

Entretiens pharmaceutiques destinés aux patients atteints de polyarthrite rhumatoïde : Perceptions et attentes des pharmaciens d'officine

Pharmaceutical Interviews for Rheumatoid Arthritis Patients: Perceptions and Expectations of Community Pharmacists

**Anne-Laure Yailian^{1,2}, Charline Estublier^{3,4}, Olivier Rozaire⁵, Muriel Piperno³,
Cyrille Confavreux^{3,4}, Roland Chapurlat^{4,6}, Christine Pivot¹, Audrey Janoly-Dumenil^{1,2,7}**

¹Service pharmaceutique, groupement hospitalier Edouard-Herriot, Hospices Civils de Lyon, 5, place d'Arsonval, 69003 Lyon, France.

²Université Lyon 1, Laboratoire Parcours Santé Systémique, EA 4129, Faculté de Médecine Laennec, 7-11 rue Guillaume Paradin, 69008 Lyon, France.

³Service de rhumatologie, groupement hospitalier Sud, Hospices Civils de Lyon, 165 chemin du grand revoyet 69310 Pierre-Bénite, France.

⁴INSERM UMR 1033, Université Lyon 1, Faculté de Médecine Laennec, 7-11 rue Guillaume Paradin, 69008 Lyon, France.

⁵Union régionale des professionnels de santé (U.R.P.S.) Auvergne Rhône-Alpes ; 194bis, rue Garibaldi, 69003 Lyon, France.

⁶Service de rhumatologie, groupement hospitalier Edouard-Herriot, Hospices Civils de Lyon, 5, place d'Arsonval, 69003 Lyon, France.

⁷Université Lyon 1, Faculté de Pharmacie, 8 avenue Rockefeller, 69008 Lyon, France.

Termes MeSH: Community Pharmacy services; Pharmacists; Rheumatoid Arthritis; Interview; Experiences; Perceptions.

Nombre de mots dans le manuscrit (hors résumé et abstract) : 4 412 mots

Nombre de références bibliographiques : 44 références

Auteur correspondant :

Audrey Janoly-Dumenil, MCU-PH

Tel number: 04 72 11 91 82

Fax number: 04 72 11 78 76

E-mail: audrey.janoly-dumenil@chu-lyon.fr

1 **Résumé**

2
3 **Introduction :** La polyarthrite rhumatoïde présente un faible niveau d'adhésion
4 médicamenteuse. A l'étranger, le pharmacien de ville a un impact positif sur l'adhésion des
5 patients dans plusieurs pathologies chroniques. En France, les missions des pharmaciens
6 d'officine se développent avec la mise en place d'entretiens pharmaceutiques.

7
8 **Objectif :** Evaluer les perceptions des pharmaciens de ville sur l'intérêt et la faisabilité
9 d'entretiens pharmaceutiques dans la polyarthrite rhumatoïde.

10
11 **Méthode :** Des entretiens semi-dirigés ont été réalisés entre août et octobre 2017, auprès de
12 pharmaciens de ville de la région Auvergne Rhône-Alpes. L'analyse inductive du *verbatim*
13 des entretiens a été effectuée par deux personnes indépendantes.

14
15 **Résultats :** Les 15 entretiens ont souligné des difficultés de recrutement des patients pour
16 les entretiens actuellement possibles à l'officine, la complexité de l'organisation et des
17 modalités de financement, une faiblesse du lien ville-hôpital. **Néanmoins les pharmaciens**
18 **étaient motivés** pour élargir le dispositif à d'autres pathologies. Concernant des entretiens
19 dans la polyarthrite rhumatoïde, les pharmaciens les verraient sous forme d'entretiens
20 structurés, préférentiellement à l'officine, en lien voire « prescrits » par les médecins pour
21 **une pluriprofessionnalité et un partage d'information optimaux**. Une formation préalable
22 ainsi qu'un financement de ces entretiens devront être envisagés pour motiver les
23 pharmaciens à cette activité.

24
25 **Conclusion :** Cette étude a permis d'aborder avec les pharmaciens de ville leurs attentes et
26 besoins pour élargir le dispositif d'entretiens pharmaceutiques dans la polyarthrite
27 rhumatoïde. Ces résultats devront être pris en compte pour construire un modèle
28 d'entretiens d'accompagnement des patients dans la polyarthrite rhumatoïde qui puisse
29 s'intégrer dans l'exercice officinal.

30
31 **Mots clés :** pharmaciens d'officine ; polyarthrite rhumatoïde ; entretiens pharmaceutiques ;
32 expériences ; perceptions.

33 **Abstract**

34 **Introduction:** Rheumatoid arthritis has a low level of medication adherence. Abroad, the
35 community pharmacist has a positive impact on the patients' adherence in several chronic
36 diseases. In France, community pharmacists' missions are developing with the implementation of
37 pharmaceutical interviews.

38
39 **Objective:** To evaluate community pharmacists' perceptions on the interest and feasibility of
40 pharmaceutical interviews targeting patients with rheumatoid arthritis.

41
42 **Method:** Semi-structured interviews were conducted between August and October 2017, with
43 pharmacists in the Auvergne Rhône Alpes region. The inductive analysis of the interview
44 *verbatim* was realized by two independent persons.

45
46 **Results:** Fifteen community pharmacists highlighted barriers in recruiting patients for the
47 interviews currently possible at the pharmacy, the complexity of the organization and the
48 financing, a weakness of the hospital-to-community liaison. **Nevertheless pharmacists were**
49 **motivated** to expand the service to other pathologies. Regarding rheumatoid arthritis, pharmacists
50 would see them in the form of structured interviews preferentially at the pharmacy, in connection
51 or even "prescribed" by physicians for optimal **and multi-professional** information sharing. Prior
52 training and funding for these interviews should be considered to motivate pharmacists to this
53 activity.

54
55 **Conclusion:** This study allowed to discuss with community pharmacists their expectations and
56 needs to widen the service of pharmaceutical interviews in the rheumatoid arthritis. These results
57 will have to be taken into account to build a support interviews model for rheumatoid arthritis
58 patients which can be integrated in their daily pharmaceutical activity.

59
60 **Key words:** community pharmacists; rheumatoid arthritis; pharmaceutical interviews;
61 experiences; perceptions.

62 1. Introduction

63 Touchant plus de 200 000 patients en France, la polyarthrite rhumatoïde (PR) est le plus
64 fréquent des rhumatismes inflammatoires chroniques. Les médicaments actuellement
65 disponibles permettent de contrôler efficacement la maladie. Toutefois, comme dans d'autres
66 pathologies chroniques, la littérature scientifique rapporte un défaut d'adhésion
67 médicamenteuse des patients atteints de PR compromettant l'efficacité thérapeutique [1].
68 Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), l'adhésion médicamenteuse est
69 influencée par cinq dimensions : maladie, traitement médicamenteux, facteurs
70 démographiques et socio-économiques, patient et/ou entourage et système de soins. Dans
71 la PR, l'adhésion est influencée particulièrement par le stade de la maladie, l'absence de
72 suivi médical régulier, le niveau de littératie des patients et le traitement médicamenteux :
73 perceptions négatives, effets indésirables, inefficacité ressentie et défaut d'information et de
74 connaissances [2]. Les stratégies actuelles pour améliorer l'adhésion médicamenteuse des
75 patients dans la PR sont insuffisantes et le déploiement et l'évaluation d'interventions ciblant
76 les facteurs de non adhésion doivent être poursuivis [3].

77 A l'étranger, l'impact du pharmacien de ville a été reconnu pour améliorer l'adhésion
78 médicamenteuse des patients atteints de maladies chroniques [4,5]. En France, depuis la loi
79 Hôpital Patients Santé Territoire (HPST) en 2009 [6], le rôle du pharmacien de ville évolue
80 avec l'attribution de nouvelles missions : coopération entre professionnels de santé,
81 participation à l'éducation thérapeutique et aux actions d'accompagnement des patients, plus
82 récemment vaccination antigrippale à l'officine [7].

83 La convention nationale de janvier 2012 [8] renforce le rôle du pharmacien et définit
84 l'entretien pharmaceutique comme « l'un des principaux moyens permettant aux
85 pharmaciens d'assurer la prise en charge personnalisée et optimale du patient ». Les
86 entretiens pharmaceutiques à l'officine ciblent actuellement les patients sous anticoagulants
87 oraux (Avenants 1 et 8 de la convention) et les patients asthmatiques (Avenant 4).
88 En décembre 2014, 63% des officines françaises étaient impliquées dans l'accompagnement
89 thérapeutique des patients sous anti-vitamine K [9]. Depuis janvier 2018, les pharmaciens
90 ont également la possibilité d'effectuer des bilans partagés de médication pour les
91 personnes âgées polymédiquées (Avenant 12) [10]. Ces différents types d'accompagnement
92 du patient ont notamment pour objectif d'améliorer l'adhésion des patients et pourraient
93 s'étendre à d'autres pathologies, comme la PR.

94

95 Les besoins des patients doivent être identifiés au préalable de la mise en place d'un
96 accompagnement spécifique. La littérature a déjà montré que les patients expriment un
97 besoin d'information dans la PR [11], notamment à un stade précoce de la maladie [12]. Ils
98 sont dans l'attente d'informations supplémentaires sur leurs traitements médicamenteux ou
99 non médicamenteux (diététique, phytothérapie) et souhaitent également pouvoir échanger
100 sur leurs expériences avec d'autres patients [13].

101 L'analyse d'un programme de suivi des patients atteints d'hypertension, de diabète et/ou de
102 dyslipidémie et mené par des pharmaciens d'officine en Suisse a permis d'identifier des
103 difficultés d'implémentation [14]. Les principaux obstacles identifiés étaient une mauvaise
104 communication du programme auprès des patients, la collaboration insuffisante avec les
105 médecins, l'intégration difficile dans l'organisation de la pharmacie et la motivation
106 insuffisante des pharmaciens. En France quelques études corroborent les résultats suisses :
107 deux études ont rapporté les difficultés dans le suivi des patients atteints de cancer [15,16],
108 une autre a concerné les greffés hépatiques [17].

109 A notre connaissance, il n'existe aucune étude qualitative en France, ayant évalué les
110 opinions et attentes des pharmaciens pour la mise en place d'un accompagnement
111 pharmaceutique dans la PR. Pourtant la prise en compte des avis et besoins des
112 pharmaciens de ville est le prérequis avant toute élaboration de programme de suivi.

113 L'objectif de cette étude était d'évaluer les perceptions des pharmaciens d'officine sur
114 l'intérêt et la faisabilité d'entretiens pharmaceutiques ciblant des patients atteints de PR.

115 2. Méthode

116 Il s'agit d'une étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés avec analyse inductive
117 des données recueillies.

118 2.1. Recrutement

119 La population étudiée était composée de pharmaciens d'officine de la région française
120 Auvergne-Rhône-Alpes. L'échantillon de l'étude a été constitué à partir de la liste des
121 pharmaciens agréés maîtres de stage du Rhône, de la Loire et de l'Ain, des membres du
122 Collège d'Enseignement Pharmaceutique Officinal (CEPO) de la faculté de pharmacie de
123 Lyon et de nouveaux contacts proposés à l'issue des entretiens. Les pharmaciens ont été
124 initialement contactés par courriel et invités à participer à l'étude.

125 2.2. Entretiens semi-dirigés

126 Le moment de l'entretien était fixé au préalable en fonction des disponibilités des
127 pharmaciens participants. Une durée d'environ 15 minutes d'entretien était annoncée aux
128 pharmaciens. Les entretiens téléphoniques étaient effectués par un interne en pharmacie
129 (ALY). Un entretien a été réalisé en face à face à la demande d'un participant. Les entretiens
130 ont été réalisés entre août et octobre 2017. Le contexte et les objectifs de l'entretien étaient
131 expliqués en introduction de chaque entretien. Des données sociodémographiques étaient
132 recueillies (âge, statut professionnel, localisation de l'officine, nombre de pharmaciens et
133 préparateurs dans l'officine et temps travaillé en officine). La durée de chaque entretien a été
134 mesurée.

135 Les entretiens ont été menés à l'aide d'un guide d'entretien. Celui-ci a été développé par
136 ALY et validé ensuite par un pharmacien sénior (AJD). Il permettait de guider les entretiens
137 téléphoniques et de recueillir les réponses des pharmaciens. Il comportait des questions
138 ouvertes sur : opinion sur les entretiens pharmaceutiques déjà mis en place à l'officine,
139 expérience du lien ville-hôpital, profil des patients atteints de PR suivis à l'officine, faisabilité
140 et structuration d'entretiens ciblant la PR, connaissances et formations sur la PR et
141 traitements (figure 1). Le verbatim des pharmaciens a été enregistré intégralement. La
142 retranscription a été réalisée au fur et à mesure des entretiens, sans reformulation ni
143 simplification.

144 Les entretiens ont été réalisés jusqu'à ce que les données recueillies et leur analyse ne
145 fournissent plus d'éléments nouveaux (saturation des données).

146

147 **2.3. Analyse des données**

148 Les données quantitatives (âge, statut professionnel, localisation de l'officine et temps
149 travaillé en officine) ont été enregistrées et analysées dans un tableur Excel[®]. Une analyse
150 inductive des données qualitatives [18] a été réalisée par un interne en pharmacie
151 préalablement formé (ALY) et un pharmacien expérimenté dans l'analyse des données
152 qualitatives (AJD). Les retranscriptions étaient lues de manière indépendante et répétée.

153 Une analyse manuelle des données a été réalisée selon 3 étapes : (1) résumé succinct des
154 éléments bruts de *verbatim*, (2) mise en évidence des liens entre les objectifs de recherche
155 de l'étude et les conclusions tirées des données brutes, (3) proposition d'un modèle pour
156 présenter les expériences des pharmaciens interrogés. L'objectif était d'identifier les thèmes
157 et les mots clés fréquents et de classer ces résultats en fonction des objectifs de recherche.

158 L'identification et la codification des thèmes ont été réalisées indépendamment par AJD et
159 ALY. Les deux analyses ont été mises en commun lors d'une session de consensus afin de
160 résoudre les divergences d'opinion. Quelques exemples de *verbatim* sont présentés dans les
161 résultats.

162 3. Résultats

163 3.1 Caractéristiques sociodémographiques des pharmaciens

164 La saturation des données a été jugée atteinte après 15 entretiens avec des pharmaciens
165 d'officine : 7 femmes et 8 hommes. L'âge moyen de la population était de 41 ± 12 ans [25-
166 60]. L'expérience professionnelle en officine était de 13 ± 10 ans [1-34]. Les pharmaciens
167 étaient majoritairement titulaires (n=11). Ils exerçaient dans les départements du Rhône
168 (n=10), l'Ain (n=2), l'Isère (n=2) et la Loire (n=1) ; dans une zone urbaine (n=8), semi-rurale
169 (n=6) ou rurale (n=1). Les effectifs (pharmaciens et préparateurs) par officine variaient de 4 à
170 17. Les caractéristiques de la population sont représentées dans le tableau 1. La durée des
171 entretiens variait de 10 à 43 minutes, avec une durée moyenne de 21 minutes.

172 3.2 Analyse qualitative

173 3.2.1 Expériences et ressentis sur les entretiens pharmaceutiques en ville

174 La grande majorité des pharmaciens interrogés avait une expérience des entretiens
175 pharmaceutiques en officine (anticoagulants et asthme essentiellement). Seul un
176 pharmacien a déclaré qu'il n'était pas dans une démarche d'entretiens pharmaceutiques, par
177 manque de lieu dédié. Le ressenti des pharmaciens sur les entretiens était mitigé. Ils ont
178 rapporté qu'ils étaient satisfaits et que c'était « totalement la mission du pharmacien » (P8).
179 Toutefois, ils ont exprimé un scepticisme sur l'organisation actuelle des entretiens
180 pharmaceutiques, en « perte de vitesse » (P1) selon eux.

181 Selon les pharmaciens, la collaboration pluriprofessionnelle était un élément clé dans la mise
182 en place et le développement des entretiens à l'officine : « il faudrait plus de synergie avec
183 les médecins » (P15). Cependant, ils ont déclaré que les médecins n'étaient pas toujours
184 informés de la réalisation des entretiens pharmaceutiques. Des pharmaciens pensaient que
185 l'entretien devrait être prescrit par le médecin « pour avoir plus de légitimité » (P7) et pour
186 favoriser le recrutement des patients qu'ils estimaient difficile. Néanmoins, lorsqu'ils étaient
187 réalisés, « les patients aiment beaucoup, ils aiment qu'on s'occupe d'eux » (P8).

188 Les pharmaciens ont souligné des difficultés organisationnelles. La démarche ne leur
189 paraissait pas adaptée, voire « très mal mise en place » (P13). Certains pharmaciens ont
190 noté l'aspect chronophage des entretiens pharmaceutiques sur leur activité quotidienne. Des
191 freins financiers ont également été soulevés. Plusieurs pharmaciens estimaient que le
192 paiement était inadapté avec « des entretiens payés plus d'un an après » (P3, P5).

193 Les pharmaciens attendaient des informations supplémentaires pour pouvoir mener
194 correctement des entretiens pharmaceutiques. Il a été souligné que la formation était un

195 prérequis pour réaliser correctement les entretiens pharmaceutiques, « pour chaque
196 pathologie, il faut être compétent » (P2). Certains pharmaciens étaient demandeurs d'un
197 contact d'une association de patients afin de pouvoir orienter les patients vers des patients
198 « experts ».

199 Enfin, l'absence d'évaluation rigoureuse des entretiens déjà mis en place était regrettée.

200 La figure 2 présente les perceptions des pharmaciens vis-à-vis des entretiens
201 pharmaceutiques actuellement mis en place.

202

203 **3.2.2 Vision des échanges entre la ville et l'hôpital**

204 Selon les pharmaciens participants, les échanges entre la ville et l'hôpital **existaient**
205 principalement dans le cadre de l'Hospitalisation à Domicile (HAD) et occasionnellement
206 pour la conciliation médicamenteuse qu'ils estimaient encore « floue » (P5) et inorganisée.

207 La grande majorité des pharmaciens pensaient que le lien entre la ville et l'hôpital était faible
208 voire « quasi inexistant » (P4). Plusieurs pharmaciens ont abordé le service de
209 dématérialisation ZEPRA (ZEro Papier en Rhône Alpes) des échanges entre
210 les professionnels de santé. Ils estimaient que cet outil de communication était encore peu
211 intégré dans la pratique officinale et insuffisant pour permettre des échanges pertinents :
212 « On voit avec ZEPRA que ce n'est pas l'outil qui fait le lien ville-hôpital » (P15). Toutefois, ils
213 étaient conscients que le lien était en développement avec « une vraie marge de
214 progression » (P5) même s'il y a « encore du travail » (P15). Les pharmaciens jugeaient
215 nécessaire le déploiement de ce lien pour obtenir des informations de l'hôpital utiles pour la
216 prise en charge des patients (informations cliniques, biologiques). Ils ont souligné à plusieurs
217 reprises l'importance de disposer d'une information claire en sortie d'hospitalisation. Par
218 exemple, les pharmaciens souhaiteraient connaître les raisons des ajouts ou modifications
219 de traitements en sortie d'hospitalisation.

220 La figure 3 présente les perceptions des pharmaciens vis-à-vis du lien ville-hôpital.

221 **3.2.3 Prise en charge des patients atteints de PR à l'officine**

222 Tous les pharmaciens de ville ont rapporté qu'ils avaient dans leur patientèle plusieurs
223 patients atteints de PR. Ils estimaient en majorité qu'il s'agissait de patients « réguliers »
224 dans la dispensation. Néanmoins, ils soulignaient la difficulté pour eux d'estimer
225 correctement l'adhésion médicamenteuse des patients, précisant les nombreux facteurs
226 potentiels de non adhésion dont la complexité des traitements, les effets indésirables
227 ressentis et la diminution des symptômes pendant le traitement. Plusieurs pharmaciens ont
228 jugé que les patients avaient besoin d'informations supplémentaires ou d'écoute face aux

229 questions non posées à leur médecin. A l'heure actuelle, les pharmaciens reconnaissent
230 être principalement impliqués dans la dispensation des traitements bien que certains
231 proposaient également des rappels sur les points importants des thérapeutiques.
232 Cependant, ils ont estimé qu'il serait intéressant d'aller plus loin dans la prise en charge de
233 ces patients, notamment en termes de « coaching » et de suivi de l'observance. La
234 réalisation de bilans médicamenteux réguliers leur **semblait** utile pour « faire le point » (P14)
235 et « parler de ce qu'il y a à côté » (P9) (hygiène de vie, habitudes alimentaires, activité
236 physique ...).

237 La figure 4 présente les perceptions des pharmaciens vis-à-vis de leurs patients atteints de
238 PR.

239 **3.2.4 Faisabilité pour le développement d'entretiens pharmaceutiques dans la** 240 **PR**

241 L'ensemble des pharmaciens interrogés s'est montré motivé pour développer à l'officine des
242 entretiens dans la PR. Toutefois, ils ont expliqué qu'ils attendaient « autre chose par rapport
243 à ce qui existe déjà » (P1). En terme d'organisation, la majorité des pharmaciens pensait
244 qu'un entretien programmé, préférentiellement à l'officine, d'environ 20-30 minutes,
245 2 à 3 fois/an serait suffisant. Ils ont exprimé leur besoin d'avoir des supports pédagogiques
246 adaptés pour mener au mieux ces entretiens. La mise en place des entretiens, selon les
247 pharmaciens, devraient se faire dans le cadre d'une collaboration médico-pharmaceutique.
248 Les pharmaciens ont signalé la nécessité d'un financement adapté et proposaient des tarifs
249 variables.

250 La figure 5 présente les perceptions des pharmaciens vis-à-vis de la faisabilité et d'entretiens
251 dans la PR.

252 **3.2.5 Connaissances et formations nécessaires**

253 Si certains pharmaciens se sentaient à l'aise sur la physiopathologie de la maladie et les
254 stratégies thérapeutiques dans la PR, la majorité des pharmaciens ont exprimé un niveau
255 insuffisant de connaissances et un besoin de formation spécifique, notamment sur les
256 nouvelles thérapeutiques existantes. Plusieurs pharmaciens ont estimé qu'ils étaient assez
257 expérimentés dans les stratégies d'accompagnement thérapeutique et de communication
258 avec les patients. Un pharmacien soulignait néanmoins que la technique de l'entretien n'était
259 pas acquise de tous. Concernant le format de la formation, les avis des pharmaciens étaient
260 partagés. Même si « le e-learning est préférable » en termes de disponibilité, ils

261 reconnaissaient que le présentiel pourrait permettre des échanges riches avec les
262 participants et intervenants.

263 La figure 6 présente les perceptions des pharmaciens vis-à-vis de leurs connaissances et
264 leurs formations nécessaires dans la PR.

265 L'analyse des entretiens semi-dirigés a ainsi permis l'identification de difficultés rencontrées
266 par les pharmaciens (« freins ») ainsi que de solutions pouvant être proposées (« leviers »).
267 Ils sont rassemblés dans le tableau 2.

268 4. Discussion

269 A notre connaissance, il s'agit de la première étude qualitative, par entretiens semi-dirigés,
270 évaluant les perceptions des pharmaciens de ville français sur les entretiens
271 pharmaceutiques et leur expérience du lien-hôpital ainsi que sur la faisabilité d'entretiens
272 dans la PR. Cette étude est un prérequis indispensable pour pouvoir développer un
273 accompagnement pour le patient, adapté à la pratique officinale.

274 4.1 Choix du type d'étude

275 Le choix de la méthodologie s'est porté sur une méthode qualitative qui permet d'apporter un
276 éclairage nouveau sur les expériences et ressentis des pharmaciens de ville. Cette méthode
277 est particulièrement adaptée lorsqu'il est nécessaire d'appréhender la manière dont est vécu
278 un nouvel enjeu pour un groupe professionnel. La technique des entretiens semi-dirigés
279 individuels permet une liberté d'expression de chaque participant contrairement à la
280 **technique d'entretien de groupe** ou *focus group* [19]. L'analyse des entretiens permet de
281 mettre en évidence les sentiments, points de vue et expériences de chaque participant.

282 4.2 Des pharmaciens motivés

283 Notre étude a montré que les pharmaciens de ville reconnaissaient l'intérêt des entretiens
284 pharmaceutiques dans la prise en charge des patients. Fin 2014, la Caisse Nationale
285 d'Assurance Maladie publiait un bilan quantitatif positif des premiers entretiens
286 pharmaceutiques réalisés confirmant également l'intérêt du dispositif. Les pharmaciens
287 interrogés présentaient une motivation pour élargir le dispositif à d'autres pathologies. Une
288 enquête par auto-questionnaire auprès des pharmaciens d'Aquitaine sur leur participation
289 aux nouvelles missions introduites par la loi HPST a montré la capacité d'engagement des
290 pharmaciens dans ces missions [20]. A l'étranger, des études permettant de connaître le
291 ressenti des pharmaciens face au déploiement de programmes éducatifs en ville ont été
292 menées. En Australie, les pharmaciens de ville reconnaissaient être très satisfaits d'une
293 démarche éducative centrée sur le patient asthmatique [21]. Néanmoins, comme dans notre

294 étude, plusieurs facteurs ont été suggérés pour faciliter l'implication des pharmaciens dont la
295 **collaboration avec les médecins et le développement de compétences en communication**
296 [14]. Le décalage entre la pratique actuelle des entretiens pharmaceutiques et les attentes
297 des pharmaciens de ville vis-à-vis du développement d'entretiens dans d'autres pathologies
298 a déjà été évoqué à l'étranger [22]. **Il faut cependant remarquer que la comparaison des**
299 **expériences françaises avec celles de l'étranger est difficile, du fait des différences**
300 **existantes entre les systèmes de santé.**

301 **4.3 Freins et leviers dans la mise en place d'entretiens pharmaceutiques**

302 Les pharmaciens interrogés dans notre étude ont souligné une difficulté de recrutement,
303 notamment pour les patients asthmatiques du fait de critères d'éligibilité trop stricts. Ce frein
304 avait également été identifié en 2015 dans une **enquête française réalisée auprès de**
305 **pharmaciens de ville de Champagne-Ardenne. La majorité des pharmaciens avait eu au**
306 **moins un refus d'un patient (95 %), motivé par le manque d'intérêt (54 %) ou de temps**
307 **(22 %) [23].**

308 Des difficultés organisationnelles ont été **soulevées** par les pharmaciens de notre étude
309 (disponibilité, lieu dédié...) comparables aux opinions des pharmaciens anglais dans le
310 cadre du « New Medicines Service » (NMS) [24]. Une étude suisse a également montré que
311 le manque de temps des pharmaciens pouvait être responsable d'un défaut de
312 communication sur l'observance des traitements auprès des patients [25]. Ainsi, comme il a
313 été souligné dans notre étude, il est nécessaire de mettre en place des interventions plus
314 structurées permettant aux pharmaciens d'échanger avec les patients de façon adéquate et
315 de détecter et gérer la non adhésion éventuelle aux médicaments [26]. **Notre échantillon de**
316 **pharmaciens de ville est limité et ne nous permet pas d'étudier l'impact de l'organisation de**
317 **l'officine (notamment l'effectif) sur la disponibilité et la motivation des pharmaciens à réaliser**
318 **des entretiens.**

319 Les pharmaciens de ville ont souligné à plusieurs reprises **l'enjeu** d'une collaboration
320 interprofessionnelle **optimale**. La nécessité des échanges entre professionnels de santé a
321 largement été rapportée dans la littérature [24]. Selon Lee et al, tout modèle de service de
322 soins pharmaceutiques performant doit permettre un échange d'informations efficace entre
323 les professionnels de la santé afin de renforcer la confiance interprofessionnelle et d'assurer
324 une continuité des soins [27]. Certains pharmaciens de notre étude ont signalé les doutes
325 des médecins **traitants**, déjà montrés dans la littérature [28], quant à **la qualité de**
326 **l'information transmise par le pharmacien en ville auprès du patient. La collaboration entre**
327 **médecins et pharmaciens de ville est cruciale : elle passe par une meilleure connaissance**

328 des activités professionnelles (et des contraintes) et des compétences de chacun [29]. La
329 mise en œuvre de programme d'amélioration de l'adhésion médicamenteuse des patients
330 nécessite une vision partagée des pharmaciens et médecins à l'égard de la gestion
331 médicamenteuse et de l'observance du patient [14]. Dans notre étude, quelques
332 pharmaciens ont envisagé que les entretiens pharmaceutiques pouvaient permettre de
333 diminuer la charge de travail des médecins traitants. Dans la littérature, la plus grande
334 implication du pharmacien dans les soins primaires a également été positionnée pour alléger
335 efficacement la pression de la charge de travail des médecins généralistes [30]. Il faut noter
336 que les pharmaciens interrogés ont principalement pensé à une collaboration avec les
337 médecins **traitants** voire hospitaliers mais ont rarement évoqué le rôle que pouvait jouer le
338 pharmacien hospitalier.

339 La faiblesse actuelle du lien ville-hôpital apparaît comme un frein au développement
340 d'entretiens pharmaceutiques pertinents. Dans la littérature, il a été montré que le défaut
341 d'informations en sortie d'hospitalisation ne favorisait pas des soins pharmaceutiques
342 appropriés en ville [31]. Des pistes d'action favorisant des relations ville-hôpital plus
343 efficaces [15] doivent être proposées. Dans une étude récente évaluant l'implication des
344 pharmaciens de ville dans l'accompagnement des patients sous anti-cancéreux oraux les
345 actions de coordination ville-hôpital étaient difficiles à mettre en place et nécessitaient une
346 harmonisation des pratiques de communication et la mise à disposition de moyens
347 techniques et financiers adaptés [32]. Plusieurs pharmaciens interrogés souhaitaient
348 **disposer d'un bilan médicamenteux** à la sortie d'hospitalisation (**faisant apparaître les motifs**
349 **des modifications, arrêts ou instaurations de traitements**) pour être pertinents dans
350 l'information transmise aux patients et développer des soins pharmaceutiques efficaces en
351 ville. **Des résultats dans le même sens ont été retrouvés dans une étude récente en**
352 **rhumatologie. Cette étude concernant une expérience de soins pharmaceutiques montrait**
353 **que la quasi-globalité des médecins et pharmaciens de ville recommanderait l'utilisation**
354 **régulière de bilan médicamenteux de sortie [33]. Ils estimaient que ce dernier présentait un**
355 **intérêt pour assurer le relais ville-hôpital, ainsi que pour améliorer la compréhension du**
356 **patient et contribuer à une meilleure adhésion.** Selon Claeys et al, la transmission d'un **bilan**
357 **médicamenteux de sortie** structuré contenant des informations sur le traitement de sortie
358 d'hospitalisation présente une valeur ajoutée pour le pharmacien de ville [34]. La littérature a
359 largement montré que le pharmacien de ville, fréquemment confronté à des difficultés de
360 dispensation à la sortie d'hospitalisation, avait un rôle important dans la continuité des soins
361 [35]. Un lien ville-hôpital efficace permet alors de limiter la perte de temps à la résolution de
362 ces problèmes. Des outils d'information partagés par l'ensemble des professionnels de santé

363 sont cependant essentiels pour répondre aux difficultés de suivi des patients par les
364 pharmaciens de ville [15].

365 La problématique du financement a été abordée par la grande majorité des pharmaciens de
366 notre étude. Ils estimaient que le financement était inadapté et attendaient une évolution du
367 mode de rémunération des entretiens. Une meilleure reconnaissance des pharmaciens par
368 la rémunération est nécessaire pour favoriser leur implication et renforcer leur engagement
369 comme acteur du parcours de soins du patient [20]. **Comme rapporté par une équipe suisse,**
370 **les pharmaciens d'officine sont dans une situation délicate, « balancés » entre la vente de**
371 **médicaments et autres produits d'une part et les soins de santé d'autre part [36].**

372 Un pharmacien a regretté l'absence d'évaluation des dispositifs actuels d'accompagnement
373 pharmaceutique des patients en ville. Pourtant, des études rigoureuses pour mettre en
374 évidence ou réfuter l'impact positif de ce type de soins pharmaceutiques sur la qualité des
375 soins doivent être menées [37]. **A noter que concernant les bilans partagés de médication à**
376 **l'officine, une évaluation nationale BIMEDOC financée par la Direction générale de l'offre des**
377 **soins (dans le cadre d'un programme de recherche sur la performance du système des**
378 **soins) va démarrer en 2019. Elle s'intéressera plus particulièrement à l'impact du bilan**
379 **partagé de médication sur la prévalence des prescriptions potentiellement inappropriées.**

380 **4.4 Formation des pharmaciens**

381 Les pharmaciens ont estimé qu'ils avaient principalement besoin de réactualiser leurs
382 connaissances en physiopathologie et stratégies thérapeutiques dans la PR. Ces résultats
383 sont concordants avec une précédente enquête auprès des pharmaciens de ville interrogés
384 sur leurs connaissances de la pathologie [13]. Il a été également montré qu'une information
385 des pharmaciens sur les biosimilaires pouvait permettre d'harmoniser les discours entre
386 médecins et pharmaciens [38]. Les pharmaciens ont majoritairement estimé qu'ils étaient à
387 l'aise dans l'accompagnement thérapeutique des patients. Le contact répété entre le
388 pharmacien et le patient permet d'évaluer régulièrement l'observance [39]. Toutefois, il
389 semble important de former les pharmaciens à la détection de la non observance et de ses
390 causes [40] ainsi qu'à la prise en compte du niveau de littératie des patients dans les
391 dispositifs éducatifs [41].

392 **4.5 Attentes et besoins des patients**

393 Les pharmaciens interrogés ont rapporté que les patients semblaient satisfaits des entretiens
394 pharmaceutiques déjà réalisés. La littérature a montré qu'il est important de prendre en
395 compte les préférences des patients pour mettre en place des programmes éducatifs [42].
396 Un besoin d'information adapté aux attentes individuelles a été exprimé par les patients

397 atteints de PR [43, 44]. Il est ainsi nécessaire d'approfondir les effets indésirables et les
398 précautions d'emploi des médicaments pour s'assurer que les connaissances des patients
399 leur permettent d'agir en toute sécurité [12]. Une étude française [13] a montré que les
400 patients atteints de PR étaient globalement satisfaits de leur pharmacien (96 % des 135
401 patients ayant répondu) même s'ils exprimaient un besoin d'informations sur leurs
402 traitements médicamenteux ou non médicamenteux ainsi que des renseignements sur les
403 solutions complémentaires (diététique, phytothérapie). Une rencontre avec une association
404 de patients souffrant de PR (données non montrées) a fait émerger la nécessité de la
405 transmission et du partage des informations entre l'ensemble des professionnels de santé
406 participant au parcours de soins des patients. Dans notre étude, Les pharmaciens
407 participants ont estimé que les patients atteints de PR pouvaient avoir besoin d'informations
408 supplémentaires, notamment pour lutter contre les « idées fausses ». En revanche, la
409 volonté des patients d'échanges avec d'autres patients [13] apparaît difficilement réalisable à
410 l'officine. Lors d'un entretien avec le patient, son orientation vers des associations de
411 patients ou des programmes d'éducation thérapeutique peut être envisagée. Dans notre
412 étude, des pharmaciens ont d'ailleurs souligné qu'ils souhaiteraient disposer de contacts
413 d'associations de patients.

414 **4.6 Points forts et limites de l'étude**

415 Notre étude présente plusieurs points forts. Les entretiens semi-dirigés par téléphone nous
416 ont permis d'avoir un accès des pharmaciens maximal et flexible, sur une plus grande zone
417 géographique. Les pharmaciens interrogés ont des situations et perspectives différentes
418 permettant une bonne représentativité de la population étudiée.

419 Néanmoins des limites de l'étude peuvent apparaître. Comme pour toute analyse qualitative,
420 il peut exister un biais de subjectivité des données recueillies. Ce biais est toutefois limité par
421 l'absence de lien existant entre l'enquêteur et les pharmaciens interrogés. De plus, le
422 recrutement des pharmaciens était basé sur le volontariat et par conséquent les
423 pharmaciens ayant accepté de participer à notre étude étaient peut-être plus motivés que
424 ceux qui n'avaient pas accepté. Les pharmaciens ayant accepté de participer à l'étude sont
425 investis dans des démarches d'accompagnement du patient et ont pour la majorité des
426 contacts fréquents avec la faculté (maîtres de stage...). Enfin, seuls les pharmaciens de la
427 région ont été interrogés ce qui ne permet pas de généraliser les résultats à l'ensemble des
428 pharmaciens ; en particulier certaines composantes (ex : utilisation du système de
429 dématérialisation ZERo Papier en Rhône Alpes) sont liées à une organisation régionale.

430 **5. Conclusion**

431 Cette étude qualitative a permis d'aborder avec les pharmaciens de ville leurs opinions pour
432 élargir le dispositif d'entretiens pharmaceutiques à la PR, à partir de leurs expériences
433 actuelles des entretiens (AVK, asthme). Prendre en compte les attentes des pharmaciens de
434 ville est essentiel pour mettre en place un dispositif d'accompagnement des patients qui
435 s'intègre à la pratique officinale. Notre étude a montré l'existence de freins dans les
436 entretiens actuellement développés. Des leviers ont été proposés par les pharmaciens :
437 développement d'un lien ville-hôpital fort, collaboration avec les médecins, formation à la
438 conduite d'entretien dans la PR **et mise à jour des connaissances (thérapies innovantes,**
439 **biosimilaires)**, structuration et financement des entretiens. Ces résultats seront à prendre en
440 compte pour construire un modèle d'accompagnement des patients. **Ainsi un dispositif plus**
441 **global de soins pharmaceutiques, inscrit dans le parcours de soins du patient atteint de PR,**
442 **permettant un échange bidirectionnel entre la ville et l'hôpital (soins pharmaceutiques initiés**
443 **à l'hôpital et poursuivis en ville) serait intéressant à développer et évaluer.**

444 **Déclaration de liens d'intérêts**

445 Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- 446 1. Scheiman-Elazary A, Duan L, Shourt C, Agrawal H, Ellashof D, et al. The Rate of
447 Adherence to Antiarthritis Medications and Associated Factors among Patients with
448 Rheumatoid Arthritis: A Systematic Literature Review and Metaanalysis. *J Rheumatol.*
449 2016 Mar;43(3):512–23.
- 450 2. Wong PKK. Medication adherence in patients with rheumatoid arthritis: why do patients
451 not take what we prescribe? *Rheumatol Int.* 2016 Nov;36(11):1535–42.
- 452 3. Galo JS, Mehat P, Rai SK, Avina-Zubieta A, De Vera MA. What are the effects of
453 medication adherence interventions in rheumatic diseases: a systematic review. *Ann*
454 *Rheum Dis.* 2016 Apr;75(4):667–73.
- 455 4. Erku DA, Ayele AA, Mekuria AB, Belachew SA, Hailemeskel B, et al. The impact of
456 pharmacist-led medication therapy management on medication adherence in patients
457 with type 2 diabetes mellitus: a randomized controlled study. *Pharm Pract.* 2017
458 Sep;15(3):1026.
- 459 5. Abdulsalim S, Unnikrishnan MK, Manu MK, Alrasheedy AA, Godman B, et al.
460 Structured pharmacist-led intervention programme to improve medication adherence in
461 COPD patients: A randomized controlled study. *Res Soc Adm Pharm RSAP.* 2017 Oct
462 26;
- 463 6. Manaouil C, Lemaire-Hurtel A-S, Sénéchal A, Jardé O. Information du patient par le
464 pharmacien en officine. *Médecine Droit.* 2016 Jun;2016(138):70–81.
- 465 7. Morfin F, Janoly-Dumenil A. Plus on est de vaccinateurs, plus on vaccine! *Lett Infect.*
466 Tome XXXIII(2).
- 467 8. Arrêté du 4 mai 2012 portant approbation de la convention nationale organisant les
468 rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie.
- 469 9. CNAMTS. Communiqué de presse. Accompagnement pharmaceutique des patients
470 sous traitement par AVK: premier bilan à un an. 2014. Consultable sur
471 [https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/CP_Bilan_1_an_AVK_141217_0](https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/CP_Bilan_1_an_AVK_141217_01.pdf)
472 1.pdf (accès le 10 octobre 2017).
- 473 10. Qassemi S, Mouchoux C, Eyvrad F, Tesquet N, Rouch L, et al. Le bilan de médication
474 en soins primaires chez les plus de 65 ans. *Actual Pharm.* 2018 Jan;57(572):37–9.
- 475 11. Meesters J, de Boer I, van den Berg M, Fiocco M, Vliet Vlieland T. Unmet information
476 needs about the delivery of rheumatology health care services: a survey among
477 patients with rheumatoid arthritis. *Patient Educ Couns.* 2011 Nov;85(2):299–303.
- 478 12. Packham J, Arkell P, Sheeran T, Brownfield A, Cadwgan A, et al. Patient experiences,
479 attitudes and expectations towards receiving information about anti-TNF medication: a
480 quantitative study. *Clin Rheumatol.* 2017 Nov;36(11):2595–600.
- 481 13. Landry G, Nerich V, Woronoff AS, Wendling D, Woronoff-Lemsi MC. Évaluation de la
482 place du pharmacien d'officine dans la prise en charge pluridisciplinaire de la
483 polyarthrite rhumatoïde. *J Pharm Clin.* 2009 Jan 1;28(1):47–52.

- 484 14. Marquis J, Schneider MP, Spencer B, Bugnon O, Du Pasquier S. Exploring the
485 implementation of a medication adherence programme by community pharmacists: a
486 qualitative study. *Int J Clin Pharm*. 2014 Oct;36(5):1014–22.
- 487 15. Marmorat T, Canat HL, Préau M, Farsi F. Dispenser des anticancéreux oraux à
488 l'officine. Contraintes professionnelles et pistes d'actions, Dispensing of oral anticancer
489 drugs by retail pharmacies: professional requirements and recommendations. *Santé
490 Publique*. 2017 Mar 14;29(1):89–93.
- 491 16. Renard P-Y. Délivrance des anticancéreux oraux□: besoins et attentes du pharmacien
492 d'officine. *Actual Pharm*. 2013 Feb;52(523):44–7.
- 493 17. Talavera-Pons S, Jury F, Mulliez A, Lamblin G, Laurent D, et al. Le patient greffé
494 hépatique à l'officine□: analyse des besoins des pharmaciens pour optimiser le relais
495 hôpital–ville. *Pharm Hosp Clin*. 2017 Mar;52(1):58–63.
- 496 18. Blais M, Martineau S. L'analyse inductive générale□: description d'une démarche visant
497 à donner un sens à des données brutes. *Recherches qualitatives*. 2006;26(2):1–18.
- 498 19. Moreau A, Dedianne MC, Letrilliart L, Le Goaziou MF, Labarère J, et al. Méthode de
499 recherche□: s'approprier la méthode du focus group. *Rev Prat*. 2004 Jan 1;18:382–4.
- 500 20. d'Elbée M, Baumevieille M, Dumartin C. Missions de coopération introduites par la loi
501 «□hôpital, patients, santé et territoires□»□: participation des pharmaciens d'officine en
502 Aquitaine. *Rev DÉpidémiologie Santé Publique*. 2017 Jun;65(3):231–9.
- 503 21. Emmerton LM, Smith L, LeMay KS, Krass I, Saini B, et al. Experiences of community
504 pharmacists involved in the delivery of a specialist asthma service in Australia. *BMC
505 Health Serv Res*. 2012 Jun 18;12:164.
- 506 22. Svensberg K, Kälvemark Sporrang S, Håkonsen H, Toverud E-L. 'Because of the
507 circumstances, we cannot develop our role': Norwegian community pharmacists'
508 perceived responsibility in role development. *Int J Pharm Pract*. 2014 Oct 30;
- 509 23. Mongaret C, Lepage C, Aubert L, Lestrille A, Slimano F. Quel bilan à deux ans de la
510 mise en place de l'accompagnement des patients traités par anti-vitamines K□? Le
511 point de vue du pharmacien d'officine. *Ann Pharm Fr*. 2018 Mar;76(2):114–21.
- 512 24. Lucas B, Blenkinsopp A. Community pharmacists' experience and perceptions of the
513 New Medicines Service (NMS). *Int J Pharm Pract*. 2015 Dec;23(6):399–406.
- 514 25. Boeni F, Arnet I, Hersberger KE. Adherence counseling during patient contacts in swiss
515 community pharmacies. *Patient Prefer Adherence*. 2015 Apr 24;9:597–605.
- 516 26. Rickles NM, Young GJ, Hall JA, Noland C, Kim A, Peterson C, et al. Medication
517 adherence communications in community pharmacies: A naturalistic investigation.
518 *Patient Educ Couns*. 2016 Mar;99(3):386–92.
- 519 27. Lee I-H, Rhie SJ, Je NK, Rhew KY, Ji E, et al. Perceived needs of pharmaceutical care
520 services among healthcare professionals in South Korea: a qualitative study. *Int J Clin
521 Pharm*. 2016 Oct;38(5):1219–29.
- 522 28. Jové AM, Fernández A, Hughes C, Guillén-Solà M, Rovira M, et al. Perceptions of
523 collaboration between general practitioners and community pharmacists: findings from a
524 qualitative study based in Spain. *J Interprof Care*. 2014 Jul;28(4):352–7.

- 525 29. Weissenborn M, Haefeli WE, Peters-Klimm F, Seidling HM. Interprofessional
526 communication between community pharmacists and general practitioners: a qualitative
527 study. *Int J Clin Pharm*. 2017 Jun;39(3):495–506.
- 528 30. Butterworth J, Sansom A, Sims L, Healey M, Kingsland E, et al. Pharmacists'
529 perceptions of their emerging general practice roles in UK primary care: a qualitative
530 interview study. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract*. 2017 Sep;67(662):e650–8.
- 531 31. Brühwiler LD, Hersberger KE, Lutters M. Hospital discharge: What are the problems,
532 information needs and objectives of community pharmacists? A mixed method
533 approach. *Pharm Pract*. 2017;15(3):1046.
- 534 32. Occhipinti S, Petit-Jean E, Pinguet F, Beauvin C, Daouphars M, et al. [Pharmacist
535 involvement in supporting care in patients receiving oral anticancer therapies: A
536 situation report in French cancer centers]. *Bull Cancer (Paris)*. 2017 Sep;104(9):727–
537 34.
- 538 33. Remetter É, Gourieux B, Levêque D, Javier R-M, Sordet C, et al. Étude de l'impact d'un
539 processus de conciliation thérapeutique dans un service de rhumatologie hospitalo-
540 universitaire : rôle et intérêt d'un pharmacien clinicien dans une équipe soignante. *Rev
541 Rhum*. 2015 Dec;82(6):402–7.
- 542 34. Claeys C, Dufrasne M, De Vriese C, Nève J, Tulkens PM, et al. [Information
543 transmission to the community pharmacist after a patient's discharge from the hospital:
544 setting up of a written medication discharge form, prospective evaluation of its impact,
545 and survey of the information needs of the pharmacists]. *J Pharm Belg*. 2015
546 Mar;(1):42–54.
- 547 35. Neeman M, Dobrinas M, Maurer S, Tagan D, Sautebin A, et al. Transition of care: A set
548 of pharmaceutical interventions improves hospital discharge prescriptions from an
549 internal medicine ward. *Eur J Intern Med*. 2017 Mar;38:30–7.
- 550 36. Wisell K, Sporrang SK. The Raison D'être for the Community Pharmacy and the
551 Community Pharmacist in Sweden: A Qualitative Interview Study. *Pharm Basel Switz*.
552 2015 Dec 25;4(1).
- 553 37. Perraudin C, Brion F, Bourdon O, Pelletier-Fleury N. The future of pharmaceutical care
554 in France: a survey of final-year pharmacy students' opinions. *BMC Clin Pharmacol*.
555 2011 May 25;11:6.
- 556 38. Beck M, Michel B, Rybarczyk-Vigouret M-C, Levêque D, Sordet C, et al. Knowledge,
557 behaviors and practices of community and hospital pharmacists towards biosimilar
558 medicines: Results of a French web-based survey. *mAbs*. 2017 Mar;9(2):383–90.
- 559 39. Duquet N. [How can the community pharmacist improve the adherence to anti-
560 osteoporotic treatments]. *J Pharm Belg*. 2015 Sep;(3):4–13.
- 561 40. Witry MJ. Medication adherence beliefs of U.S community pharmacists. *Res Soc Adm
562 Pharm*. 2017;S1551-7411(17)30378-9.
- 563 41. Margat A, De Andrade V, Gagnayre R. «□Health Literacy□» et éducation thérapeutique
564 du patient□: Quels rapports conceptuel et méthodologique? *Educ Thérapeutique
565 Patient - Ther Patient Educ*. 2014 Jun;6(1):10105.

- 566 42. Witry MJ, LaFever M, Gu X. A Narrative Review of Medication Adherence Educational
567 Interventions for Health Professions Students. *Am J Pharm Educ.* 2017 Jun;81(5):95.
568 Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5508094/>
- 569 43. Zuidema RM, Repping-Wuts H, Evers AWM, Van Gaal BGI, Van Achterberg T. What do
570 we know about rheumatoid arthritis patients' support needs for self-management? A
571 scoping review. *Int J Nurs Stud.* 2015 Oct;52(10):1617–24.
- 572 44. Poh LW, He H-G, Lee CSC, Cheung PP, Chan W-CS. An integrative review of
573 experiences of patients with rheumatoid arthritis. *Int Nurs Rev.* 2015 Jun;62(2):231–47.

Figure 1

GUIDE ENTRETIENS – PHARMACIENS DE VILLE

Nous travaillons actuellement avec des rhumatologues hospitaliers pour mettre en place un projet visant à évaluer l'impact d'entretiens réalisés par les pharmaciens d'officine et en collaboration avec le secteur hospitalier sur l'adhésion thérapeutique des patients. Ces entretiens cibleraient les patients atteints de polyarthrite rhumatoïde. Mon objectif est d'obtenir votre avis sur la faisabilité de ces entretiens en ville. Nous allons donc nous entretenir environ 15 minutes afin de recueillir votre avis sur cette problématique.

Emplacement de l'officine (commune + zone rurale/semi-rurale/urbaine) :

.....

Statut (titulaire/adjoint) :

Temps de carrière en officine (en années) :

Age (en années) :

Thèmes à aborder	Sous-questions/relances
Quelle est votre position sur les entretiens pharmaceutiques en officine ?	Avez-vous déjà réalisés des entretiens ? Si non pourquoi ? Quelle était la cible des patients ? Quels étaient les leviers et freins dans cette démarche ? Avez-vous transmis l'information à d'autres professionnels de santé ? Penseriez-vous à d'autres pathologies pour développer ces entretiens ?
Quelle est votre expérience du lien ville-hôpital ?	Avez-vous déjà sollicités un professionnel de santé à l'hôpital ? lequel ? dans quel contexte ? Avez-vous déjà été contacté par un professionnel de l'hôpital ? lequel ? dans quel contexte ? Quelles informations souhaiteriez-vous avoir de l'hôpital pour améliorer la prise en charge des patients ?
Avez-vous des patients souffrant de polyarthrite rhumatoïde dans votre patientèle ? Vous sentez-vous à l'aise dans la prise en charge de	Sont-ils des patients réguliers ? Comment estimez-vous leur adhésion médicamenteuse ? Quel rôle jouez-vous actuellement dans la prise en charge de ces patients ?

<p>ces patients actuellement ?</p>	<p>Comment jugez-vous vos connaissances en physiopathologie dans la polyarthrite rhumatoïde ?</p> <p>Même question pour la thérapeutique ?</p> <p>Pensez-vous que les patients ont besoin d'informations supplémentaires ? Si oui, lesquelles ?</p>
<p>Seriez-vous d'accord pour développer des entretiens pharmaceutiques destinés à améliorer l'adhésion des patients dans la PR ?</p> <p><i>On réfléchit actuellement à un projet d'évaluation et à des modalités de mise en place et on voudrait avoir votre avis.</i></p> <p><i>Nous pensons qu'il est bien de décloisonner, vous avez un rôle à jouer. Il existe des projets d'ETP hospitaliers mais le médecin traitant et vous êtes des acteurs de choix.</i></p>	<p>Quelle solution pourrait être envisagée pour développer des entretiens avec les patients ?</p> <ul style="list-style-type: none"> -lieu (officine, domicile, téléphone...) -durée ? -organisé ? -fréquence ? -supports ? -financement ? <p>Quel type d'informations souhaiteriez-vous apporter aux patients ?</p>
<p>Quelles connaissances et compétences voudriez-vous obtenir pour développer ces entretiens ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> -physiopathologie ? -nouvelles thérapeutiques ? -accompagnement thérapeutique ? -formation à la communication ? <p>Sous quel format souhaiteriez-vous être formé ?</p>
<p>Avez-vous des remarques supplémentaires ?</p>	<p>Seriez-vous partant, contre rémunération, pour participer à un dispositif d'accompagnement thérapeutique dans la PR ?</p>

Figure 2

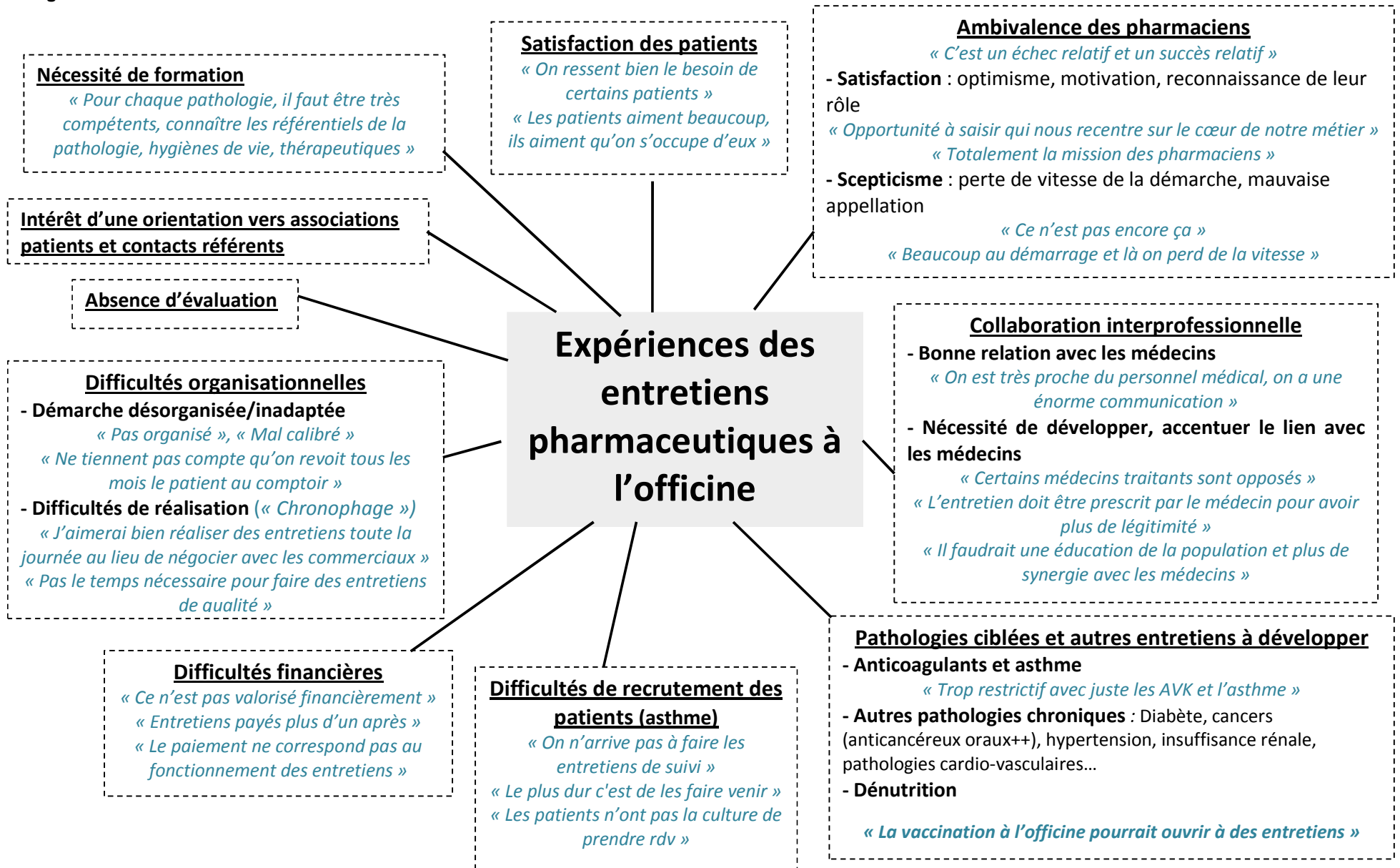


Figure 3

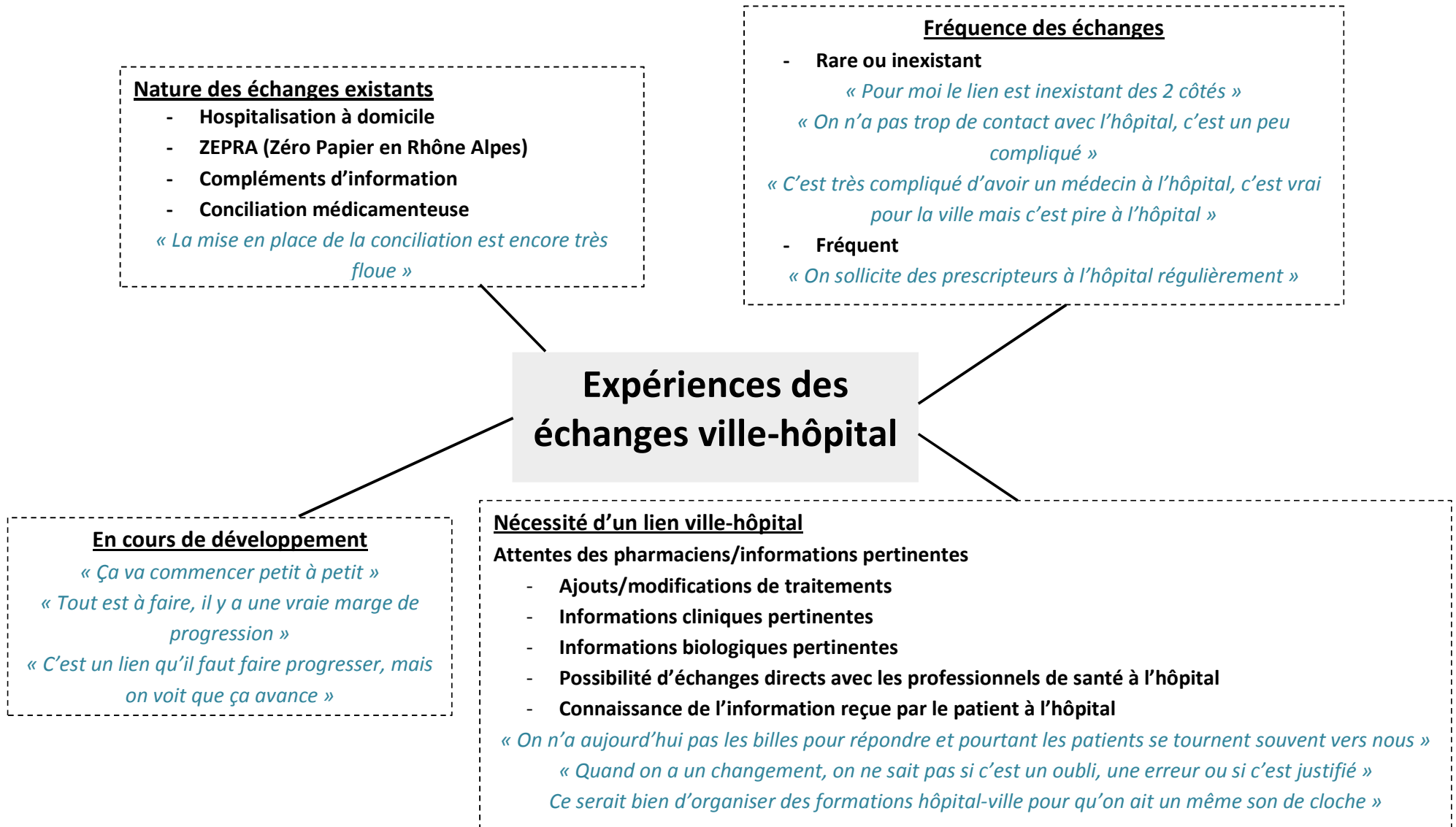


Figure 4

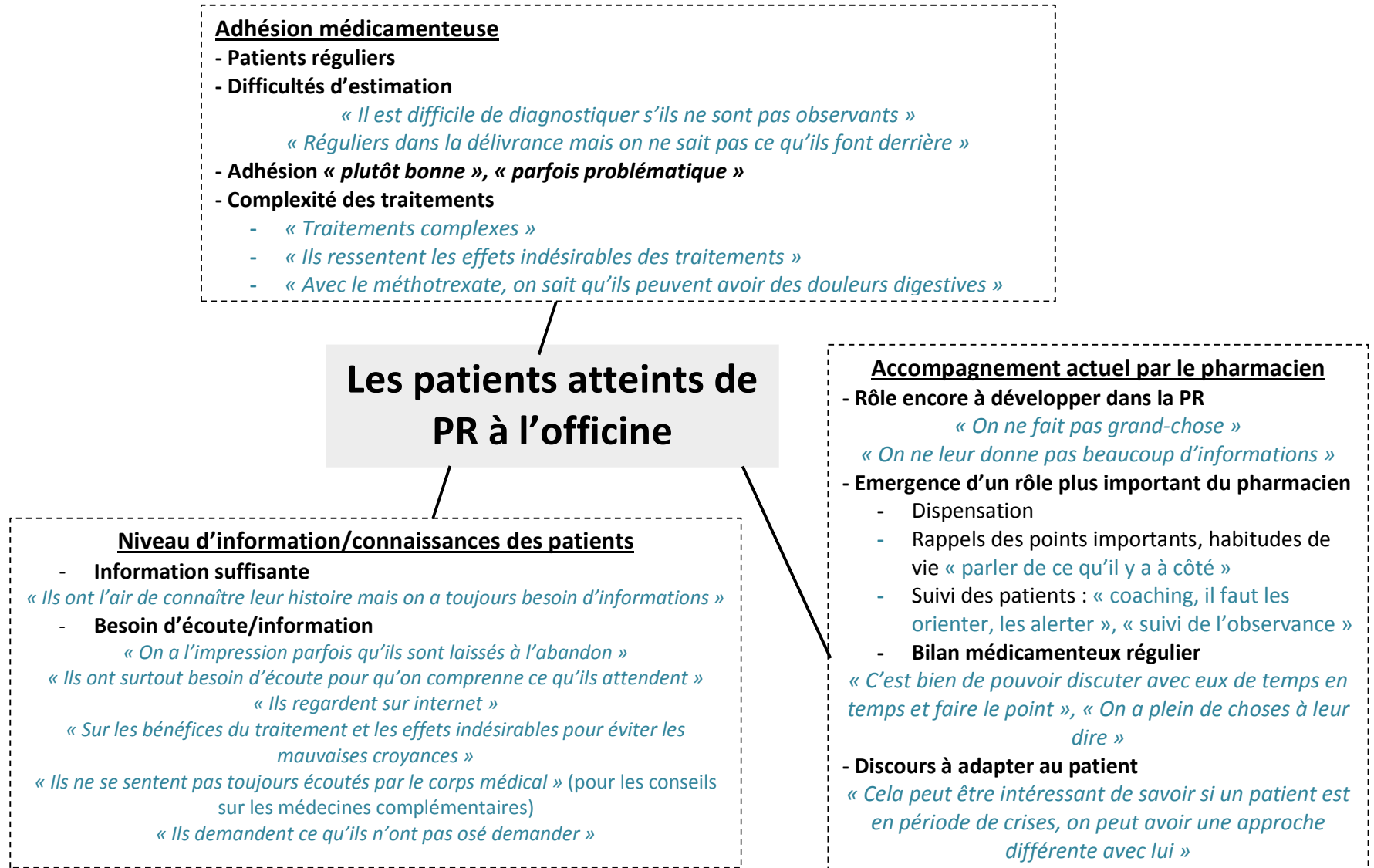


Figure 5

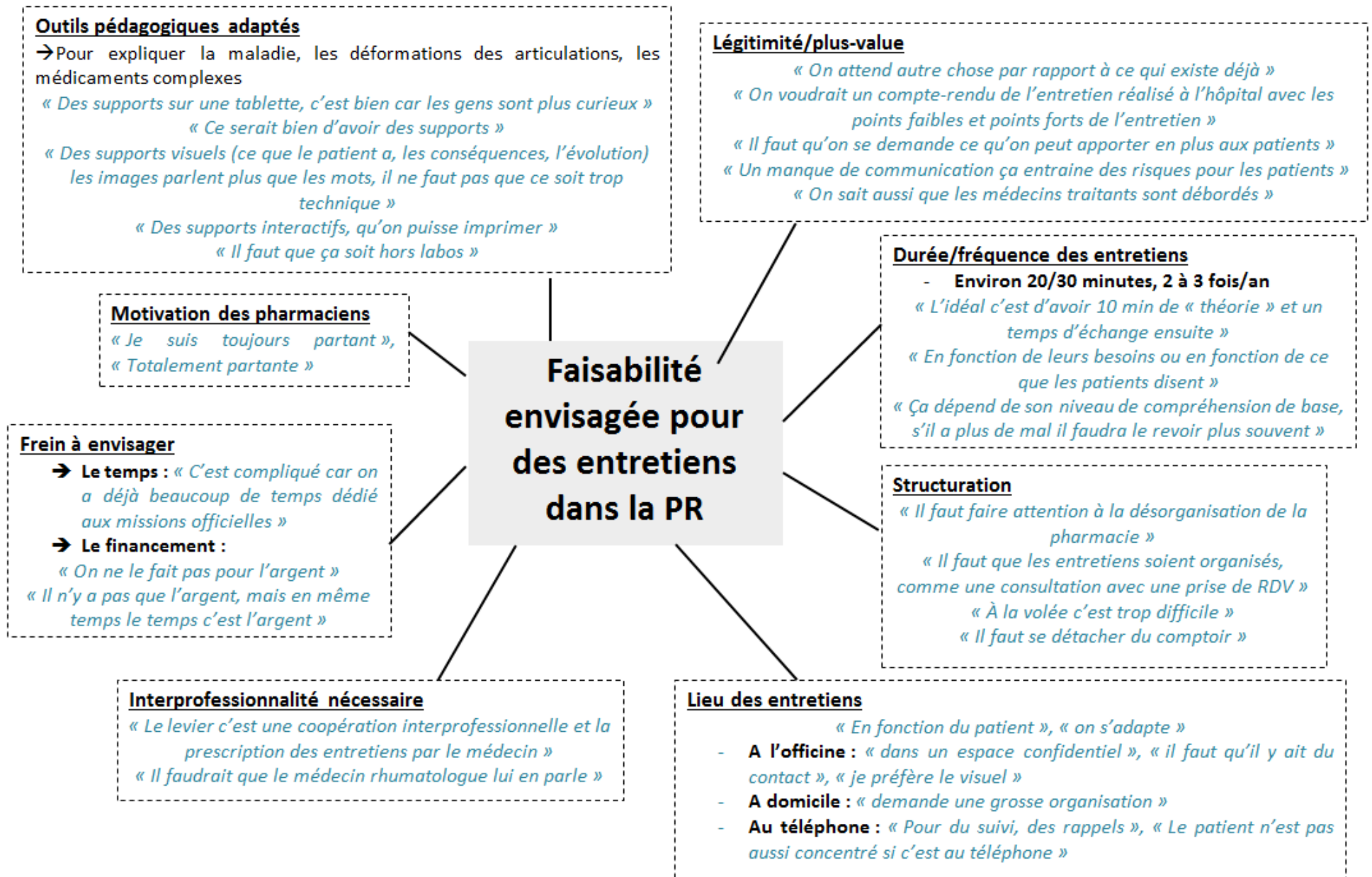


Figure 6

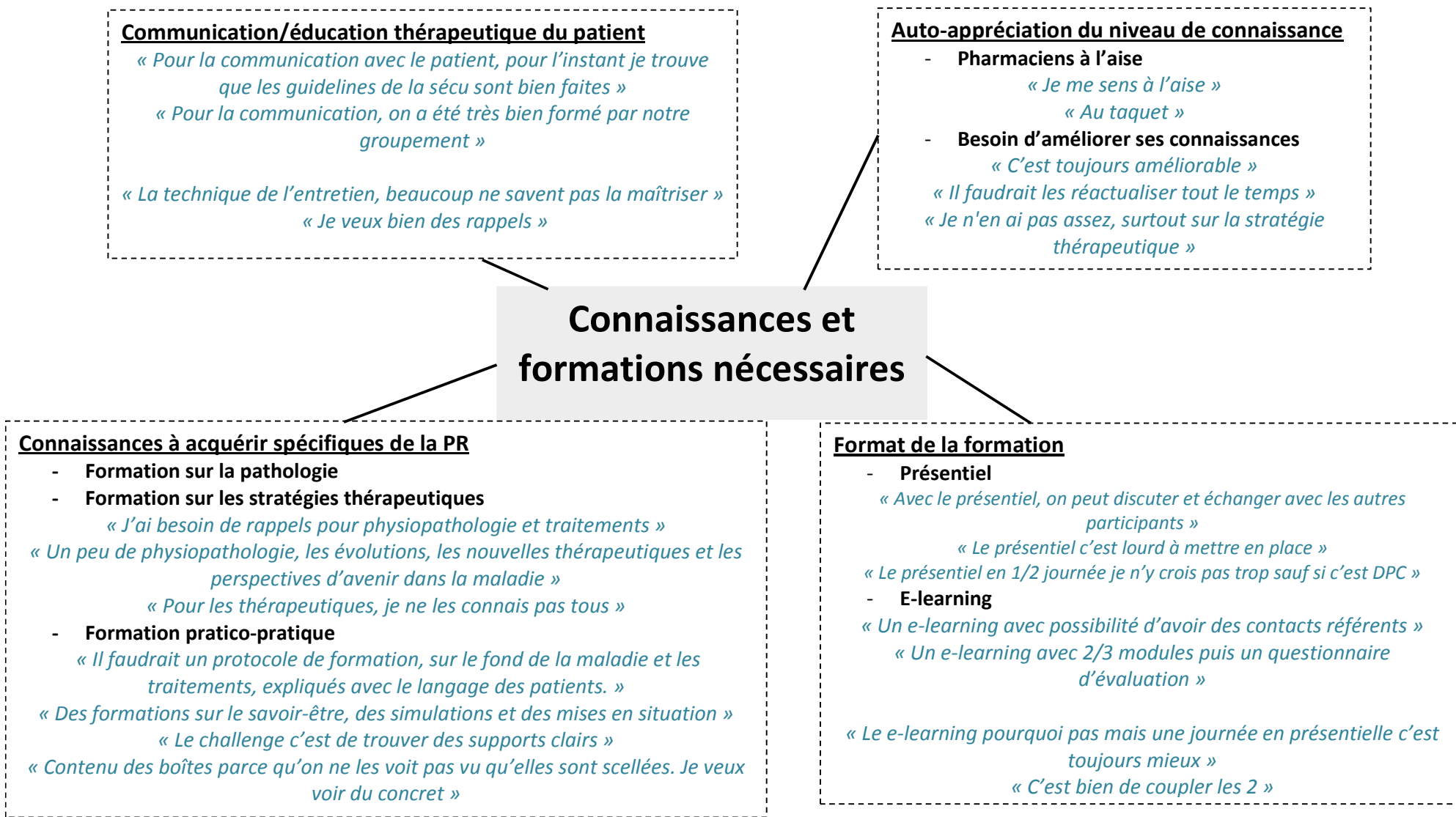


Tableau 1 : Caractéristiques des pharmaciens de ville ayant participé à l'étude
 Table 1: Characteristics of the study pharmacists

N°	Sexe	Date de l'entretien	Durée de l'entretien (minutes)	Age (années)	Temps travaillé en officine (années)	Statut	Localisation de l'officine	Effectif (pharmaciens, préparateurs) dans l'officine	Département de l'officine
P1	Femme	04/08/2017	15	39	12	Titulaire	Semi-rural	4	Rhône
P2	Homme	31/08/2017	43	36	10	Adjoint	Urbain	9	Rhône
P3	Homme	24/08/2017	10	39	10	Titulaire	Urbain	5	Rhône
P4	Homme	01/08/2017	18	33	8	Titulaire	Urbain	7	Rhône
P5	Homme	12/10/2017	20	60	33	Titulaire	Semi-rural	4	Rhône
P6	Femme	01/09/2017	16	36	11	Titulaire	Urbain	5	Rhône
P7	Homme	23/08/2017	42	59	37	Titulaire	Urbain	9	Rhône
P8	Femme	10/10/2017	20	50	16	Titulaire	Urbain	4	Rhône
P9	Homme	12/09/2017	28	32	8	Titulaire	Semi-rural	8	Ain
P10	Femme	24/08/2017	15	55	17	Titulaire	Urbain	5	Rhône
P11	Femme	04/08/2017	15	28	3	Adjoint	Semi-rural	14	Isère
P12	Femme	27/09/2017	11	25	2	Adjoint	Urbain	17	Rhône
P13	Homme	22/08/2017	30	48	20	Titulaire	Rural	10	Loire
P14	Femme	18/10/2017	21	25	4	Adjoint	Semi-rural	11	Ain
P15	Homme	20/10/2017	15	44	13	Titulaire	Semi-rural	14	Isère

Tableau 2 : Identification des freins et leviers proposés par les pharmaciens de ville

Table 2: Identification of obstacles and levers proposed by community pharmacists

Freins actuellement identifiés	Leviers proposés par les pharmaciens
Défaut d'information sur les modifications de traitement à l'hôpital et sur les informations données au patient durant l'hospitalisation	Transmission des modifications de traitements pendant l'hospitalisation
	Partage/transmission des informations transmises aux patients pendant l'hospitalisation (avec connaissances acquises et non acquises par les patients)
Pas d'interprofessionnalité autour des entretiens pharmaceutiques	Proposition/« Prescription » de l'entretien pharmaceutique par le médecin
Entretiens pharmaceutiques non développés dans la PR	Programmation des entretiens pharmaceutiques, en lien avec la dispensation des traitements
	Temps dédié (environ 20 à 30 minutes » et répétition dans le temps (2 à 3 fois/an)
	Préférentiellement à l'officine dans un lieu dédié (ou entretien téléphonique pour du simple suivi pharmaceutique)
	Supports pédagogiques adaptés et interactifs
Niveau de connaissances non suffisant	Formation des pharmaciens de ville
Financement non adapté	Forfait par patient (propositions variables selon les pharmaciens)