en HDJ car complémentaire aux informations apportées par l'IDE et le rhumatologue. Il n'était jugé pas intéressant non plus au décours de la prise en charge en HDJ. Les patients identifiaient le pharmacien de ville comme étant un professionnel de santé plus proche du domicile, avec une expertise semblable au pharmacien hospitalier. Ainsi, chez les interviewés jugeant l'entretien pharmaceutique nécessaire, la meilleure temporalité de l'entretien pharmaceutique restait lors de l'HDJ.

A contrario, certains participants ne voyaient pas l'intérêt d'un entretien pharmaceutique. Ce désintérêt s'illustrait parfois par l'absence d'interrogation de la part des interviewés. L'assimilation de l'expertise du pharmacien hospitalier à celle du pharmacien de ville expliquait parfois ce phénomène. Ils considéraient que le pharmacien hospitalier n'apporterait pas plus d'informations que leur pharmacien de ville qu'ils pouvaient solliciter au décours de l'HDJ.

## *ii. Pharmacien de ville*

Avant leur venue en HDJ, les patients se rendent en pharmacie de ville en vue de la dispensation du biomédicament. Lors des entretiens, ils étaient interviewés sur les interactions qu'ils avaient avec leur pharmacien de ville au sujet du biomédicament ou de leur pathologie. Le pharmacien officinal apparaissait fondamental dans l'adhésion au biomédicament pour certains informateurs. Ils leur avaient d'ores et déjà fait part de leurs inquiétudes en lui demandant son avis : *« Je lui ai dit « vous savez je vais avoir ça comme bithérapie (sic) ! » Et je lui ai dit, « c'est peut-être pas le bon moment pour le commencer, qu'est-ce que vous en pensez ? (...) Et il avait l'air de bien le connaître, il m'a plutôt rassurée en fait. » (P3).*

Après leur sortie d'HDJ, certains participants prévoyaient de se tourner vers leur pharmacien officinal pour pallier leur manque d'informations en HDJ. Par exemple, ils comptaient sur lui pour solutionner l'approvisionnement du biomédicament en cas de longs voyages *« Ce qui peut être serait peut être intéressant pour les patients .. C'est que les pharmaciens (officinaux) puissent proposer des solutions concernant cette logistique, pour ces gens, pour ce type de maladie .. Qui doivent être transportées » (P1).*

Le principal rôle attribué par les patients restait surtout d'être le garant de la bonne mise à disposition du biomédicament : *« Je pense que le pharmacien (officinal) son métier premier c'est de faire .. de mettre à disposition les médicaments tout prêt du patient donc du coup c'est des solutions à explorer sur le plan logistique » (P1).*

Le pharmacien officinal était également identifié par certains informateurs comme étant un professionnel de santé de proximité disponible. Il était à leurs yeux le correspondant privilégié en l'absence de disponibilité du médecin traitant ou du

rhumatologue pour avoir des informations sur leur traitement. Ils avaient également déjà sollicité le pharmacien de ville au sujet de leur automédication.

Le pharmacien officinal à l'image du pharmacien hospitalier était perçu comme étant l'expert du médicament. Des interviewés vérifiaient l'absence d'interaction médicamenteuse et la possibilité d'ouverture des gélules auprès de leur pharmacien de ville. Ils l'interrogeaient régulièrement sur les modalités de prises des médicaments.

D'autres informateurs regrettaient au contraire l'absence d'interaction avec leur pharmacien de ville. La justification avancée était l'absence de confidentialité au sein de l'officine les freinant à évoquer leur maladie et leurs interrogations : « *Parce que déjà il y avait du monde dans la pharmacie, et puis euh.. Ça regarde que moi.. (...) Mais je voulais pas discuter devant les autres... Parce qu'on entend tout* » (P2) ; « *ça va pas regarder le client qui est derrière, ce que j'ai, ce que je fais voilà.* » (P4).

D'autres participants reprochaient la multiplicité des interlocuteurs présents au sein de l'officine. L'impossibilité de bénéficier d'un interlocuteur unique semait le doute sur la capacité du pharmacien officinal à maîtriser pleinement leur dossier : « *Mais en fait les pharmaciens sont différents, donc je peux avoir l'un ou l'autre. Donc je demande ce qui faut que je demande (sic) et je prends, puis je m'en vais (...)* Avoir toujours la même personne, je suis comme ça ! J'aime pas le changement, je suis une personne qui est très déstabilisée quand il y a du changement ...» (P6). En ce sens, le pharmacien hospitalier était identifié comme un potentiel pharmacien « attitré » par certains interviewés.



## DISCUSSION

### 1) Critique de la méthode

#### a. Choix de l'étude qualitative

L'objectif de ce travail était d'explorer les besoins en informations des patients atteints de RIC sur leur traitement lors de l'initiation d'un biomédicament. Les études qualitatives permettent d'explorer de manière approfondie la perception des personnes interviewées sur un sujet précis, leurs croyances, leurs comportements et leurs regards sur cette nouvelle situation (initiation de biomédicament) dont ils sont acteurs. Ces données sont en effet difficilement exploitables par le biais d'études quantitatives fondées sur un raisonnement déductif à partir d'une problématique et d'une ou plusieurs hypothèses de départ. L'étude qualitative permet donc de donner du sens à un phénomène, à partir de l'expérience de ceux qui la vivent. (17,18)

#### b. Choix de la méthode de recherche qualitative et de recueil

La méthode d'analyse inspirée de la théorisation ancrée s'intéresse plus particulièrement aux interactions sociales entre les individus. Les patients constituent un groupe d'acteurs partageant une expérience commune (initiation d'un biomédicament) impliquant les interactions avec leur environnement et ses différents intervenants tels que rhumatologues, pharmaciens, infirmiers et entourage personnel. La méthode d'analyse inspirée de la théorisation ancrée consiste en une restitution fidèle du vécu des interviewés (ancrage) permettant la compréhension du phénomène étudié (théorisation) par une mise en relation constante des données de terrain. (17,18)

L'étude qualitative inspirée de la théorisation ancrée est tout à fait adaptée pour répondre à notre question de recherche : Quel est le vécu des patients vis-à-vis des informations dont ils ont bénéficié lors de l'initiation de leur biomédicament ? Quels sont ainsi leurs besoins en termes d'informations/renseignements vis-à-vis de leur nouveau traitement par biomédicament ?

Les entretiens ont été menés de manière individuelle afin d'obtenir plus de précisions de la part du participant et de s'affranchir de l'effet d'autocensure qui peut exister lors des entretiens collectifs. L'entretien semi-compréhensif permet de laisser place à la parole des acteurs sans diriger le discours.

Le chercheur s'est basé sur la méthode de Jean Claude Kaufmann, basée sur l'empathie, la prise de distance, l'engagement de l'enquêteur et l'écoute attentive. Cette méthode permet ainsi de libérer la parole de l'informateur, et de renforcer le principe de neutralité du chercheur. (17,18)

#### c. Première expérience en étude qualitative

Pour le chercheur, il s'agissait de la première expérience en étude qualitative. Malgré une formation initiale sous forme d'e-learning et de consultations d'ouvrages méthodologiques, le chercheur manquait d'expérience en termes de conduite d'entretien et d'analyse. La triangulation avec une psychologue clinicienne chargée de recherche et le directeur de thèse tous deux formés en étude qualitative a limité le retentissement sur la qualité de l'étude. Le suivi des critères COREQ et de la grille RATS a renforcé la validité scientifique de ce travail.

#### d. Posture du chercheur et présentation de l'étude

Le chercheur en se présentant en qualité d'interne en pharmacie hospitalière auprès des participants, a peut-être été perçu par ces derniers comme étant intégré à l'équipe soignante de l'HDJ. Cela a éventuellement influencé leur propos quant à leur vécu durant l'HDJ et sur leurs attentes vis-à-vis du pharmacien. Les *a priori* du chercheur ont été établis au préalable afin de conduire les entretiens semi-compréhensifs de manière optimal. Les phénomènes observés ont ainsi été recueillis sans tenir compte des idées préconçues du chercheur.

L'étude a été présentée par le rhumatologue ainsi que par l'IDE lors des différentes consultations, ce qui a probablement eu une répercussion sur les discours des patients. Le fait d'insister auprès des patients sur la retranscription anonymisée des entretiens a pu restreindre cet impact.

#### e. Entretien et enregistrement

L'ensemble des entretiens s'est déroulé au sein de l'HDJ. Le milieu hospitalier a éventuellement eu un retentissement sur la parole de l'informateur. Le non-port de blouse blanche par le chercheur à partir du troisième entretien et la réservation d'une salle au préalable a probablement favorisé la libération de la parole. Les entretiens ont été réalisés dans la foulée juste après la consultation avec l'IDE et le rhumatologue. Les informateurs ont pu ainsi rencontrer des difficultés pour se

remémorer et se replonger sur leur prise en charge en HDJ. Le guide d'entretien a aidé à recentrer le propos sur le sujet étudié et certaines thématiques.

Les informations sur le biomédicament venaient d'être transmises aux informateurs par le rhumatologue et l'IDE. Le besoin en information exprimé par les participants aurait pu être différent quelques temps après leur passage en HDJ. Ils auraient pu « digérer » la multitude d'informations reçues en peu de temps.

Aucun n'informateur n'a demandé à relire ni à modifier la retranscription de leur entretien malgré cette possibilité évoquée lors de la présentation de l'étude.

#### f. Echantillonnage

Le recrutement s'est fait selon la méthode d'échantillonnage raisonné théorique. Il était orienté par la théorie, au fur et à mesure de son émergence. Une fois l'analyse ouverte et axiale réalisée sur l'entretien, des hypothèses intermédiaires émergeaient qui aidaient à recruter les patients suivants. Il n'y a donc pas eu d'*a priori* sur l'ensemble des caractéristiques des participants de l'étude. La saturation des données a été atteinte. L'échantillon était hétérogène en termes d'âge, de sexe, du type et d'année de diagnostic de RIC, du suivi par un rhumatologue de ville ou hospitalier et de catégories socio-professionnelles. La suffisance de diversité des phénomènes étudiés a également été constatée. Après le 7<sup>e</sup> entretien, aucune information ne permettait l'émergence de nouvelles catégories conceptuelles. Celles-ci permettant de construire le modèle explicatif ont été complètement caractérisées par leurs propriétés. L'absence de nouveaux phénomènes à explorer suspectée dès le 6<sup>e</sup> entretien s'est confirmée lors de la triangulation du dernier entretien. Cela a permis au trinôme triangulant de conclure à la saturation des données suite à ce 7<sup>e</sup> entretien.

## 2) Autour des résultats

### a. Rôle du pharmacien hospitalier dans l'optimisation des informations transmises sur le biomédicament

Si un sentiment d'être rassuré et confiant était exprimé par les interviewés à la fin de la prise en charge en HDJ, certains d'entre eux demeuraient tout de même dans le flou sur certains points.

#### *i. Un expert du médicament*

Le pharmacien identifié comme réel expert du médicament, semblait être indispensable pour certains interrogés. Si certains auteurs suggèrent l'intégration du pharmacien hospitalier dans l'éducation des patients atteints de RIC (19–22), très peu d'études n'évaluent clairement son impact sur l'adhésion thérapeutique du patient au biomédicament (23). Une étude a démontré un impact positif sur les connaissances des patients atteints de RIC trois mois après une consultation pharmaceutique (24).

Les interviewés identifiaient ici le pharmacien comme étant l'expert du médicament. Ils attendaient une information pharmacologique sur le biomédicament de la part du pharmacien en HDJ. Cette information détaillerait la composition et le mode d'action du traitement répondant ainsi au besoin de compréhension de certains patients. Une information des effets indésirables à court terme, mais surtout à long terme était également plébiscitée. Un suivi de la tolérance par le pharmacien hospitalier était également évoqué par certains interviewés. Il s'agirait de vérifier l'absence d'apparition d'effets indésirables dans les semaines suivant les premières administrations.

Le pharmacien hospitalier est également apparu tout comme son confrère officinal comme étant un expert de la logistique du médicament. Une information sur la conservation et les modalités de prise était également souhaitée. Une aide du pharmacien hospitalier était attendue concernant l'approvisionnement du traitement lors de longs voyages. Cette aide doit nécessairement être apportée en lien étroit avec le pharmacien de ville, dispensateur du biomédicament.

L'entretien pharmaceutique, tel que défini par la SFPC permettrait de répondre à l'ensemble des besoins évoqués par les patients (16,25). La place de l'entretien pharmaceutique au sein de l'HDJ est ainsi tout à fait justifiée par les différents besoins évoqués par les informateurs.

### *ii. Un répétiteur potentiel*

Certains informateurs craignaient d'être submergés face à la multitude d'informations transmises au cours de la prise en charge en HDJ. Le pharmacien était perçu comme un potentiel répétiteur des principales informations à retenir. Des auteurs recommandent également que la démarche d'information soit réalisée de manière répétée par plusieurs professionnels de santé (IDE, pharmacien notamment) (19). La succession des différentes consultations des professionnels de santé paraissait par conséquent appropriée pour créer de nouvelles opportunités aux patients de poser des questions. L'entretien pharmaceutique était perçu par certains participants comme une nouvelle occasion de s'informer et d'aborder leurs interrogations. La multiplicité des professionnels de santé intervenant en HDJ répond donc à ce besoin.

### *iii. Un professionnel de santé disponible*

Le pharmacien hospitalier semblait plus disponible aux yeux des participants que le rhumatologue pour dispenser des conseils pour gérer le quotidien du patient. Certains informateurs appréhendaient l'intégration du biomédicament dans leur quotidien. Le rhumatologue concentrant ses informations sur le biomédicament et la clinique du patient, disposait de très peu de temps pour aborder ces items. De même, l'IDE prodiguant des conseils centrés sur l'administration du biomédicament ne semblait pas répondre totalement à ce besoin. Selon les informateurs, le pharmacien hospitalier pourrait compléter les informations transmises par des conseils hygiéno-diététiques afin d'aider les patients dans leur quotidien.

Ils demandaient également à pouvoir disposer des coordonnées du pharmacien hospitalier en cas d'interrogation lors d'indisponibilité du rhumatologue ou du médecin généraliste. Lors de certaines activités de pharmacie clinique, les pharmaciens hospitaliers ont pour habitude de laisser à disposition un numéro de téléphone afin que le patient puisse les contacter. Cette possibilité ne doit néanmoins

pas se substituer aux interactions entre professionnels de santé de ville et les patients. L'intégration des professionnels de ville aux activités de pharmacie clinique intra-hospitalières est indispensable. Un courrier pharmaceutique précisant le déroulé de l'intervention pharmaceutique doit être systématiquement adressé au pharmacien d'officine et au médecin généraliste afin d'assurer une bonne coordination ville-hôpital.

L'intervention d'un pharmacien au sein de l'HDJ constituait un moteur pour la bonne transmission de l'information selon les participants. L'effet escompté était la réduction des craintes résiduelles vis-à-vis du biomédicament. Se distinguant par leur vécu, les informateurs ne semblaient néanmoins pas avoir le même besoin en information. L'information dispensée doit être ainsi la plus personnalisée possible selon le profil des patients.

#### b. Vers un entretien pharmaceutique optimisé

##### *i. Une approche personnalisée indispensable*

Bien qu'il existe des questionnaires évaluant l'adhésion thérapeutique du patient (Compliance Questionnaire of Rheumatology, Morisky-Green) dans le cadre des RIC, les besoins réels des patients en termes d'informations thérapeutiques ne semblent pas suffisamment étudiés dans la littérature. Ces questionnaires ne semblent pas adaptés à chaque patient et ne sont pas toujours validés en rhumatologie (26). Une étude mettait en évidence la discordance des niveaux d'adhésion thérapeutique obtenus par ces questionnaires chez certains patients (27). Un questionnaire, le Biosecure, évaluant les connaissances et les capacités d'auto-injection des patients traités par biothérapies a été mis en place par la SFR mais n'évalue pas l'adhésion médicamenteuse (28).

Les données bibliographiques disponibles restent le plus souvent attachées à la quantification du phénomène et se révèlent peu descriptives des facteurs intimes associés à l'adhésion médicamenteuse. Les croyances, les craintes et les motivations des patients sont très peu explorables à l'aide de ces questionnaires. En 2014, dans une revue de la littérature traitant des peurs et croyances des patients suivis pour PAR ou SPa, seules 6 sur 151 références retenues analysaient les peurs et croyances des patients et montraient leur influence sur l'observance (29). Il est ainsi pertinent de recueillir le besoin en information des patients lors de l'initiation de

leur biomédicament au préalable du démarrage des consultations pharmaceutiques. Ce recueil permet d'optimiser l'intervention pharmaceutique qui sera mise en place auprès des patients.

Plusieurs déterminants dans l'adhésion thérapeutique sont décrits dans la littérature. Il convient d'en tenir compte lors des entretiens avec les patients.

- *S'adapter à l'histoire de la pathologie du patient*

Les répercussions de la maladie sont susceptibles d'interférer avec les processus d'adaptation du patient autant sur le plan cognitif, comportemental qu'émotionnel avec un impact direct sur l'adhésion thérapeutique (9). Dans cette étude, l'impasse face à laquelle se trouvaient certains interviewés les poussait à adhérer au biomédicament, décrivant ainsi un phénomène d'adhésion par nécessité. Néanmoins, certaines études expliquaient que l'absence de symptômes ou d'une gêne fréquente posait la question de la nécessité du traitement et pouvait fragiliser l'adhésion du patient au traitement (13). Lors des entretiens, l'absence de douleurs chez les interviewés ne semblait pas être un frein lors de l'initiation du biomédicament. Ils étaient motivés par l'arrêt de l'inflammation et par l'évitement des déformations de leurs articulations afin d'agir sur l'évolution de leur maladie. Les motivations et les freins semblent dépendre du vécu de chacun. Il convient alors de les explorer lors de l'entretien pharmaceutique, ceux-ci influant sur l'adhésion thérapeutique.

Certains auteurs suggéraient également que les peurs et les croyances des patients évoluaient au fil du temps. Ils proposaient une modélisation de celles-ci selon le statut de prise en charge de la maladie. Ils évoquaient également une évolution des croyances selon l'évolution de la maladie. Les craintes et croyances différaient entre le diagnostic de la maladie et la période évolutive (30). La prise en compte de ce statut de prise en charge de la maladie semble ainsi indispensable lors de la communication avec le patient durant l'entretien pharmaceutique.

- *S'adapter au mécanisme d'adhésion des patients*

Selon Gatti et al, la «connaissance» ou savoir théorique de la maladie et des traitements, contrairement aux représentations des soignants, n'a cependant pas été identifiée comme un déterminant incontournable de l'adhésion (31). La méconnaissance peut être choisie comme mécanisme de défense, de mise à

distance par le patient, en estimant que le « strict minimum » suffit pour gérer au quotidien son traitement. Ceci peut démontrer un besoin de faire confiance aux experts. Ce mécanisme a été observé chez les informateurs adhérant par positivisme. Ces derniers préféraient ne retenir que le versant positif du biomédicament. Son instauration pouvait néanmoins bousculer le patient dans l'acceptation de sa maladie. Certains participants exprimaient le besoin de se donner le temps de « digérer » les informations afin de les assimiler au fil de leur avancement dans l'acceptation de leur maladie. Il semble une nouvelle fois primordial de s'appuyer sur l'expérience et le vécu du patient lors de l'entretien pharmaceutique.

- *S'adapter à la conception et perception du traitement par le patient*

Le traitement, autre déterminant de l'adhésion thérapeutique peut avoir un impact sur l'adhésion du patient. La fréquence de prise, les contraintes de prises (voie d'administration, influence alimentaire, le stockage ...) sont des éléments pouvant interférer sur l'adhésion. Lors de l'élaboration des fiches à destination des patients, un encart sur la forme injectable était réservé. Il s'agissait de rassurer le patient sur cette forme galénique. Ces fiches ont été établies sur la base de l'expérience de terrain des rhumatologues et de l'IDE en HDJ. Cette forme sous-cutanée semblait pourtant être un facteur d'adhésion au biomédicament lors des interviews. Ceci était justifié par la fréquence diminuée des administrations vis-à-vis de la voie orale, une garantie de meilleure efficacité ou encore un risque moindre d'effets indésirables.

Autre phénomène, l'initiation de ce biomédicament marquait l'occasion de mettre fin à une polymédication ressentie par les informateurs. Dans une étude qualitative sur le traitement médicamenteux, les patients exprimaient également ce sentiment de « ras le bol » d'excès de prise de médicaments. Le passage au biomédicament était vécu comme une simplification de leur prise en charge (32). Ce sentiment était également retrouvé chez les interviewés. Le biomédicament était idéalisé et perçu comme un traitement dissocié des traitements symptomatiques. En cela, il conviendra de bien définir avec le patient la distinction entre traitement de fond et symptomatique souvent mal maîtrisée par les interviewés. La notion de traitement de fond doit également être associée à la définition du traitement chronique.

Les interviewés étaient en attente d'une efficacité rapide du biomédicament. Le pharmacien hospitalier doit ainsi également insister sur l'existence d'un délai de réponse auprès des patients. Il convient donc de préciser au patient de ne pas juger trop vite de l'efficacité de leur biomédicament. Mullican. et al. suggèrent une information pharmaceutique insistant sur ce délai de réponse. (33)

Il semble également adéquat d'échanger avec les patients sur leur conception des médicaments car celle-ci peut expliquer certains comportements. Afin de personnaliser au mieux l'entretien pharmaceutique, ces différentes croyances doivent être recherchées. Il paraît difficile de centrer uniquement l'entretien pharmaceutique sur le biomédicament car la conception du médicament en général peut avoir un impact sur l'ensemble du traitement. Lors des entretiens, certaines « dérives » ont été communiquées par les patients, telles que des achats d'automédication sur internet. Il est primordial d'analyser l'ensemble des pratiques des patients. Centrer l'entretien pharmaceutique uniquement sur le biomédicament expose au risque de passer à côté d'informations cruciales à transmettre au patient pour lui garantir une bonne sécurisation de sa prise en charge médicamenteuse.

- *S'adapter à l'environnement et aux ressources des patients*

Les facteurs environnementaux influant sur l'adhésion thérapeutique sont également bien décrits. Les sources d'information des patients semblent devoir être recherchées. Une étude suggérait que la lecture de la notice et la recherche d'informations sur internet pouvaient avoir une influence sur l'adhésion thérapeutique aux antihypertenseurs chez des patients insuffisants rénaux (34). Les participants qui s'étaient préalablement renseignés sur le biomédicament adhéraient au biomédicament par compréhension. Ils semblaient parfois rencontrer des difficultés quant au tri des informations récoltées. Après analyse de sites internet d'information sur la PAR, une étude américaine rapportait les failles de cette documentation numérique. Différentes thématiques jugées essentielles n'étaient pas abordées telles que les risques et les avantages du traitement, l'observance, et la nécessité de consulter les médecins. La mise à jour du contenu n'était mentionnée que sur très peu de sites, et leurs références s'avéraient régulièrement absentes (35). Ainsi, en plus des informations détenues par les patients, leur pertinence et leur provenance doivent être prises en compte. Il est également pertinent d'apporter des sources d'informations fiables aux patients. Des groupes d'experts proposent de compléter l'éducation thérapeutique par des outils tels que des brochures et des supports

multimédias (19). Le recours croissant à l'e-santé des patients atteints de RIC souligne cette importance (36).

Une fiche patient telle que celle élaborée au préalable de la mise en place de l'activité de pharmacie clinique au sein de l'HDJ rhumatologie de l'établissement est donc bien adaptée. La prise en compte du besoin en documentation incite à y adjoindre des sources d'informations validées. Une demande d'accès à un document synthétique revenait au cours des entretiens. Il pourrait être un support d'autonomie pour les patients et figurerait comme une source fiable. Certains items pourraient être ajoutés aux fiches préétablies avant l'étude (annexe 1). Suite au recueil des besoins des participants, les items pertinents sont notamment les personnes à contacter en cas de problème, des sources d'informations fiables, des conduites à tenir lors de longs voyages.

Plusieurs sociétés savantes de pharmacie clinique telles que la SFPO (société française de pharmacie oncologique) et la SFPC recommandent également de partir des besoins spécifiques des patients. Ils préconisent d'identifier les ressources, les croyances, les freins, les motivations des patients en amont (25,37) des interventions pharmaceutiques.

Un entretien pharmaceutique ne peut être efficient que lorsque la rencontre entre les besoins du soignés et les besoins du soignant (contrôle de la maladie, acquisition des compétences de sécurité, prévention des comorbidités, *et cetera.*) est garantie (38).

## *ii. Vers une activité pharmaceutique efficiente*

Comme le recommande la HAS, une éducation thérapeutique quelle que soit sa forme ne peut s'effectuer pleinement qu'à l'occasion d'un entretien individuel. Ce requis se confirme également dans cette étude. Afin d'optimiser les bénéfices d'un entretien pharmaceutique, des conditions idéales sont requises telles qu'un lieu dédié, un temps suffisant, une disponibilité maximale patient-pharmacien et une écoute active (39,40). La bonne efficacité de cet entretien passe obligatoirement par une bonne maîtrise du dossier du patient au préalable. Cette étape est primordiale pour connaître l'histoire de la maladie, la prise en charge du patient et pour identifier les freins et les motivations impactant l'adhésion thérapeutique.

- *Bonne temporalité et screening des patients*

Si son efficience est largement démontrée dans plusieurs études sur l'adhésion thérapeutique (20,41), l'éducation thérapeutique pour être optimale, doit être proposée au bon moment et au bon patient. Les questions de la bonne temporalité de l'entretien pharmaceutique et d'un éventuel screening des patients peuvent se poser.

D'autres études sont nécessaires mais il semblerait, selon certains auteurs, que les patients jeunes au début de leur prise en charge soient des patients cibles pour l'éducation thérapeutique. (42)

Ce criblage des patients selon leur année de diagnostic et leur âge semble être néanmoins trop restrictif. Par exemple, P3 âgée de 67 ans, dont le diagnostic datait de près de quarante ans exprimait le besoin d'un entretien pharmaceutique pour répondre à ses interrogations. Une courte consultation dédiée à l'annonce de l'entretien pharmaceutique pourrait être pertinente. Il s'agirait de proposer un entretien pharmaceutique en fonction des besoins du patient au moment qu'il juge opportun. Cette consultation pourrait être effectuée par le pharmacien suite à la consultation avec l'IDE.

Certains informateurs ont cependant verbalisé la suffisance d'informations. Ils n'identifiaient pas de rôle potentiel du pharmacien hospitalier au sein de leur prise en charge en HDJ. S'ils sentaient le besoin de consulter un pharmacien, ils s'orienteraient vers leur pharmacien officinal d'expertise équivalente. Yailian et al. ont étudié les perceptions des pharmaciens d'officines sur l'intérêt et la faisabilité d'entretiens pharmaceutiques ciblant des patients atteints de PAR (43). Lors de cette étude qualitative, les pharmaciens rapportaient un lien hôpital-ville inexistant. Ils jugeaient primordial l'obtention d'informations en provenance de l'hôpital pour leur assurer une bonne maîtrise du dossier de leurs patients. Cela démontre une nouvelle fois l'importance de bien communiquer auprès du pharmacien officinal du patient toute activité de pharmacie clinique réalisée à l'hôpital. Comme évoqué précédemment, un courrier pharmaceutique de synthèse de l'intervention réalisée auprès du patient à destination du pharmacien officinal et du médecin généraliste est le garant d'une bonne communication ville-hôpital. C'est en ce sens que la SFPC recommande également une transmission d'informations entre les professionnels de santé de ville et hospitalier (25). Le besoin de formation des pharmaciens de ville

avant la mise en place d'entretiens pharmaceutiques chez les patients atteints de RIC est néanmoins verbalisé dans plusieurs études (43,44). La transmission du courrier pharmaceutique résumant le déroulé de l'entretien ainsi que des fiches d'information sur le biomédicament du patient concourt à l'accompagnement, le cas échéant, des confrères officinaux et à la bonne continuité du suivi du patient à sa sortie d'hospitalisation.

Si certains informateurs considéraient l'entretien pharmaceutique complémentaire aux consultations du rhumatologue et de l'IDE lors de l'HDJ, sa temporalité n'était pas adaptée à tous. L'absence d'interrogations du patient sur son biomédicament lors de sa prise en charge en HDJ l'encourage à décliner l'entretien pharmaceutique. Comme décrit précédemment, le besoin en information des patients peut évoluer au fil du temps. Il est donc pertinent de préciser au patient que le pharmacien hospitalier et le pharmacien officinal restent à sa disposition. Un courrier adressé par le pharmacien hospitalier à son confrère officinal indiquerait le refus du patient et sa disponibilité en cas de besoin.

- *S'intégrer dans une prise en soin interdisciplinaire*

Pour que l'entretien pharmaceutique soit efficient, la prise en soin interdisciplinaire ne doit pas être perdue de vue. La meilleure complémentarité des effecteurs professionnels doit être visée pour rendre le meilleur service possible aux personnes accompagnées garantissant ainsi une prise en soin interdisciplinaire. Dans ce sens, la mise en place des entretiens pharmaceutiques en HDJ s'inscrit vraiment dans une démarche de prise en charge interdisciplinaire des patients lors du process d'initiation du biomédicament. Ce terme « interdisciplinaire » est davantage adapté aux objectifs fixés pour l'intégration du pharmacien au sein de l'HDJ que le terme pluri ou multi-disciplinaire couramment employé (45).

La cohérence de l'entretien pharmaceutique avec la consultation du rhumatologue et de l'IDE est primordiale. Une attention à cette cohérence des professionnels de santé étaient verbalisée par les informateurs. Avant l'entretien pharmaceutique le pharmacien hospitalier peut questionner le rhumatologue et l'IDE sur l'existence de points d'attention décelés lors des consultations précédentes. Cela assurerait une coordination entre les professionnels de santé.

Des retours d'expérience réguliers sont primordiaux après la mise en place de l'activité de pharmacie clinique afin de garantir son efficacité dans le temps et une interdisciplinarité entre les différents professionnels de santé.



## CONCLUSION

Afin de garantir une intervention pharmaceutique de qualité auprès des patients admis au sein de l'HDJ de rhumatologie, il était pertinent de recueillir leur besoin en information au préalable. Lors de la mise en place d'une nouvelle activité de pharmacie clinique, l'évaluation de son impact sur la prise en soin des patients est fréquemment faite *a posteriori*. L'étude s'inscrit ainsi dans une démarche innovante par l'élaboration originale d'une activité basée sur la recherche en amont des besoins réels des patients. Cette étude offre une vision globale des besoins en information des patients lors de l'initiation de leur biomédicament. Elle a permis de riches enseignements.

Les interviewés exprimaient des conceptions et perceptions du biomédicament différentes selon leur vécu. Ils adhéraient ainsi par différents mécanismes. S'ils étaient rassurés et confiants après le processus d'initiation en HDJ, des questionnements demeuraient chez certains interrogés. Le pharmacien était identifié comme un professionnel de santé pouvant répondre aux besoins d'information des patients. Expert du médicament aux yeux des participants, l'intervention du pharmacien au sein de l'HDJ constituait un moteur pour la bonne transmission de l'information. Un rôle de répétiteur lui était également conféré. L'entretien pharmaceutique était ainsi perçu comme une nouvelle opportunité de s'informer et d'aborder leurs interrogations.

Les informateurs exprimaient des besoins et des attentes différents selon leur profil d'adhésion thérapeutique à l'initiation de leur biomédicament. Les résultats de l'étude confirment ainsi les recommandations et les bonnes pratiques de pharmacie clinique de la SFPC. Elles préconisent une activité de pharmacie clinique centrée sur le patient. Elles promeuvent une information personnalisée pour répondre au mieux aux besoins des patients. L'entretien pharmaceutique doit nécessairement s'adapter au vécu, à l'histoire de la pathologie du patient, au mécanisme d'adhésion et à ses conceptions et perceptions du biomédicament. L'environnement ainsi que les ressources (sources d'informations, personne de confiance) doivent également être pris en compte par le pharmacien hospitalier. Des fiches d'informations à destination des patients établies au préalable du démarrage de l'activité semblent bien pertinentes. Suite au recueil des besoins des participants, il convient d'y adjoindre des sources d'informations validées et d'évoquer les conduites à tenir lors des voyages.

L'intégration des professionnels de santé de ville à toute activité de pharmacie clinique intra-hospitalière reste primordiale. Une synthèse de l'intervention pharmaceutique doit leur être communiquée. Une bonne communication hôpital-ville est essentielle afin d'assurer une bonne continuité dans la prise en charge médicamenteuse des patients.

L'entretien pharmaceutique doit être dans l'idéal positionné à un moment opportun pour le patient et ciblé selon ses besoins identifiés en amont. Ce besoin en information peut néanmoins évoluer au fil du temps. Il est donc pertinent de préciser au patient que le pharmacien hospitalier et le pharmacien officinal restent à sa disposition. Une bonne coordination entre l'entretien pharmaceutique et la consultation du rhumatologue et de l'IDE est indispensable pour que la prise en soin interdisciplinaire soit la plus cohérente et efficiente possible.

Suite à la mise en place de l'activité au sein de l'HDJ, il sera intéressant de recueillir le ressenti des patients ayant bénéficié d'un entretien pharmaceutique.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Scott DL, Wolfe F, Huizinga TW. Rheumatoid arthritis. *The Lancet*. sept 2010;376(9746):1094-108.
2. Ritchlin CT, Colbert RA, Gladman DD. Psoriatic Arthritis. Longo DL, éditeur. *N Engl J Med*. 9 mars 2017;376(10):957-70.
3. Walsh JA, Magrey M. Clinical Manifestations and Diagnosis of Axial Spondyloarthritis. *J Clin Rheumatol*. déc 2021;27(8):e547-60.
4. cartographie-dépenses-remboursees-par-pathologie-2018 [Internet]. [cité 1 janv 2022]. Disponible sur: <https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/cartographie-dépenses-remboursees-par-pathologie-2018>
5. Daien C, Hua C, Gaujoux-Viala C, Cantagrel A, Dubremetz M, Dougados M, et al. Actualisation des Recommandations de la Société française de rhumatologie pour la prise en charge de la polyarthrite rhumatoïde. *Revue du Rhumatisme*. janv 2019;86(1):8-24.
6. Wendling D, Hecquet S, Fogel O, Letarouilly JG, Verhoeven F, Pham T, et al. 2022 French Society for Rheumatology (SFR) recommendations on the everyday management of patients with spondyloarthritis, including psoriatic arthritis. *Joint Bone Spine*. mai 2022;89(3):105344.
7. World Health Organization. Adherence to long-term therapies : evidence for action. World Health Organization. 2003.
8. Li P, Blum MA, Von Feldt J, Hennessy S, Doshi JA. Adherence, Discontinuation, and Switching of Biologic Therapies in Medicaid Enrollees with Rheumatoid Arthritis. *Value in Health*. sept 2010;13(6):805-12.
9. Koncz T, Pentek M, Brodszky V, Ersek K, Orlewska E, Gulacsi L. Adherence to biologic DMARD therapies in rheumatoid arthritis. *Expert Opinion on Biological Therapy*. sept 2010;10(9):1367-78.
10. Blum MA, Koo D, Doshi JA. Measurement and Rates of Persistence With and Adherence to Biologics for Rheumatoid Arthritis: A Systematic Review. *Clinical Therapeutics*. juill 2011;33(7):901-13.
11. Ottaviani S, Forien M. L'observance des biothérapies : état des lieux. *Revue des Maladies Respiratoires*. sept 2021;38(7):698-705.
12. Pasma A, Schenk C, Timman R, van 't Spijker A, Appels C, van der Laan WH, et al. Does non-adherence to DMARDs influence hospital-related healthcare costs for early arthritis in the first year of treatment? *Franklin JM, éditeur. PLoS ONE*. 2 févr 2017;12(2):e0171070.
13. Baudrant-Boga M, Lehmann A, Allenet B. Penser autrement l'observance médicamenteuse : d'une posture injonctive à une alliance thérapeutique entre le patient et le soignant – Concepts et déterminants. *Annales Pharmaceutiques Françaises*. janv 2012;70(1):15-25.
14. Cottin Y, Lorgis L, Gudjoncik A, Buffet P, Brulliard C, Hachet O, et al. Observance aux traitements : concepts et déterminants. *Archives of Cardiovascular Diseases Supplements*. déc 2012;4(4):291-8.
15. Zangi HA, Ndosu M, Adams J, Andersen L, Bode C, Boström C, et al. EULAR recommendations for patient education for people with inflammatory arthritis. *Ann Rheum Dis*. juin 2015;74(6):954-62.
16. Lexique de pharmacie clinique SFPC [Internet]. Disponible sur: <https://sfpc.eu/wp-content/uploads/2019/11/1-s2.0-S2211104218302005-mmc1.pdf>
17. Lejeune C. Manuel d'analyse qualitative Analyser sans compter ni classer. De Boeck Supérieur; 2019.
18. Jean-Pierre LEBEAU , Isabelle AUBIN-AUGER , Jean-Sébastien CADWALLADER , Julie GILLES DE LA LONDE , COLLECTIF. Initiation à la recherche qualitative en santé: Le guide pour réussir sa thèse ou son mémoire. Global Media Sante-Gmsante. 2021.
19. Gossec L, Molto A, Romand X, Puyraimond-Zemmour D, Lavielle M, Beauvais C, et al. Recommandations pour l'évaluation et l'optimisation de l'adhésion aux traitements de

fond médicamenteux des rhumatismes inflammatoires chroniques : un processus basé sur des revues de la littérature et un consensus d'experts. *Revue du Rhumatisme*. nov 2019;86(6):555-62.

20. Frantzen L, Ardizzone M, Oréface D, Sparsa L, Afif N, Arnaud L, et al. Impact de l'éducation thérapeutique du patient sur les compétences de sécurité des patients sous biothérapie pour un rhumatisme inflammatoire chronique. *Revue du Rhumatisme*. mars 2019;86(2):188-94.

21. Gossec L, Fautrel B, Flipon E, Lecoq d'André F, Marguerie L, Nataf H, et al. Tolérance des biothérapies : élaboration et validation d'un questionnaire évaluant les compétences d'auto-gestion et de sécurité du patient : le questionnaire BioSecure. Une initiative de la Société française de rhumatologie, section Éducation thérapeutique. *Revue du Rhumatisme*. oct 2013;80(5):479-85.

22. Santucci R, Levêque D, Herbrecht R, Fischbach M, Gérout AC, Untereiner C, et al. Évènements iatrogènes médicamenteux : impact des consultations pharmaceutiques en cours d'hospitalisation. *Annales Pharmaceutiques Françaises*. nov 2014;72(6):440-50.

23. Lavielle M, Puyraimond-Zemmour D, Romand X, Gossec L, Senbel E, Pouplin S, et al. Methods to improve medication adherence in patients with chronic inflammatory rheumatic diseases: a systematic literature review. *RMD Open*. juill 2018;4(2):e000684.

24. Bottois C, Lopez-Medina C, Hubert J, Dumas S, Belo S, Roux C, et al. Amélioration de la gestion des biothérapies sous-cutanées des patients atteints de RIC grâce à la participation d'un pharmacien au sein de consultations pluridisciplinaires. *Revue du Rhumatisme*. déc 2020;87:A262-3.

25. Huon JF, Roux C, Pourrat X, Conort O, Ferrera F, Janoly-Dumenil A, et al. Entretien pharmaceutique : création d'un outil de synthèse des objectifs par la Société Française de Pharmacie Clinique. *Le Pharmacien Hospitalier et Clinicien*. déc 2019;54(4):417-23.

26. Rakotozafiarison A, Puyraimond-Zemmour D, Romand X, Lavielle M, Moltó A, Flipo RM, et al. Les questionnaires d'adhésion aux traitements de fond dans les rhumatismes inflammatoires chroniques et leurs propriétés psychométriques : revue systématique de la littérature. *Revue du Rhumatisme*. déc 2021;88(6):469-71.

27. Beausir A, Rousselière C, Devillers-Castelain D, Philippe P, Odou P, Cortet B, et al. Évaluation de l'adhésion médicamenteuse dans la polyarthrite rhumatoïde : Compliance Questionnaire of Rheumatology versus Morisky-Green? *Revue du Rhumatisme*. déc 2016;83(6):433-8.

28. Gossec L, Fautrel B, Flipon É, Lecoq d'André F, Marguerie L, Nataf H, et al. Safety of biologics: Elaboration and validation of a questionnaire assessing patients' self-care safety skills: The BioSecure questionnaire. An initiative of the French Rheumatology Society Therapeutic Education section. *Joint Bone Spine*. oct 2013;80(5):471-6.

29. Gossec L, Berenbaum F, Chauvin P, Lamiraud K, Russo-Marie F, Joubert JM, et al. Reporting of patient-perceived impact of rheumatoid arthritis and axial spondyloarthritis over 10 years: a systematic literature review. *Rheumatology*. juill 2014;53(7):1274-81.

30. Berenbaum F, Chauvin P, Hudry C, Mathoret-Philibert F, Poussiere M, De Chalus T, et al. Fears and Beliefs in Rheumatoid Arthritis and Spondyloarthritis: A Qualitative Study. Wallace GR, éditeur. *PLoS ONE*. 4 déc 2014;9(12):e114350.

31. Gatti ME, Jacobson KL, Gazmararian JA, Schmotzer B, Kripalani S. Relationships between beliefs about medications and adherence. *American Journal of Health-System Pharmacy*. 1 avr 2009;66(7):657-64.

32. Betegnien AL, Lehmann A, Baudrant M, Roustit M, Bedouch P, Grange L, et al. Adhésion aux biothérapies dans les rhumatismes inflammatoires : identifier les leviers pour mieux accompagner le patient. *Revue du Rhumatisme*. déc 2014;81(6):472-7.

33. Mullican KA, Francart SJ. The role of specialty pharmacy drugs in the management of inflammatory diseases. *American Journal of Health-System Pharmacy*. 1 juin 2016;73(11):821-30.

34. Muller C, Chantrel F, Bazin-Kara D, Ott J, Krummel T, Imhoff O, et al. Influence de

la lecture des notices des médicaments sur l'adhésion thérapeutique. *Néphrologie & Thérapeutique*. sept 2015;11(5):401.

35. Siddhanamatha HR, Heung E, Lopez-Olivo M de los A, Abdel-Wahab N, Ojeda-Prias A, Willcockson I, et al. Quality assessment of websites providing educational content for patients with rheumatoid arthritis. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*. juin 2017;46(6):715-23.

36. Servy H, Gossec L. La place de la e-santé et les objets connectés dans le traitement de patients atteints de polyarthrite rhumatoïde. *Revue du Rhumatisme Monographies*. févr 2018;85(1):66-70.

37. Recommandations S.F.P.O. sur la réalisation de Consultations Pharmaceutiques en Oncologie [Internet]. 2017. Disponible sur: <https://www.sfpo.com/wp-content/uploads/2015/05/Recommandations-SFPO-Consultations-Pharmaceutiques-V1-1.pdf>

38. Perdriger A, Pouplin S, Dartois A, Beauvais C. Objectifs et besoins éducatifs des patients atteints de rhumatismes inflammatoires chroniques. *Revue du Rhumatisme Monographies*. juin 2013;80(3):152-6.

39. Haute Autorité de santé. Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques [Internet]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_601290/fr/structuration-d-un-programme-d-education-therapeutique-du-patient-dans-le-champ-des-maladies-chroniques](https://www.has-sante.fr/jcms/c_601290/fr/structuration-d-un-programme-d-education-therapeutique-du-patient-dans-le-champ-des-maladies-chroniques)

40. Allenet B, Lehmann A, Baudrant M, Gauchet A. Il nous faut arrêter de parler du patient « non observant » à ses traitements mais plutôt d'un patient présentant des difficultés d'adhésion médicamenteuse. *Annales Pharmaceutiques Françaises*. nov 2018;76(6):489-98.

41. Fayet F, Fan A, Rodere M, Savel C, Pereira B, Soubrier M. Adherence to Subcutaneous Anti-TNF Treatment in Chronic Inflammatory Rheumatism and Therapeutic Patient Education. *PPA*. févr 2020;Volume 14:363-9.

42. Reyes-Rivet L, Lafforgue P, Pham T, Trijau S. Facteurs influençant l'intérêt des patients pour l'éducation thérapeutique dans les rhumatismes inflammatoires chroniques. *Revue du Rhumatisme*. mars 2021;88(2):161-2.

43. Yailian AL, Estublier C, Rozaire O, Piperno M, Confavreux C, Vignot E, et al. Entretiens pharmaceutiques destinés aux patients atteints de polyarthrite rhumatoïde : perceptions et attentes des pharmaciens d'officine. *Annales Pharmaceutiques Françaises*. mars 2019;77(2):146-58.

44. Ménage-Anjuère C, Séror R, Denis L, Rieutord A, Mariette X. Parcours médicamenteux des patients atteints de rhumatisme inflammatoire chronique sous biothérapie : étude en vie réelle sur un territoire. *Le Pharmacien Hospitalier et Clinicien*. mars 2019;54(1):85-6.

45. POLICARD F. Apprendre ensemble à travailler ensemble : l'interprofessionnalité en formation par la simulation au service du développement des compétences collaboratives. *Recherche en soins infirmiers*, juin 2014;117:33-49.



## LA THÉRAPIE CIBLÉE

### Qu'est ce que la thérapie ciblée ?

La thérapie ciblée **diminue l'emballement inflammatoire** observable dans les maladies rhumatismales inflammatoires.

Le délai d'action peut varier, vous serez donc revu régulièrement par votre médecin. Plusieurs semaines seront nécessaires avant de conclure à l'efficacité ou non du traitement.

La plupart des thérapies ciblées sont des médicaments injectables appelés **biomédicaments**. Ce sont des médicaments obtenus par biologie cellulaire, à partir d'organismes vivants.

Cette thérapie ciblée est à différencier des **traitements antalgiques** qui peuvent être associés à une posologie variable selon les douleurs.

### ✓ En pratique

Administration par **injection en voie sous cutanée**.

Et pourquoi pas un comprimé ?

Ce sont des protéines qui ne peuvent pas être prises par voie orale, sinon elles seraient détruites par l'estomac.

Qui peut renouveler mon ordonnance ?

La prescription initiale est réalisée par un rhumatologue hospitalier. Le renouvellement peut être effectué par votre rhumatologue de ville. Un suivi annuel est à réaliser par le rhumatologue à l'hôpital.

Le traitement est disponible dans votre pharmacie : **veillez à le commander avant la date d'injection.**

### Informations importantes

1. En cas de **fièvre supérieure à 38°C** ou tout autre signe d'infection (rhume, infection urinaire, plaie infectée) : Ne pas injecter votre biomédicament et consulter votre médecin traitant.

Attendre la fin de l'injection et de l'antibiothérapie éventuelle avant de reprendre votre biomédicament.

2. Minimisez les contacts rapprochés avec votre entourage malade.

3. Informez chaque professionnel de santé que vous êtes traité(e) par thérapie ciblée (médecin, pharmacien, dentiste, chirurgien, dermatologue, gynécologue ...)

N'hésitez pas à avoir sur vous un document stipulant votre thérapie ciblée

4. Informez votre médecin de toute intervention chirurgicale ou dentaire. Un arrêt préalable du traitement pourrait être nécessaire

5. Utilisez des moyens contraceptifs efficaces pendant la durée du traitement. Informez votre médecin en cas de grossesse le plus rapidement possible, pour une éventuelle réévaluation de votre traitement.

### Lors d'un voyage

Selon la durée de votre voyage et la fréquence de vos injections, un décalage des injections peut être possible.

Sinon munissez vous :

- D'un **certificat médical prouvant la nécessité de votre traitement** (si possible avec traduction en anglais.)
- D'une **ordonnance récente**
- D'un **sac isotherme** pour transporter votre traitement; ne pas mettre en route (voyage <8h, sinon demande de conservation dans l'avion)

Contactez votre CPAM au préalable pour connaître les modalités de remboursements dans votre destination



Est-ce que je peux me faire vacciner pendant mon traitement?

**OUI**

- DTP (Diphthérie, Tétanos, Polio)
- Coqueluche
- Haemophilus B
- Méningocoque C (jusqu'à 24 ans)
- Papillomavirus (jusqu'à 19 ans),
- Hépatite B
- Pneumocoque
- Annuel : Grippe, Covid ?

**NON**

- ROR (rougeole, oreillons, rubéole)
- Varicelle
- Fièvre jaune (si destination dans pays à risque)
- BCG
- Zona





## **Annexe 2 : Lettre d'information destinée au patient lors de l'inclusion**



### **PHARMA-RIC NOTE D'INFORMATION**

<b>Responsable du traitement de données:</b>	Groupeement des Hôpitaux de l'Institut Catholique de Lille (GHICL) 115 Rue du Grand But - BP 249 - 59 462 LOMME CEDEX
<b>Responsable principal de la mise en œuvre du traitement de données :</b>	Dr Antoine LEFEBVRE Pharmacien des hôpitaux, Pharmacie de l'hôpital Saint Philibert ✉ <a href="mailto:lefebvre.antoine@ghicl.net">lefebvre.antoine@ghicl.net</a> ☎ 03 20 22 50 16
<b>Etudiant réalisant son travail de thèse :</b>	Cylia BOUDJABOUT, Interne en pharmacie Faculté des sciences pharmaceutiques et biologiques de Lille ✉ <a href="mailto:cylia.bd@gmail.com">cylia.bd@gmail.com</a> , <a href="mailto:boudjabout.cylia@ghicl.net">boudjabout.cylia@ghicl.net</a>
<b>Délégation à la Recherche Clinique et à l'Innovation du GHICL :</b>	DRCI - ✉ <a href="mailto:cier-ghicl@ghicl.net">cier-ghicl@ghicl.net</a> ☎ 03 20 22 57 37
<b>Numéro de protocole :</b>	RNIPH-2021-22 (à rappeler dans toute communication)

Madame, Monsieur,

Madame Cylia BOUDJABOUT, étudiante en pharmacie hospitalière, réalise une thèse sur le thème de la prise en charge des patients lors de l'initiation d'un biomédicament dans le cadre des rhumatismes inflammatoires.

Pour réaliser ce travail, nous sommes à la recherche de patients qui accepteraient de participer à cette étude.

Cette lettre d'information détaille ce projet de recherche et les modalités de participation : n'hésitez pas à nous contacter.

### **OBJECTIF DE LA RECHERCHE**

En tant que pharmaciens, nous sommes conscients que l'initiation d'un biomédicament est un moment crucial dans le vécu de votre maladie.

La venue des patients en hôpital de jour permet de donner des informations sur le biomédicament (modalités d'administration, effets indésirables, nouvelles habitudes à adopter etc.). Mais est-ce suffisamment adapté à votre besoin en information ?

C'est pourquoi, l'objectif de cette étude est de recueillir les besoins en information des patients lors de l'initiation d'un biomédicament. Ce recueil permettra d'adapter au mieux la prise en soin de nos patients.

Pour cela nous menons une étude en hôpital de jour de rhumatologie à l'hôpital St Philibert. Lors de votre journée en hôpital de jour, nous vous proposerons de participer à un entretien facultatif avec Cylia BOUDJABOUT. Cet entretien sera mené de manière individuelle durant un temps d'attente. Il ne rallongera donc pas votre temps de présence au sein de l'hôpital de jour.

L'analyse de cet entretien nous permettra de recueillir le besoin en information de nos patients et d'adapter les informations données à chaque initiation de biomédicament en hôpital de jour.

Le fondement juridique de cette étude est l'exercice d'une mission d'intérêt public.

### **EN QUOI CONSISTE VOTRE PARTICIPATION**

Votre participation consiste à accepter de participer à un entretien individuel et d'accepter que l'audio de cet entretien soit enregistré.

## DECISION DE PARTICIPER A LA RECHERCHE

Vous êtes libre de décider de participer ou non à cette recherche : vous pouvez refuser ou vous retirer de la recherche à tout moment sans avoir à donner la raison de votre décision.

- ▶ Si vous ne souhaitez pas participer à cette recherche, veuillez ne pas tenir compte de ce courrier
- ▶ Si vous acceptez de participer à la recherche, nous vous proposerons de participer à un entretien facultatif qui aura lieu lors de votre journée en hôpital de jour.

## CONFIDENTIALITE ET PROTECTION DES PATIENTS

### ➤ Recueil et utilisation des données (Données codées)

L'étude est réalisée à partir de données recueillies au cours de plusieurs entretiens individuels que je serai seule à mener.

Chaque entretien est enregistré, puis retranscrit et pseudonymisé sur le logiciel WORD.

- ⇒ L'enregistrement ainsi que la retranscription seront conservés dans un environnement sécurisé et vous pouvez demander à les consulter jusqu'à la publication des résultats de l'étude. Les enregistrements audio seront ensuite détruits, les retranscriptions archivées.
- ⇒ L'analyse des données se fait à partir de ce document écrit.

Afin de protéger votre vie privée, cette retranscription sera pseudonymisée, c'est-à-dire identifié par un numéro et vos initiales (sans votre nom, ni prénom). Aucune donnée permettant de vous identifier ne sera apparente sur ce document.

Les données collectées pendant l'entretien seront utilisées dans le cadre de la présente étude, et pourront également être utilisées dans des publications relatives à cette même étude. Elles resteront codées **sans que jamais** votre identité n'apparaisse dans un rapport d'étude ou une publication.

### ➤ Vos droits concernant vos données

En application du Règlement Général sur la Protection des données n°2016/679 du 27 avril 2016 et de la loi n° 78-17 du 06 Janvier 1978 Informatique et Libertés modifiée par la loi n°2018-493 du 20 juin 2018 et son décret d'application n°2018-687 en date du 1<sup>er</sup> aout 2018, vous disposez :

- D'un droit d'accès à vos données personnelles,
- D'un droit de rectification de vos données,
- Du droit de demander la limitation du traitement dans certains cas,
- Du droit de demander l'effacement de vos données,
- D'un droit à la portabilité de vos données dans certains cas (c'est-à-dire que vous pouvez demander à récupérer vos données afin qu'elles soient transmises à un autre responsable de traitement),
- Du droit de vous opposer à tout moment au traitement de ces données

Il faut entendre par droit d'opposition, le droit dont vous disposez d'une part de retirer votre consentement initialement donné pour la récolte et le traitement de vos données et, d'autre part, le droit de vous opposer à ce que les données déjà récoltées soient exploitées.

Certains des droits listés ci-dessus, peuvent ne pas pouvoir s'appliquer dans le cadre de la présente étude.

Vous pouvez accéder directement ou par l'intermédiaire d'un médecin de votre choix à toute donnée de l'étude vous concernant en application des dispositions L .1111-7 du Code la Santé Publique. Cependant, certaines de ces informations pourraient n'être disponibles qu'en fin d'étude.

Vos droits concernant vos données s'exercent auprès du délégué à la protection des données (DPO) du GHICL (coordonnées ci-dessous).

Si vous pensez que vos données personnelles sont utilisées en violation de la réglementation applicable relative à la protection des données, vous disposez d'un droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

Le protocole de recherche est conforme à la méthodologie de référence MR 004 édictée par la CNIL concernant le traitement des données.

➤ **La durée de conservation des données**

La retranscription de l'entretien et les autres données relatives à cette étude seront conservées jusqu'à deux ans après la dernière publication des résultats de la recherche puis archivées pour une période de 20 ans après la fin de la recherche conformément à la réglementation.

**RESULTATS DE LA RECHERCHE**

Une fois l'ensemble des entretiens retranscrits, ils seront analysés. La confidentialité des données sera toujours respectée.

A l'issue de la recherche, si vous le souhaitez, vous pourrez également être informée des résultats globaux de l'étude, lorsque ceux-ci seront disponibles, en vous adressant à Cylia BOUDJABOUT.

**CONTACT POUR PLUS D'INFORMATION**

Si vous avez une question quelconque concernant cette recherche, n'hésitez pas !

Vous pouvez vous adresser à:

- Mme Cylia BOUDJABOUT, interne en pharmacie  
✉ [boudjabout.cylia@ghicl.net](mailto:boudjabout.cylia@ghicl.net)
- Dr Antoine LEFEBVRE, pharmacien, en charge de la recherche:  
✉ [lefebvre.antoine@ghicl.net](mailto:lefebvre.antoine@ghicl.net) ☎ 03 20 22 50 16
- l'équipe de recherche du GHICL : ☎ 03 20 22 57 37
- Délégué à la Protection des données (DPO): Mme Sandrine Rémy, ☎ 03 20 27 57 00  
Hôpital Saint Philibert 115 Rue du Grand But - BP 249 - 59160 LOMME Cedex,

[contact.dpo@ghicl.net](mailto:contact.dpo@ghicl.net)

✂

**PHARMA-RIC**

Je, soussignée \_\_\_\_\_ consens à participer à l'étude, à l'enregistrement audio et à la retranscription anonyme des données recueillies au cours de l'entretien mené par Cylia BOUDJABOUT.

Date : \_\_\_\_\_

Signature :

*« Les données personnelles recueillies sur ce formulaire sont nécessaires pour permettre à l'Université Catholique de Lille de traiter votre consentement. Elles seront conservées suivant les délais de prescription adéquats. Conformément à la réglementation applicable, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement et de limitation (dans certain cas) au traitement de ces données ainsi que du droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL ».*

**Si vous acceptez que vos données soient utilisées pour cette étude, merci de retourner ce coupon à l'adresse ci-contre**

**PHARMA-RIC**

RNIPH- 2021-21

Cylia BOUDJABOUT, Interne en pharmacie

[boudjabout.cylia@ghicl.net](mailto:boudjabout.cylia@ghicl.net)

## **Annexe 3 : Guide d'entretien initial**

### 1) [Vécu vis-à-vis des informations transmises sur le traitement](#)

**Pour vous, qu'est-ce que c'est votre biomédicament ?**

**Qu'avez-vous compris du rôle de ce biomédicament ?**

*Relance : Comment avez-vous vécu les explications qui vous ont été données sur ce bio médicament par le rhumatologue ? Par l'IDE ?*

**Que pensez-vous de ce nouveau médicament ? ce qu'il peut vous apporter dans votre traitement ?**

**Durant votre venue en HDJ, nous avons évoqué des nouvelles conduites à tenir en cas de survenue de fièvre, de consultations dentaires, d'interventions chirurgicales, des précautions à prendre lors de vaccination ou encore de voyages etc....**

**Comment vivez-vous ces instructions, ces nouvelles conduites à tenir ?**

*Relance : Qu'est-ce qui vous paraît facile à mettre en œuvre/difficile ?*

Nous travaillons actuellement sur une fiche récapitulant toutes les informations données sur votre biomédicament. **Que pensez-vous de l'intérêt de ce document ? Quelles informations vous paraissent indispensables à y faire figurer ?**

### 2) [Parcours de soins/ implication des pharmaciens](#)

**Lorsque vous ne comprenez pas quelque chose, vers qui vous tournez vous ?**

Depuis le diagnostic de cette maladie, quels échanges avez-vous avec votre pharmacien ? Au sujet de votre traitement ? De votre auto-médication ?

## **Annexe 4 : Dernier guide d'entretien**

### 1) [Vécu vis-à-vis des informations transmises sur le traitement](#)

**Comment vous vous sentez après toutes ces informations ?**

**Pour vous, qu'est-ce que c'est votre biomédicament ?**

*Relance : Pourquoi ce traitement vous a été prescrit ?*

*Quelle distinction faites-vous entre le traitement de fond et les traitements symptomatiques ?*

*Que pensez-vous de l'association de votre traitement de fond avec un traitement symptomatique ?*

*Si traitement de fond : Quelle différence faites-vous avec votre traitement de fond précédent ?*

**Qu'avez-vous compris du rôle de ce biomédicament ?**

**Que pensez-vous de ce nouveau médicament ? ce qu'il peut vous apporter dans votre traitement ?**

*Relance : Qu'est ce qui a été facile/ difficile d'accepter avec ce biomédicament ? Est-ce que vous voyez des inconvénients avec ce biomédicament ?*

**Qu'est-ce que vous attendez en termes d'efficacité avec ce biomédicament ? D'ici combien de temps espérez-vous constater une amélioration ?**

**Durant votre venue en HDJ, nous avons évoqué des nouvelles conduites à tenir en cas de survenue de fièvre, de consultations dentaires, d'interventions chirurgicales, des précautions à prendre lors de vaccination ou encore de voyages etc....  
Comment vivez-vous ces instructions, ces nouvelles conduites à tenir ?**

*Relance : Qu'est-ce qui vous paraît facile à mettre en œuvre/difficile ?*

*Que pensez-vous de la forme injectable ?*

*Voyez-vous d'autres choses pouvant impacter vos habitudes de vie ?*

## 2) Parcours de soins/ implication des pharmaciens

**Lorsque vous ne comprenez pas quelque chose, vers qui vous tournez vous ?**

*Relance : aidants ? documentation ?*

**Si vous étiez amené à rencontrer le pharmacien hospitalier en HDJ qu'est-ce que vous lui poseriez comme question ?**

**Exposeriez-vous le même type de questions au pharmacien hospitalier et pharmacien officinal ?**

*Relance : Si oui, pourquoi ? Exposeriez-vous le même type de questions à un praticien que vous ne risquez pas de revoir /que vous ne connaissez pas tel qu'un pharmacien hospitalier ?*

*Seriez-vous intéressé à revoir le pharmacien hospitalier ?*

**Depuis le diagnostic de cette maladie, quels échanges avez-vous avec votre pharmacien ?  
Au sujet de votre traitement ? De votre auto-médication ?**

*Relance : Qu'est-ce que vous poseriez comme question à votre pharmacien d'officine ?*

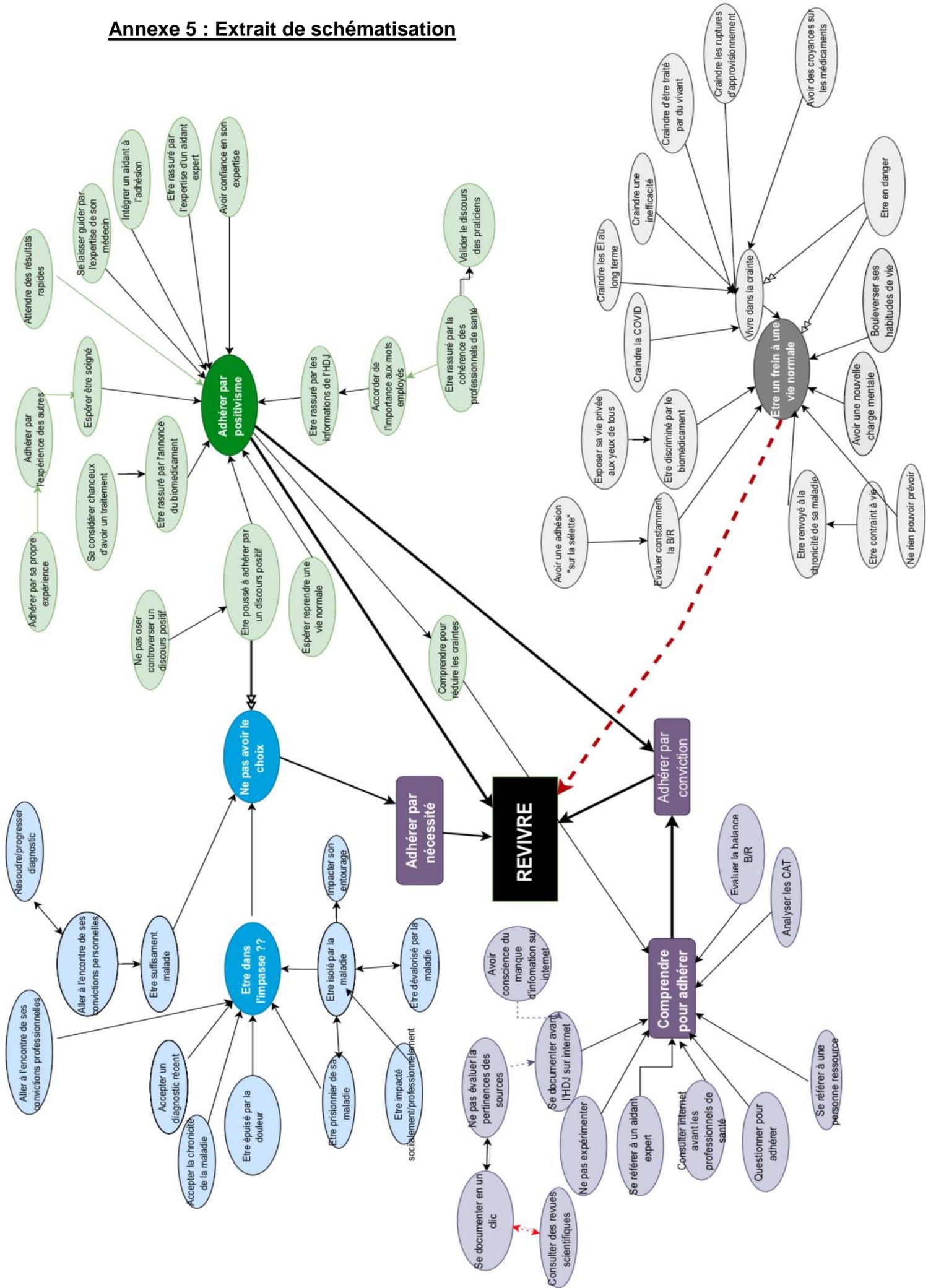
## 3) Aide à la gestion du traitement

**Des informations vous ont été données lors de l'HDJ sur les CAT, vaccins, fièvres, horaire de prise..**

**Que pensez-vous d'un support récapitulatif toutes les informations évoquées ? Quel type de support ?**

**Quelles informations aimeriez-vous y voir apparaître ?**

# Annexe 5 : Extrait de schématisation



## Annexe 6 : Accord du CIER



Délégation à la  
Recherche Clinique  
et à l'Innovation

### COMITE INTERNE D'ETHIQUE DE LA RECHERCHE

Présidente : Dr Elisabeth BAUMELOU-TORCK

Date du CIER	Mercredi 07 juillet 2021	Référence du projet	RNIPH-2021-22
--------------	--------------------------	---------------------	---------------

Type de projet	Projet de Recherche N'Impliquant pas la Personne Humaine (RNIPH) Etude qualitative, prospective, monocentrique, de type 4a
----------------	---

Titre du projet	<b>PHARMA-RIC</b> Exploration des besoins d'informations des patients atteints de rhumatisme inflammatoire chronique (RIC) sur leur biomédicament
Responsable du traitement de données :	GHICL
Responsable de la mise en œuvre du traitement de données :	Dr Antoine LEFEBVRE
Interne préparant sa thèse :	Mme Cylia BOUDJABOUT
Lieux de l'étude :	GHICL

Demande d'avis concernant un	Projet initial		
Dans le cadre d'une	Première soumission		
Objectif	Thèse		
Documents examinés	Protocole	Version 1	07/07/2021
	Note d'information	Version 1	07/07/2021

<b>Avis du CIER</b>	<b>Favorable</b>
---------------------	------------------

Ont participé à la délibération en tant que :	Titulaires	Suppléants
Expert médical qualifié	Dr Elisabeth BAUMELOU	Pr Pierre GOSSET - Excusé
Représentant de la DRCI	Domitille TRISTRAM	Marie De SOLERE
Représentant CEM	Jean-Philippe COBBAUT - Excusé	Alain LOUTE - Excusé
Représentant des usagers	Gilbert PETOUX - Excusé	Danièle Bertrand - Excusée
Membre DIM et KASHMIR	Dr Marysa GERMAIN - Excusée	Louis ROUSSELET
Membre CME	Dr Emmanuel BARTAIRE - Excusé	Dr Charles CHARANI - Excusé
Membre CRD2M	Dr Marion LEVECO	
DPO	Sandrine REMY	
Biostatisticien	Laurène NORBERCIAK	Dr Thomas DEVELTER - Excusé
Sage-Femme	Romain DEMAILLY - Excusé	Isabelle VAAST
Psychologue	Cédric ROUTIER - Excusé	Marie BUTTITTA
Invitée	Juliette LUTUN, stagiaire DPO	

A Lomme, le 07 juillet 2021

Rédaction : Domitille TRISTRAM

Valable 12 mois,  
Si l'étude n'a pas débuté au cours de ce délai, cet avis devient caduc.

## **Annexe 7 : Grille de lecture : critères COREQ**

N°	Item	Question	Réponse
<b>Domaine 1 : Equipe de recherche et de réflexion</b>			
<b>Caractéristiques personnelles</b>			
1	Enquêteur/animateur	Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?	Cylia Boudjabout, interne en pharmacie hospitalière
2	Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ?	Interne en pharmacie hospitalière ayant réalisé 7 semestres d'internat
3	Activité	Quelle était leur activité au moment de l'étude ?	Interne en pharmacie
4	Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?	Femme
5	Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?	Formation e-learning « initiation à la recherche qualitative » Lecture d'ouvrages d'analyse qualitative (17,18))
<b>Relations avec les participants</b>			
6	Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?	Non
7	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ? Par exemple : objectifs personnels, motifs de la recherche	Thème de la recherche réalisée dans le but de soutenir son mémoire de DES
8	Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ? Par exemple : biais, hypothèses, motivations et intérêts pour le sujet de recherche	Interne de pharmacie poursuivant une étude dans le cadre de son mémoire de DES. position en faveur de la mise en place d'intervention pharmaceutique en HDJ rhumato lors initiation biomédicament
<b>Domaine 2 : conception de l'étude</b>			
<b>Cadre théorique</b>			
9	Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ?	Entretiens individuels semi-compréhensifs et analyse par théorisation ancrée
<b>Sélection des participants</b>			
10	Échantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ?	Échantillonnage à participation volontaire. Patients programmés en HDJ dans le cadre de leur initiation de biomédicament pour la prise en soin de RIC
11	Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ?	Face à face
12	Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?	7

13	Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?	Aucune
<b>Contexte</b>			
14	Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ?	Au sein de l'HDJ dans un espace propice à un entretien optimal
15	Présence de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?	Non
16	Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ? Par exemple : données démographiques, date	Moyenne d'âge/âge médian Sexe Type de RIC Nom biomédicament Notion de traitement de fond Année diagnostic Rhumatologue hospitalier ou libéral Profession
<b>Recueil des données</b>			
17	Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?	Guide non fourni aux informateurs  Guide testé au préalable
18	Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?	Non
19	Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?	Enregistrement audio à l'aide d'un dictaphone
20	Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé ?	Prises de notes de terrains après chaque entretien dans le journal de bord. Ce journal contient également les comptes rendus de codage et les comptes rendus théoriques
21	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé ?	39 min et 56 sec en moyenne Minimum 27min 45 sec Maximum 57min 34 sec
22	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?	Oui lors de la triangulation du 7 <sup>e</sup> entretien, la saturation a été discutée après le 6 <sup>e</sup> entretien et confirmé lors de la triangulation du 7 <sup>e</sup> entretien
23	Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?	Non

<b>Domaine 3 : Analyse et résultats</b>			
<b>Analyse des données</b>			
24	Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?	Trois personnes pour le codage ouvert sur 3 entretiens tout au long du travail. Les autres entretiens ont été analysés par le chercheur uniquement
25	Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?	Oui
26	Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?	A partir des données
27	Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?	QSR NVivo® (version 20.6.2)
28	Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?	Non
<b>Rédaction</b>			
29	Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ?	oui
30	Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?	Oui
31	Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?	Oui
32	Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?	Oui

## **Annexe 8 : Grille RATS**

### **R : Pertinence**

*La question de recherche est-elle intéressante ? Oui*

*Quelle est la pertinence de la question de recherche pour la pratique clinique, la santé publique, la discipline ?*

Pratique clinique : Pertinence pour la mise en place d'une activité de pharmacie clinique en partant des besoins en informations des patients à l'initiation de leur biomédicament

Santé publique : Améliorer adhésion au biomédicament

Discipline : Améliorer nos pratiques en pharmacie clinique

### **A : Approche**

*Le plan de l'étude est-il décrit ? Oui*

*Le choix des techniques de recueil de données est-il justifié ? Oui*

- *Entretiens individuels* : expérience, perceptions, comportements, sujets sensibles

### **T : Procédures**

#### **1. Échantillonnage**

*Les patients ont-ils été recrutés de la façon la plus appropriée et justifiée ? Oui*

- Ciblé : avec recherche de diversité
- Volontaire : pour des individus difficiles à atteindre
- Théorique : selon des théories pré établies

#### **2. Recrutement et recueil des données**

• Comment a été fait le recrutement ? Et par qui ? En HDJ par le chercheur après présentation de l'étude

• Y'a-t-il une description des caractéristiques de ceux qui ont choisi de ne pas participer ? Non car aucun n'a refusé

• Le recueil de données a-t-il été systématisé ? Oui

• La description des participants est-elle disponible ? Oui

• Le guide d'entretien est-il accessible ? Oui

• Comment la fin du recueil de données est-elle décrite et justifiée ? Absence d'apparition de nouvelles notions pouvant décrire de nouveaux phénomènes, a été discuté

• Quel a été le rôle des chercheurs dans le recrutement et le recueil ?

Un seul chercheur menant les entretiens et retranscrivant le *verbatim*

#### **3. Éthique**

• Un consentement éclairé a-t-il été demandé ? Oui

• L'anonymisation et la confidentialité ont-elles été recherchées ? Oui

• Un comité éthique a-t-il donné son approbation ? Oui

### **S : Cohérence**

• Y'a-t-il une description et une justification de l'approche analytique (listée, cadrée, inductive...) ? Oui

• Y'a-t-il une description du choix des citations ? Non

• Comment la triangulation a-t-elle été menée ? Par trois chercheurs, triangulation du 1<sup>e</sup> 2<sup>e</sup> et 7<sup>e</sup> entretien par directeur de thèse (pharmacien), et membre de la DRCI de l'établissement (psychologue chargée de recherche)

• La discussion montre-t-elle bien les résultats principaux rapportés aux données de la littérature et les faiblesses de l'étude ? Oui

## **Annexe 9 : Autorisation de soutenance**

**Nom : BOUDJABOUT**  
**Prénom : Cylia**

**Titre de la thèse :**

**EXPLORATION DES BESOINS EN INFORMATION DES PATIENTS ATTEINTS DE  
RHUMATISME INFLAMMATOIRE CHRONIQUE LORS DE L'INITIATION DE LEUR  
BIOMÉDICAMENT**

**Mots-clés :** Rhumatisme inflammatoire chronique – biomédicament – adhésion thérapeutique -  
recherche qualitative

---

**Résumé :**

Suite à la sollicitation des rhumatologues de l'établissement, la mise en place d'une activité de pharmacie clinique au sein de l'Hôpital De Jour (HDJ) de rhumatologie a été actée. Il s'agirait de proposer un entretien pharmaceutique lors de l'initiation d'un biomédicament chez les patients atteints de Rhumatisme Inflammatoire Chronique (RIC). Cet entretien aurait lieu à la suite de la consultation du rhumatologue et de l'IDE. Il permettrait d'optimiser l'adhésion thérapeutique du patient au biomédicament. L'objectif de cette étude était d'explorer les besoins d'informations des patients vis-à-vis de leur biomédicament à l'issue du processus d'initiation en HDJ. Ce recueil permettrait d'adapter au mieux l'activité de pharmacie clinique aux attentes des patients. Il s'agissait d'une étude qualitative inspirée de la théorisation ancrée par entretiens individuels semi-compréhensifs. Suite à l'initiation du biomédicament, les interviewés espéraient reprendre une vie normale et lui conféraient un caractère de perfection renvoyant à une idéalisation de celui-ci. Ce biomédicament avait néanmoins ses limites aux yeux des interrogés et amenait les informateurs à adhérer au biomédicament par différents mécanismes. Ils adhéraient par nécessité, par positivisme ou par compréhension. Le sentiment d'être rassuré et en confiance était partagé par les interviewés. Ils demeuraient néanmoins dans le flou sur certaines thématiques. Les informateurs conféraient un rôle d'expert du médicament au pharmacien. Ils lui donnaient un rôle de transmission d'informations sur le biomédicament et un rôle de répétiteur des autres intervenants. Comme pour toute activité de pharmacie clinique, il a été mis en évidence qu'une approche centrée sur le patient était indispensable pour une bonne efficacité. L'entretien pharmaceutique doit être personnalisé. Il est, dans l'idéal, positionné à un moment adéquat et ciblé selon les besoins des patients identifiés en amont. Sa coordination avec la consultation du rhumatologue et de l'IDE est indispensable pour que la prise en soin interdisciplinaire soit la plus cohérente possible. Il conviendra de recueillir le vécu des patients suite à la mise en place de ces entretiens pharmaceutiques au sein de l'HDJ afin de s'assurer de leur efficacité.

---

**Membres du jury :**

- Président :** **Monsieur le Professeur Nicolas SIMON**  
Professeur des Universités, Faculté de Pharmacie de Lille  
Pharmacien Praticien hospitalier au CHU de Lille
- Directeur de thèse :** **Monsieur le Docteur Antoine LEFEBVRE**  
Pharmacien Praticien hospitalier, Hôpital Saint Philibert – GHICL.  
Groupe Hospitalier Institut Catholique de Lille
- Assesseur(s) :** **Monsieur le Docteur Frédéric MARCON**  
Maître de Conférences des Universités, Faculté de Pharmacie d'Amiens  
Pharmacien Praticien hospitalier au CHU d'Amiens
- Monsieur le Docteur Vincent DUCOULOMBIER**  
Rhumatologue Praticien hospitalier, Hôpital Saint Philibert – GHICL.  
Groupe Hospitalier Institut Catholique de Lille