

PRISE EN CHARGE
MULTIDISCIPLINAIRE
EN HDJ



Guide pratique de la
prise en charge multidisciplinaire
des patients atteints de
Rhumatisme Inflammatoire
Chronique en **Hôpital de Jour**

SOMMAIRE

1. Propos introductif

P.04

2. Histoire des Hôpitaux de Jour en Rhumatologie (HDJ)

P.05

3. Nouvelle Instruction Gradation des prises en charges ambulatoires : que faut-il en retenir ?

P.06

4. Place du pharmacien clinicien dans le parcours de soins du patient atteint de Rhumatismes Inflammatoires Chroniques (RIC)

P.08

En pratique :

5. Partage d'expériences de programmes d'HDJ déployés dans les Rhumatismes Inflammatoires Chroniques

- HDJ « primo-prescription d'une biothérapie » **P.12**
- HDJ « suivi des patients RIC sous biothérapie » **P.16**
- HDJ « dépistage, prévention et traitement des comorbidités du patient RIC » **P.20**

6. Zoom sur l'intervention du pharmacien clinicien

P.24

7. Conclusion

P.26

COMITÉ SCIENTIFIQUE ET RÉDACTIONNEL

Pr. Benoit Allenet,
Pharmacien Clinicien,
CHU Grenoble Alpes

Pr. Athan Baillet,
Rhumatologue,
CHU Grenoble Alpes

Dr. Anne-Laure Clairet,
Pharmacien Clinicien,
CHU Besançon

Dr. Ornella Conort,
Pharmacien Clinicien,
APHP Hôpital Cochin

Pr. Bernard Cortet,
Rhumatologue,
CHU Lille

Pr. Maxime Dougados,
Rhumatologue,
APHP Hôpital Cochin

Dr. Chloé Rousselière,
Pharmacien Clinicien,
CHU Lille

**Dr. Clarisse Roux
Marson,** Pharmacien
Clinicien, CHU Nîmes

Dr. Didier Theis,
Médecin de Santé Publique,
CHU Lille



PROPOS INTRODUCTIF



Du fait de la complexité de la pathologie, fréquemment accompagnée de comorbidités, et de l'arsenal thérapeutique, les patients atteints de Rhumatismes Inflammatoires Chroniques (RIC) requièrent des soins complexes à mettre en œuvre, à l'origine d'une hétérogénéité d'accès aux soins.

Ainsi, **les programmes multidisciplinaires ont montré une plus-value sur l'amélioration de l'atteinte fonctionnelle et de l'activité du rhumatisme par rapport à un suivi en consultation¹**. Ces programmes ont démontré la pertinence de l'intervention, aux côtés du rhumatologue, de plusieurs professionnels de santé : infirmier, pharmacien clinicien, psychologue, nutritionniste, kinésithérapeute, ergothérapeute, assistant social et diététicien². **Les bilans multidisciplinaires d'analyse systématique des RIC (patient annual review) et de dépistage des comorbidités permettent une optimisation de la prise en charge des patients.**

Les travaux scientifiques montrent l'avantage à court terme d'un bilan systématique conçu par le rhumatologue puis coordonné par un infirmier de rhumatologie sur la prise en charge des comorbidités, lequel permet une meilleure optimisation du traitement des RIC^{3,4,5}.

Ces bilans systématiques, associés à des programmes d'éducation thérapeutique et d'analyse des obstacles émotionnels et physiques aux soins, aident les patients avec un RIC, et offrent une prise en charge holistique des patients, davantage centrée sur leurs besoins et attentes⁶, avec un impact positif sur leur adhésion au traitement par bDMARD (disease-modifying antirheumatic drugs)⁷. De plus, l'approche multidisciplinaire standardisée permet une dissémination d'une initiative dans d'autres centres, ce qui concourt à **harmoniser la prise en charge des patients avec un RIC à travers l'Europe**. La dissémination de ces bonnes pratiques a été accélérée par la rédaction de normes de soins centrées sur le patient (standard of care) sous l'initiative des sociétés savantes. La réalisation de ces bilans multidisciplinaires lors d'hospitalisations de jour (HDJ) peut **faciliter l'accès aux soins et concourt à l'optimisation du parcours de soins**. Par exemple, les femmes avec un lupus résidant dans un désert médical sont mieux traitées grâce à ce type d'intervention qui les aide à mieux naviguer dans le système de santé⁶.

HISTOIRE DES HDJ EN RHUMATOLOGIE

Si les HDJ en rhumatologie ont connu un essor de leur activité avec l'arrivée des biothérapies administrées par voie intraveineuse, en séances, ils ont ensuite, avec l'évolution de l'arsenal thérapeutique et sous l'impulsion des sociétés savantes, étendu leur activité à diverses typologies de prise en charge : bilans diagnostiques et thérapeutiques, évaluations pluridisciplinaires annuelles ou encore dépistage et prévention des comorbidités⁸.

L'instruction DGOS/R/2010/201 dite «frontière» encadrait la tarification des HDJ depuis le 15 juin 2010. En apparence simple (facturation d'un GHS de 0 nuit justifiée par 3 conditions cumulatives), cette instruction a donné pourtant lieu à interprétations diverses, et a abouti à une forte insécurité financière pour les établissements. **Elle ne permettait notamment pas de valoriser correctement le suivi des malades chroniques par les prises en charges coordonnées**, ne nécessitant pas la réalisation d'actes techniques et mobilisant différents types d'intervenants en particulier paramédicaux, dont les interventions ne sont pas décrites et tarifées dans la nomenclature

Assurance
Maladie⁸.

L'enjeu était donc de définir des règles de facturation claires, sécurisées, reflétant les recommandations des sociétés savantes et évolutions des pratiques, pour soutenir le déploiement de ces offres de soins bénéfiques au patient⁹.

Le 2 mai 2017, un **Forfait de Prestation Intermédiaire (FPI)**, intermédiaire entre HDJ et facturation externe, a été introduit par arrêté; constituant une première étape vers la reconnaissance de la plus-value d'une prise en charge pluri professionnelle autour de certaines maladies chroniques. Applicable à une liste fermée d'affections, parmi lesquelles la polyarthrite rhumatoïde et la spondylarthrite ankylosante, le FPI a pourtant été peu mis en œuvre en rhumatologie, principalement du fait de difficultés organisationnelles⁹.

Depuis le 28 février 2020, une nouvelle instruction relative à la gradation des prises en charges ambulatoires régit ces activités¹⁰. Elle vise principalement deux objectifs : clarifier et sécuriser les conditions de facturation des prises en charge en hospitalisation de jour, et reconnaître et valoriser un niveau de prise en charge «intermédiaire». Les principes de

cette instruction, en déclinaison de l'arrêté relatif aux forfaits alloués aux établissements de santé¹¹, sont exposés ci-après dans le guide, offrant aujourd'hui un cadre pleinement propice au déploiement d'une approche holistique du patient chronique en rhumatologie⁹.



NOUVELLE INSTRUCTION GRADATION DES PRISES EN CHARGES AMBULATOIRES: QUE FAUT-IL EN RETENIR ?^{10,11}

Le rhumatologue décide de prescrire une admission en HDJ car la prise en charge le nécessite : plusieurs « interventions » auprès du patient, ou « contexte patient » ou « surveillance particulière » ou « administration de produit de réserve hospitalière ».

Quels intervenants ? Pour quelles interventions ?



INTERVENTIONS

- Prestations intellectuelles
- Télémédecine / télé-expertise (exclusion de la télésurveillance)
- Actes techniques médicaux (CCAM* hors ECG** et anatomo-pathologie au laboratoire), hors biologie
- Interventions de pharmacie clinique
- Actes infirmiers : soins courants (constantes, prise de sang, perfusion...), éducation thérapeutique, interventions de pratique avancée
- Prestations inter-établissements



INTERVENANTS

- Professionnels médicaux
- Pharmaciens hospitaliers
- Professionnels paramédicaux : infirmier, kinésithérapeute, diététicien, psychologue, ergothérapeute, APA***...
- Professionnels socio-éducatifs



A NOTER

Facturation : un GHS de 0 nuit peut être facturé en hospitalisation complète (dérogation) ; en revanche, **pas de facturation d'un GHS en structure de consultation**

Pour permettre le décompte dans le cadre de la facturation GHS :

- Les interventions doivent être réalisées **directement auprès du patient**

- Si collectives, elles peuvent être dénombrées pour chacun des patients participants
- 2 professionnels médicaux intervenant directement auprès du patient peuvent être dénombrés de façon distincte s'ils relèvent de 2 spécialités (qualification ordinale) ou surspécialités différentes (DU, DESC)



CRITÈRES POUR POUVOIR FACTURER LA PRISE EN CHARGE EN GHS**** [Annexe1] :

- Admission dans une **structure d'hospitalisation sans nuitée**
- **Coordination + synthèse** à l'issue de la prise en charge réalisées par le rhumatologue prescripteur ou coordinateur, et **traçabilité** des informations dans le dossier patient
- **Triptyque de variables (ou)** : nombre d'interventions ; contexte patients / surveillance particulière ; produit de la réserve hospitalière

Nombre d'interventions	< 3 intervenants et/ou interventions	A facturer en actes externes (sauf contexte patient / surveillance particulière)
	= 3 intervenants et/ou interventions	• GHM 08M35Z - GHS 3193 (intermédiaire) • GHM 08M14T - GHS 5066 (intermédiaire)
	≥ 4 intervenants et/ou interventions	• GHM 08M35Z - GHS 3152 (inchangé) • GHM 08M14T - GHS 3072 (inchangé)
Contexte patients/ Surveillance particulière	• Fragilité / terrain à risque justifiant d'un environnement et de soins adaptés , ou de précautions particulières, non requis par d'autres patients (notion d'exception) • Modalités de prise en charge nécessitant un temps de surveillance ou de réalisation plus important pour le patient ou nécessitant des conditions d'asepsie spécifiques	• GHM 08M35Z - GHS 3152 (inchangé) • GHM 08M14T - GHS 3072 (inchangé)
Produit de la réserve hospitalière	Traitement « exceptionnel »	• GHM 08M35Z - GHS 3152 (inchangé) • GHM 08M14T - GHS 3072 (inchangé)
	Traitement nécessitant une administration régulière pour atteindre / entretenir l'efficacité attendue	• GHM 28Z17Z - GHS 9616

Intitulés des GHM :

08M35Z: Exploration et surveillance de l'Appareil Musculosquelettique et du Tissu Conjonctif
08M14T: Affection du Tissu Conjonctif, très courte durée
28Z17Z : Chimiothérapie pour affection non tumorale, en séances

- 2 interventions distinctes sont dénombrables que ce soit la même personne ou 2 personnes différentes
- 1 intervention infirmière d'éducation thérapeutique (ETP) ou de pratique avancée peut être comptée en plus des soins courants (même personne ou distincte)

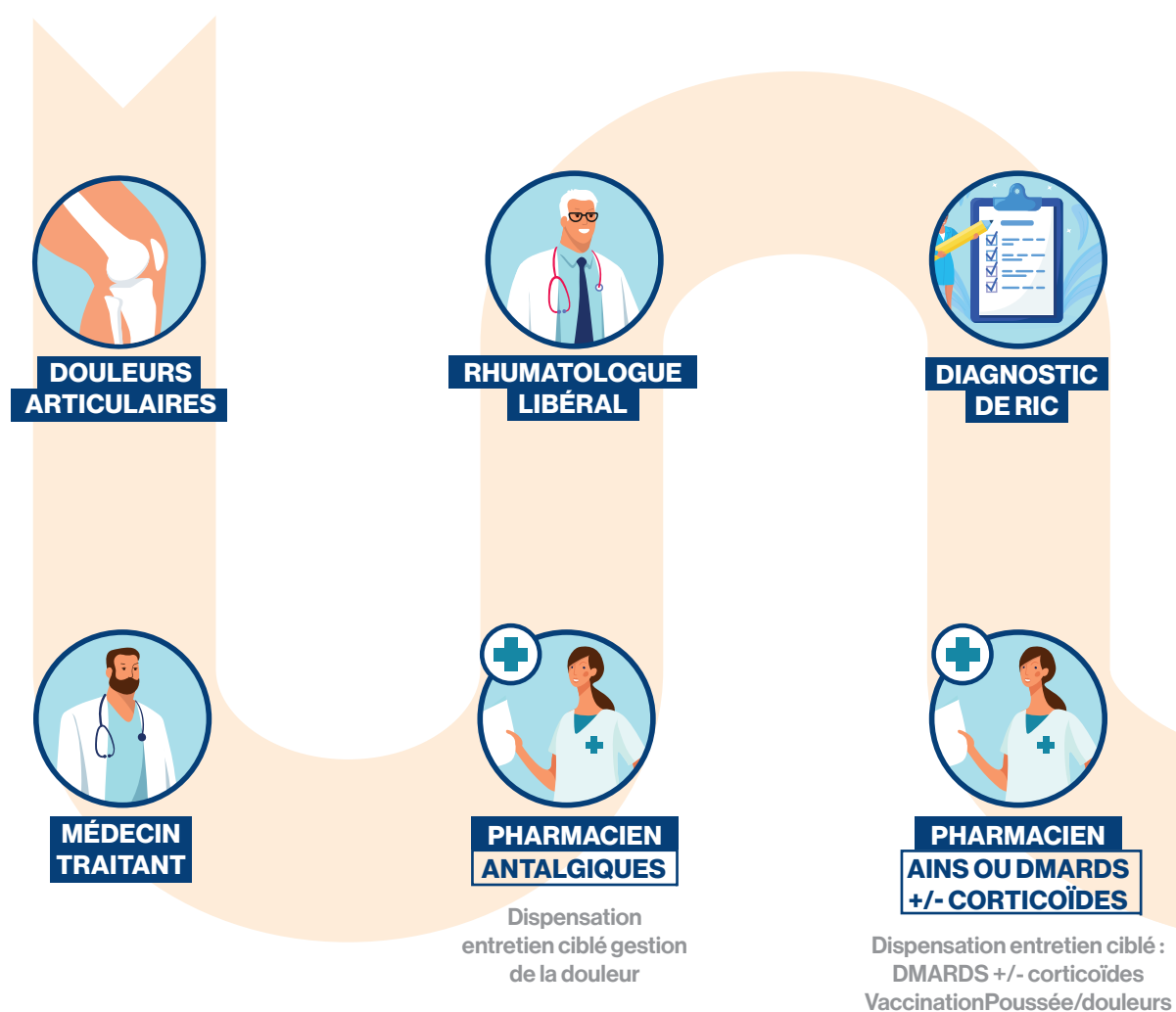
- 2 actes CCAM* faits par le même intervenant peuvent être dénombrés s'ils relèvent de 2 techniques distinctes ou 2 sous-paragraphe CCAM* différents
- L'interprétation du radiologue ne compte pas en plus de l'acte de radiologie
- **L'ETP pour être décomptée dans le GHS ne doit pas faire l'objet d'un autre financement**

PLACE DU PHARMACIEN CLINICIEN

L'évolution du métier de pharmacien se joue autour du changement de focale, du médicament au patient.

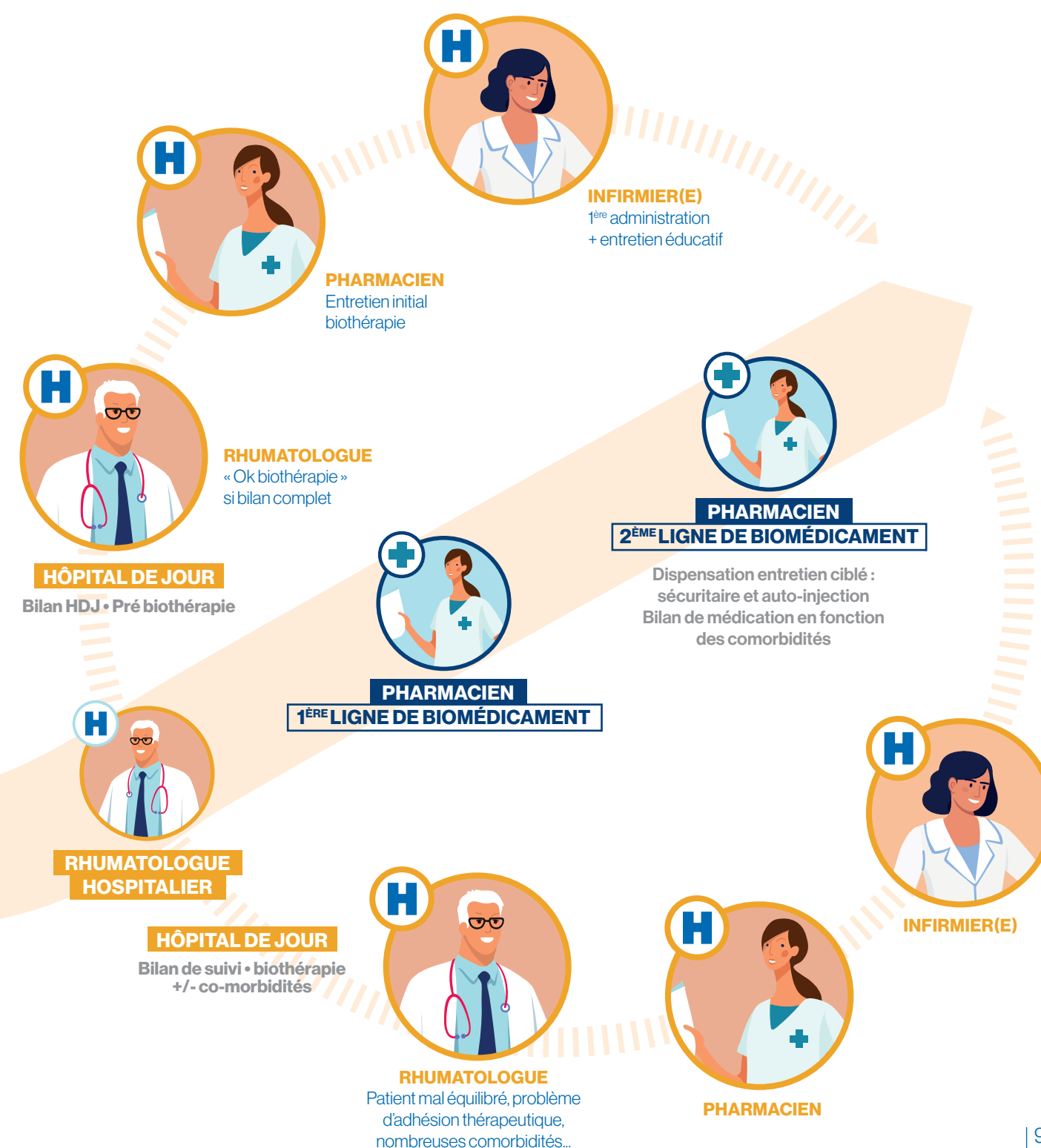
Selon le lexique de la SFPC (Société Française de Pharmacie Clinique) 2021 : **« La pharmacie clinique est une discipline de santé centrée sur le patient dont l'exercice a pour objectif d'optimiser la prise en charge thérapeutique à chaque étape du parcours de soins. Pour cela, les actes de pharmacie clinique contribuent à la sécurisation, la pertinence**

LE PARCOURS DU PATIENT ATTEINT DE RIC : DU DIAGNOSTIC AUX TRAITEMENTS



et à l'efficience du recours aux produits de santé (...) ». La pharmacie clinique vise à produire des soins pharmaceutiques. Les soins pharmaceutiques correspondent à l'ensemble des attentions reçues par le patient, résultant de sa relation avec le pharmacien et son équipe. Ces attentions peuvent être préventives, curatives, palliatives et peuvent concerner les produits de

santé et/ou les autres déterminants de santé du patient (contexte bio-psycho-social). Les soins pharmaceutiques sont prodigués en lien avec les autres professionnels de santé et, le cas échéant avec les aidants du patient. L'objectif est d'améliorer la qualité de vie du patient¹².





EN PRATIQUE



HDJ « PRIMO-PRESCRIPTION D'UNE BIOTHÉRAPIE CHEZ UN PATIENT ATTEINT DE RIC »



D'après l'expérience du comité scientifique et rédactionnel

CONTEXTE ^{12,13}

Les patients atteints de RIC pour lesquels une biothérapie est envisagée doivent pouvoir bénéficier d'une prise en charge optimale qui dépasse le cadre d'une simple consultation. Le recours à une équipe multidisciplinaire va permettre de développer un parcours de soins adapté en phase avec les recommandations actuelles de l'Eular (Europe Alliance of Associations for Rheumatology) et la SFR (Société Française de Rhumatologie). En effet, les patients devront acquérir des connaissances les rendant autonomes dans leurs soins et capables de s'adapter aux situations diverses

de la vie quotidienne. Ainsi, l'éducation thérapeutique du patient devient une partie intégrante des recommandations de bonne prise en charge.

QUI ?

Les patients RIC candidats à l'initiation d'une biothérapie ou lors d'un changement de biothérapie

QUAND ?

Avant ou au moment du démarrage du traitement

OBJECTIFS

Évaluation du rhumatisme ^{14,15,16,17,18,19} :

- Évaluation clinique et biologique de l'activité de la maladie
- Administration d'auto-questionnaires d'évaluation des connaissances (Biosécure 2) et de l'adhésion médicamenteuse
- Évaluation de la tolérance des traitements
- Vérification de l'absence de contre-indications (CI) à la biothérapie envisagée
- Analyse de l'imagerie réalisée en externe ou réalisation des examens en interne (ostéodensitométrie, radiographie...)

Réalisation d'un bilan pré-biothérapie pour vérifier ²⁰ :

- Absence d'infections sévères, chroniques ou récurrentes (examens cliniques, biologiques, sérologiques)
- Absence de tuberculose
- Antécédents de néoplasies récentes (vérification de la réalisation des examens de dépistage recommandés selon l'âge et les antécédents du patient)
- Absence d'affections respiratoires
- Absence de grossesse ou désir de grossesse
- Absence de vaccination récente avec un vaccin vivant
- Absence d'antécédent de sclérose en plaques, de névrite optique ou de neuropathie démyélinisante

Bilan de vaccination ^{20,21} :

- Mise à jour du calendrier vaccinal habituel
- Mise à jour du calendrier vaccinal propre au patient traité par biothérapie [Recommandations HCSP (Haut Comité de Santé Publique) tenant compte des recommandations vaccinales particulières dont les contre-indications]

Évaluation de la douleur et de ses traitements (notion de traitement de crise et de traitement de fond, ajustement des posologies et des formes galéniques) ^{14,15,18}

Informations sécuritaires sur le traitement par biothérapie ^{20,22,26,27,28,29} :

- Risque infectieux
- Effets indésirables
- Effet suspensif du traitement et adhésion médicamenteuse
- Spécificités des biosimilaires

Choix du dispositif d'administration

(seringue, stylos auto-injecteurs)

Formation à l'auto-injection : règles d'asepsie, site d'injection, technique d'injection, réactions locales éventuelles et comment les traiter voire les prévenir.

Traitements non médicamenteux ^{14,15,23} :

- Mesures hygiéno-diététiques et apports calciques
- Sevrage tabagique
- APA : activité physique, lutte contre la sédentarité

Prévention / dépistage d'éventuelles comorbidités (cardio-vasculaires, ostéoporotiques (ostéodensitométrie), psychologiques...) ^{14,15,24,31,32}

- Évaluation clinique
- Promotion du suivi médical et paramédical recommandé

Information sur les possibilités éducatives de l'établissement ou du territoire ^{14,15} :

- Programmes d'ETP
- Lien avec les associations de patients
- Sites d'informations de référence
- Applications digitales d'accompagnement des patients

Lien avec les autres professionnels de santé en charge du patient ^{14,15,30} :

Envoi du compte rendu au médecin traitant, rhumatologue libéral, pharmacien d'officine...



EXEMPLE D'ORGANISATION D'UN HDJ « PRIMO-PRESCRIPTION D'UNE BIOTHÉRAPIE »

STRUCTURATION DE CET HDJ

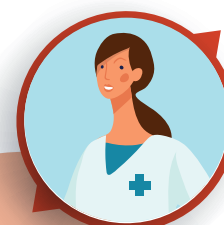
3 À 4 INTERVENANTS



1 INTERVENTION

RHUMATOLOGUE

- Interrogatoire
- Examen clinique
- Interprétation des résultats des examens, synthèse médicale, contrôle du bilan pré-biothérapie
- Information quant à la prise en charge proposée et prescriptions si besoin



PHARMACIEN CLINICIEN

1 INTERVENTION

Articulation de l'intervention sur 3 dimensions :

- Sur le plan de la pharmacothérapie : sécurisation et optimisation de l'utilisation des produits de santé.
- Sur le plan des soins pharmaceutiques : accompagner le patient dans son parcours de manière holistique et en ciblant particulièrement les comportements autour du recours aux produits de santé (prescrits et non prescrits, à visée préventive ou de compléments)
- Formation à l'auto-injection par simulation

1 OU 2 INTERVENTIONS

IDE

(Infirmière Diplômée d'état)

Intervention 1 :

- Information sur le déroulement de la journée
- Prises de constantes (mesures corporelles, prise de tension, de fréquence cardiaque, saturation) et/ou
- Evaluation de la douleur
- Contrôle du carnet de vaccination
- Information sécuritaire

Intervention 2 :

- Formation à l'auto-injection voire réalisation de la 1^{ère} injection



1 OU PLUSIEURS DES INTERVENANTS

1 OU PLUSIEURS INTERVENTIONS

- Diététicien, Tabacologue, Kinésithérapeute, Ergothérapeute, Psychologue, Educateur APA en fonction des besoins patient

ACTES TECHNIQUES

+ Recours éventuel à un plateau technique :

Ostéodensitométrie
Radiographie
Échographie

Traçabilité et partage des informations *via* la rédaction d'un compte rendu standardisé par le coordinateur médical

D'après l'expérience du comité scientifique et rédactionnel

HDJ « SUIVI DES PATIENTS ATTEINTS DE RIC SOUS BIOTHÉRAPIE »



D'après l'expérience du comité scientifique et rédactionnel

CONTEXTE ^{12, 13}

Une prise en charge pluridisciplinaire des patients atteints de RIC est recommandée afin de garantir une qualité de soins optimale, adaptée à leurs besoins individuels. Ces revues systématiques/holistiques pourront leur être proposées *via* des HDJ centrés, selon les cas, sur leur suivi de traitement et/ou la prévention / le dépistage des comorbidités.

QUI ?

Les patients RIC traités par biothérapie.

QUAND ?

Rythme à adapter en fonction du score à l'auto-questionnaire Biosécure 2 pré-rempli par le patient en amont de l'entretien pharmaceutique, pour l'évaluation des connaissances et compétences liées au traitement biologique.

OBJECTIFS

Évaluation du rhumatisme ^{14, 15, 16, 17, 18} :

- Évaluation clinique et biologique de l'activité de la maladie
- Évaluation de la tolérance du patient aux traitements (remplissage d'auto-questionnaires validés dans les RIC).
- Analyse de l'imagerie réalisée en externe ou réalisation des examens en interne.

Bilan de vaccination ^{20, 21} :

- Recommandations vaccinales particulières.

Évaluation de la douleur et de ses traitements ^{14, 15, 18}

(notion de traitement de crise et de traitement de fond, ajustement des posologies et des formes galéniques).

Évaluation des connaissances et compétences liées au traitement biologique ^{16, 17, 19, 20, 22, 25, 26, 27, 28, 29} :

Score à l'auto-questionnaire Biosécure 2 (pré-rempli par le patient en amont de l'entretien pharmaceutique) :

- Risque infectieux, effets indésirables,
- Effet suspensif du traitement et adhésion médicamenteuse,
- Désir de grossesse
- Soins à risque infectieux (soins dentaires, chirurgie)
- Mises en situation pratiques

Évaluation de l'adhésion médicamenteuse (via autoquestionnaire)

Information sur ce qu'est un **biosimilaire** si proposition d'interchangeabilité.

Compétences liées à l'auto-injection : règles d'asepsie, site d'injection, technique d'injection, réactions locales éventuelles et comment les traiter voire les prévenir.

Traitements non médicamenteux ^{14, 15, 23} :

- Mesures hygiéno-diététiques et apports calciques
- Sevrage tabagique
- APA : activité physique, lutte contre la sédentarité

Prévention / dépistage d'éventuelles comorbidités (cardio-vasculaires, ostéoporotiques (ostéodensitométrie), psychologiques...) ^{14, 15, 24, 31, 32}

- Évaluation clinique
- Promotion du suivi médical et paramédical recommandés

Information sur les possibilités éducatives de l'établissement ou du territoire ^{14, 15} :

- Programmes d'ETP
- Lien avec les associations de patients
- Sites d'information de référence
- Applications digitales d'accompagnement des patients

Lien avec les autres professionnels de santé en charge du patient ^{14, 15, 30} :

envoi du compte rendu au médecin traitant, rhumatologue libéral, pharmacien d'officine...



EXEMPLE D'ORGANISATION D'UN HDJ « SUIVI DES PATIENTS ATTEINTS DE RIC SOUS BIOTHÉRAPIE »



STRUCTURATION DE CET HDJ

3 À 4 INTERVENANTS

1 INTERVENTION

RHUMATOLOGUE

- Interrogatoire
- Examen clinique
- Interprétation des résultats des examens, synthèse médicale
- Information quant à la prise en charge proposée et prescriptions si besoin

1 OU 2 INTERVENTIONS

IDE

- Information sur le déroulement de la journée
- Prises de constantes (mesures corporelles, prise de tension, de fréquence cardiaque, saturation) et/ou
- Evaluation de la douleur
- Contrôle du carnet de vaccination
- Information sécuritaire

D'après l'expérience du comité scientifique et rédactionnel

PHARMACIEN CLINICIEN

1 INTERVENTION

Articulation de l'intervention sur 3 dimensions :

- Évaluation des connaissances et compétences du patient (selon le score à l'auto-questionnaire Biosécure 2 pré-rempli par le patient en amont de l'entretien pharmaceutique)
- Sur le plan de la pharmacothérapie : sécurisation et optimisation de l'utilisation des produits de santé.
- Sur le plan des soins pharmaceutiques : accompagner le patient dans son parcours de manière holistique et en ciblant particulièrement les comportements autour du recours aux produits de santé (prescrits et non prescrits, à visée préventive ou de compléments)

1 OU PLUSIEURS DES INTERVENANTS

1 OU PLUSIEURS INTERVENTIONS

- Diététicien, Tabacologue, Kinésithérapeute, Ergothérapeute, Psychologue, Educateur APA en fonction des besoins patient

ACTES TECHNIQUES

+ Recours éventuel à un plateau technique :

Ostéodensitométrie
Radiographie
Échographie

Traçabilité et partage des informations *via* la rédaction d'un compte rendu standardisé par le coordinateur médical

HDJ « DÉPISTAGE, PRÉVENTION ET TRAITEMENT DES COMORBIDITÉS DU PATIENT ATTEINT DE RIC »



D'après l'expérience du comité scientifique et rédactionnel

CONTEXTE^{14, 15, 26}

Les patients atteints de rhumatismes inflammatoires chroniques (RIC) ont une mortalité accrue par rapport à la population générale. Cette surmortalité est liée à l'inflammation chronique, à certains traitements et à la présence de comorbidités, parmi lesquelles on retient notamment les quatre maladies chroniques majeures listées par l'OMS (maladies cardiovasculaires, cancers, pathologies respiratoires chroniques et diabète) ainsi que d'autres pathologies métaboliques, l'ostéoporose, l'insuffisance rénale, les pathologies psychologiques.

Les sociétés savantes rhumatologiques européenne (EULAR) et française (SFR) recommandent le dépistage et la prévention par les rhumatologues de ces comorbidités chez les patients atteints de RIC.

QUI ?

Les patients atteints de RIC, nouvellement diagnostiqués ou en cours de suivi au sein de l'établissement

QUAND ?

Rythme à adapter en fonction de l'évaluation des risques liés aux comorbidités

OBJECTIFS

Évaluation du rhumatisme^{14, 15, 16, 17, 18, 19} :

- Évaluation clinique et biologique de l'activité de la maladie
- Tolérance des traitements,
- Administration d'auto-questionnaire d'évaluation des connaissances (Biosécurité 2) pré-rempli par le patient en amont de l'entretien pharmaceutique

Évaluation des comorbidités cardiovasculaires^{14, 15, 24, 31, 32} :

- Proposition de mesures de prévention si nécessaire : règles hygiéno-diététiques, traitement adapté..
- Fréquence et modalités de suivi adaptées : consultation en cardiologie, automesures tensionnelles, contrôle du bilan lipidique...

Évaluation des comorbidités pulmonaires :

- Selon les antécédents, les signes fonctionnels, l'examen clinique et l'administration d'auto-questionnaires

Évaluation des comorbidités osseuses :

- Selon les facteurs de risque d'ostéoporose dépistés à l'interrogatoire et sur le bilan biologique, le bilan phosphocalcique et le dosage en vitamine D
- Prescription ou réalisation d'une ostéodensitométrie si besoin, et d'un traitement approprié
- Établissement des modalités de suivi

Évaluation des comorbidités infectieuses :

- Vérification du statut vaccinal, du suivi odontologique, de la fréquence et du type d'infections
- Prescription de mise à jour vaccinale si nécessaire

Évaluation des comorbidités néoplasiques :

- Vérification de la réalisation des examens de dépistage recommandés selon l'âge et les antécédents du patient

Évaluation des comorbidités psychologiques et du retentissement global du rhumatisme :

- Évaluation clinique
- Administration d'auto-questionnaires



EXEMPLE D'ORGANISATION D'UN HDJ « DÉPISTAGE, PRÉVENTION ET TRAITEMENT DES COMORBIDITÉS DU PATIENT ATTEINT DE RIC »

STRUCTURATION DE CET HDJ

3 À 4 INTERVENANTS

1 INTERVENTION

RHUMATOLOGUE

- Interrogatoire (RIC + comorbidités)
- Examen clinique
- Interprétation des résultats des examens, synthèse médicale
- Information quant à la prise en charge proposée et prescriptions si besoin

1 INTERVENTION

IDE

- Information sur le déroulement de la journée
- Prises de constantes (mesures corporelles, prise de tension, de fréquence cardiaque, saturation) et/ou
- Réalisation de l'ECG
- Evaluation de la douleur

D'après l'expérience du comité scientifique et rédactionnel

PHARMACIEN CLINICIEN

1 INTERVENTION

Articulation de l'intervention sur 2 dimensions :

- Sur le plan de la pharmacothérapie : sécurisation et optimisation de l'utilisation des produits de santé.
- Sur le plan des soins pharmaceutiques : accompagner le patient dans son parcours de manière holistique et en ciblant particulièrement les comportements autour du recours aux produits de santé (prescrits et non prescrits, à visée préventive ou de compléments)

1 OU PLUSIEURS DES INTERVENANTS

1 OU PLUSIEURS INTERVENTIONS

- Diététicien, Tabacologue, Kinésithérapeute, Ergothérapeute, Psychologue, Éducateur APA en fonction des besoins patient

ACTES TECHNIQUES

+ Recours éventuel à un plateau technique :

- Échographie cardiaque
- +/- Ostéodensitométrie
- +/- Radiographie
- Doppler des vaisseaux du cou

Traçabilité et partage
des informations via la rédaction
d'un compte rendu standardisé
par le coordinateur médical

ZOOM SUR L'INTERVENTION DU PHARMACIEN CLINICIEN 17, 19, 26, 27, 31, 32, 34, 35, 36



Au cours de cette HDJ, le pharmacien, par son expertise pharmaceutique clinique, intervient sur **2 dimensions** :

Sur le plan de la pharmacothérapie : sécurisation et optimisation de l'utilisation des produits de santé.

- Réaliser une conciliation médicamenteuse (fiche mémo SFPC, module de formation Formaconcil)
- Réaliser un bilan individuel de médication (fiche mémo SFPC)
- Expliquer simplement les indications du traitement médicamenteux :
 - Rhumatisme : traitement de fond, traitement de la poussée
 - Comorbidité cardiovasculaire : hypertension, diabète, hyperlipidémie
 - Comorbidité osseuse : traitement de l'ostéoporose
 - Comorbidité infectieuse : statut vaccinal

- Évaluer la prise en charge de la douleur : questionner la prise en charge de la douleur (quand ? quelle intensité ? quelle cinétique ? quelles stratégies en fonction de l'intensité de la douleur ? quels types de produits pris ? quelle quantité ? quel soulagement ?)
- Évaluer les possibles effets indésirables, interactions médicamenteuses et les contre-indications de certains médicaments
- Vérifier les allergies
- Sensibiliser à la vaccination
- Évaluer l'usage de médecines alternatives et complémentaires (sur l'abord sécurisation et bon usage)
- Proposer des optimisations thérapeutiques
- Proposer un suivi clinico-biologique et thérapeutique
- Promulguer information et conseils de bon usage

Sur le plan des soins pharmaceutiques : accompagnement du patient dans son parcours de manière holistique, en ciblant particulièrement les comportements autour du recours aux produits de santé

(prescrits et non prescrits, à visée préventive ou de compléments)
Sont ciblées 3 valences essentielles explicatives des comportements de santé et principalement de l'adhésion aux soins :

- **le Savoir** (quelles connaissances appliquées du patient face à sa maladie et ses traitements ?) ;
- **le Pouvoir** (quelles capacités d'organisation des soins, au quotidien ?)
- **le Vouloir** (quelles motivations – freins et leviers à se soigner ?) (Fiche mémo entretien pharmaceutique, fiche mémo posture pour entretien)

Les compétences spécifiques pour le pharmacien sont les suivantes :

- Mettre en œuvre un plan pharmaceutique personnalisé
- Connaître les éléments diagnostiques des RIC (pouvant notamment permettre l'orientation vers un rhumatologue), dont les éléments du bilan biologique
- Connaître les éléments de bilan préalable à l'amorce d'une biothérapie
- Connaître la typologie de la douleur (et savoir utiliser une échelle visuelle analogique (EVA))
- Savoir expliquer simplement la pathologie, son traitement de fond, son traitement symptomatique
- Connaître les outils de suivi des RIC (respectivement DAS28 et BASDAI)
- Connaître les outils d'évaluation des connaissances et compétences et de l'adhésion médicamenteuse (auto-questionnaire patient Biosécure 2)
- Faire le suivi de la consommation d'antalgiques : baromètre de l'efficacité du traitement de fond
- Évaluer l'ergonomie du dispositif d'administration et faire le suivi des techniques de prise/administration (dont injection sous-cutanée) et de l'adaptation du plan de prise/administration
- Faire le suivi de l'efficacité perçue (un levier de l'adhésion, et pour continuer et pour essayer

d'arrêter, parfois)

- Faire le suivi de la tolérance perçue (un levier massif de rupture de traitement)
- Faire le suivi de la motivation (détecter les « usures »)
- Renforcer l'activité physique adaptée encadrée par un kinésithérapeute ou de l'APA (attention à la reprise trop intensive, suite à l'efficacité du traitement de fond)
- Surveiller les comportements alimentaires « radicaux »
- Écouter les pratiques autour des traitements complémentaires et alternatifs (attention aux patients chroniques en posture alternative, qui risquent la rupture avec le traitement prescrit)
- Savoir écouter les aidants
- Connaître les structures ou dispositifs relais pour le suivi des patients, identifier les différents intervenants pharmaceutiques sur le parcours (hospitalisation, HDJ, ambulatoire)
- Connaître les relais associatifs



CONCLUSION 9, 10, 29, 36



Afin d'atteindre les objectifs d'une prise en charge optimale, il est souhaitable qu'un(e) patient(e) atteint(e) de RIC puisse bénéficier par l'équipe la/le prenant en charge, d'une revue systématique initiale et périodique (tous les 1 à 5 ans).

À ce titre, la nouvelle instruction gradation des prises en charges ambulatoires offre des opportunités :

- Une nomenclature qui se trouve être aujourd'hui en **meilleure adéquation avec les recommandations nationales et internationales (SFR, Eular)**
- Une **application possible à l'ensemble des RIC** (et plus uniquement aux seules Polyarthrite Rhumatoïde et Spondylarthrite Ankylosante tel que le prévoyait le Forfait de Prestation Intermédiaire)
- Une **amélioration de la prise en charge** offerte au patient
- Une **standardisation des prises en charge**, gage d'une prise en charge optimale pour tous les patients

Cependant demeurent des enjeux d'ordre :

- **Logistique** (réorganisation / réallocation / extension des locaux...)
- **Organisationnel :**
 - Sélection des patients éligibles (intérêt d'un support informatique qui permettrait une automatisation et donc un gain de temps humain)
 - Respect du temps de consultation par chaque intervenant
 - Anticipation / programmation (tous les examens devant être réalisés dans la même séquence, lieu et temps, d'hospitalisation)
 - Organisation / structuration du lien avec la ville
 - Coordination avec le département d'information médicale (DIM) de l'établissement
- **Ressources humaines disponibles**

Si le choix a été fait dans ce guide de se focaliser sur les rhumatismes inflammatoires chroniques, il convient de noter que cette nouvelle instruction va aujourd'hui bien au-delà de ces seules affections.

Elle offre ainsi l'opportunité à tous les patients atteints d'affections rhumatologiques complexes (pathologies rachidiennes complexes, ostéopathies complexes incluant les maladies osseuses constitutionnelles, affections douloureuses complexes de l'appareil locomoteur, affections onco-rhumatologiques incluant les lésions osseuses secondaires malignes, les lésions osseuses myélomateuses mais aussi la iatrogénie des traitements à visée oncologique tels l'immunothérapie...) de bénéficier d'une prise en charge optimale grâce notamment à la pluridisciplinarité de celle-ci.

ANNEXE 1 : RÈGLES GÉNÉRALES POUR LA MÉDECINE AMBULATOIRE « SANS NUITÉE » EN HOSPITALISATION DE JOUR

Admission en structures d'hospitalisation (Art. D.6124-301 et suivants du CSP) :

- structures autorisées sous la forme d'alternatives à l'hospitalisation complète
- dispensant des prises en charge :
 - d'une durée inférieure ou égale à douze heures
 - ne comprenant pas d'hébergement
 - au bénéfice de patients dont l'état de santé correspond à ces modes de prise en charge

➡ Les prestations délivrées équivalent par leur nature, leur complexité et la surveillance médicale qu'elles requièrent à des prestations habituellement effectuées dans le cadre d'une hospitalisation à temps complet

Les structures d'HDJ :

- doivent être aisément identifiables par leurs usagers et font l'objet d'une organisation spécifique. Elles sont organisées en une ou plusieurs unités de soins individualisées et disposent de moyens dédiés en locaux et en matériel
- sont agencées et équipées pour :
 - accueil, organisation/préparation/mise en œuvre optimale des protocoles de soins, surveillance/repos du patient, stockage/entretien matériel/désinfection/élimination déchets, conditions d'hygiène et asepsie, respect intimité,

* Art. D. 6124-305 : charte de fonctionnement de la structure [transmise au DG d'ARS] précisant :

- organisation de la structure : personnel, horaires d'ouverture, organisation des soins et fonctionnement médical ; indicateurs de suivi de l'activité et de la qualité des soins ; formations nécessaires
- conditions de désignation et la qualification du médecin coordonnateur de la structure
- organisation générale des présences et de la continuité des soins (dont organisation en dehors des heures d'ouverture ou convention de transfert/d'orientation avec un etbt de même discipline d'HC)

** Art D. 6124-303 : nombre et et qualification des personnels médicaux, auxiliaires médicaux et aides-soignants, adaptés aux besoins de santé des patients, à la nature et volume d'activité, aux caractéristiques techniques des soins ;
- présence minimale pendant les heures d'ouverture : 1 médecin qualifié et 1 IDE

- avoir les moyens nécessaires à la PEC immédiate de complication médicale éventuelle – locaux, matériels, médicaments disponibles et utilisables sans délai

- disposent également d'une équipe médicale et paramédicale dont les fonctions et les tâches sont définies par la charte de fonctionnement prévue à l'article D. 6124-305* et dont tous les membres sont formés à la prise en charge à temps partiel ou à celle d'anesthésie ou de chirurgie ambulatoires.

Cette équipe peut comprendre, dans le respect de l'organisation spécifique de la prise en charge à temps partiel et des dispositions prévues à l'article D. 6124-303**, des personnels exerçant également en hospitalisation complète sur le même site.

Lorsque les prises en charge requièrent l'utilisation d'un plateau technique, elles peuvent être réalisées avec les moyens en personnel et en matériel du ou des plateaux techniques existant sur le site, dans le respect de l'organisation spécifique et des contraintes de la prise en charge à temps partiel ou de celle d'anesthésie ou de chirurgie ambulatoires.



RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Vliet Vlieland T P.M, Hazes J M.W. Efficacy of multidisciplinary team care programs in rheumatoid arthritis. *Semin Arthritis Rheum*. 1997;27:110-22.
2. Depont F, Berenbaum F, Filippi J, Le Maitre M, Nataf H, Paul C, Peyrin-Biroulet L, Thibout E. Interventions to Improve Adherence in Patients with Immune-Mediated Inflammatory Disorders: A Systematic Review. *PLoS One*. 2015;10:e0145076.
3. Dougados M, Soubrier M, Perrodeau E, Gossec L, Fayet F, Gilson M, Cerato M-H, Pouplin S, Flipo R-M, Chabrefy L, Mouterde G, Euller-Ziegler L, Schaevebeke T, Fautrel B, Saraux A, Chary-Valckenaere I, Chales G, Dernis E, Richette P, Mariette X, Berenbaum F, Sibilia J, Ravaud P. Impact of a nurse-led programme on comorbidity management and impact of a patient self-assessment of disease activity on the management of rheumatoid arthritis: results of a prospective, multicentre, randomised, controlled trial (COMEDRA). *Ann Rheum Dis*. 2015;74:1725-33.
4. Molto A, Gossec L, Poiraudau S, Claudepierre P, Soubrier M, Fayet F, Wendling D, Gaudin P, Dernis E, Guis S, Pouplin S, Ruysen A, Chales G, Mariette X, Beauvais C, Combe B, Flipo R-M, Richette P, Chary-Valckenaere I, Saraux A, Sibilia J, Schaevebeke T, Dougados M. Evaluation of the impact of a nurse-led program of patient self-assessment and self-management in axial spondyloarthritis: results of a prospective, multicentre, randomized, controlled trial (COMEDSPA) *Rheumatology* 2021;60:888-895.
5. Molto A, Gossec L, Poiraudau S, Claudepierre P, Soubrier M, Fayet F, Wendling D, Gaudin P, Dernis E, Guis S, Pouplin S, Ruysen A, Chales G, Mariette X, Beauvais C, Combe B, Flipo R-M, Richette P, Chary-Valckenaere I, Saraux A, Sibilia J, Schaevebeke T, Dougados M. Evaluation of the impact of a nurse-led program of systematic screening of comorbidities in patients with axial spondyloarthritis: The results of the COMEDSPA prospective, controlled, one year randomized trial, *Seminars in Arthritis and Rheumatism* 50 (2020) 701708.
6. Feldman CH, Bermas BL, Zibit M, Fraser P, Todd DJ, Fortin P R, Massarotti E, Costenbader K H. Designing an intervention for women with systemic lupus erythematosus from medically underserved areas to improve care: a qualitative study. *Lupus*. 2013;22:52-62.
7. Reyes-Rivet L, Bellier A, Baillet A, Pham T, Gaudin P, Allenet B, Gastaldi R. Adherence to EULAR's recommendations on comorbidity management minimizes the discontinuation of bDMARDs for intolerance in patients with chronic inflammatory rheumatic diseases. *Joint Bone Spine*. 2021;88:105234.
8. Gaudin P, Lassoued S, Giraud I, Bard PO, Etienne A. Regards croisés sur le devenir des hôpitaux de jour de Rhumatologie. *Revue du Rhumatisme* 86 (2019) 464-470.
9. Etienne A, Lassoued S, Monnier A, Gaudin P. Gradation des prises en charge ambulatoires : comment se saisir des nouvelles règles de facturation dans nos hôpitaux de jour de rhumatologie ? *Revue du Rhumatisme* 87 (2020) 319-321.
10. Instruction DGOS/R1DSS/1A/2020/52 du 10 septembre 2020. BO Santé du 15 octobre 2020. Arrêté du 8 février 2020.
11. Art. D.6124-301 du code de la Santé publique : Version en vigueur depuis le 23 août 2012, modifié par Décret n° 2012-969 du 20 août 2012 - art. 1 (https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000026305664/).
12. Allenet B, Roux-Marson C, Juste M, Honoré S. Lexique de la pharmacie clinique 2021. *Le Pharmacien Hospitalier et Clinicien* 2021; 56: 119-123.
13. Poster Congrès SFPC du 13 au 16 mars 2022: les groupes de travail de la SFPC: SFPC Rhumatologie.
14. Wendling D, Lukas C, Paccou J, Claudepierre P, Carton L, Combe B, Goupille P, Guillemin F, Hudry C, Miceli-Richard C, Dougados M. (2014) Recommandations de la SFR pour la prise en charge en pratique courante des malades atteints de spondyloarthrite.
15. Wendling D, Lukas C, Prati C, Claudepierre P, Gossec L, Goupille P, Hudry C, Miceli-Richard C, Molto A, Pham T, Saraux A, Dougados M. Actualisation 2018 des Recommandations de la SFR pour la prise en charge en pratique courante des malades atteints de spondyloarthrite.
16. Beausir A, Rousselière C, Devillers-Castelain D, Philippe P, Odou P, Cortet B, Flipo RM. Questionnaire of Rheumatology versus Morisky-Green ? *Revue du rhumatisme*, volume 83, Issue 6, Décembre 2016, pages 433-438. <https://doi.org/10.1016/j.rhum.2016.06.001>.
17. Cavagna P, Hubert J, Bottois C, Lopez-Medina C, Roux C, Conort O, Dougados M. Validation de la traduction française du CQR-5 (Compliance Questionnaire for Rheumatology), auto-questionnaire d'adhésion thérapeutique spécifique aux patients atteints de rhumatismes inflammatoires chroniques. *Revue du rhumatisme* 88, 2021, A133.
18. Hoefsloot S, Urbanski G, Lacout C, Bouvard B, Lavigne C. quelles mesures adjuvantes associer à une corticothérapie orale prolongée dans le cadre des maladies inflammatoires ? Synthèse des recommandations françaises disponibles. *La revue de médecine interne*. Volume 42; juin 2021; pages: 616-624. <https://doi.org/10.1016/j.revmed.2021.03.326>.
19. Beauvais C, Gaud-Listrat V, Sellam J, Fayet F, Béranger M, Deparis N, Antignac M, Sordet C, Rodère M, Gossec L. Évaluation des compétences de sécurité des patients vis à vis des biothérapies et inhibiteurs de JAK : actualisation du questionnaire BioSecure. *Revue du rhumatisme* 89 (2022) 187-196.
20. Goeb V, Ardizzone M, Arnaud L, Avouac J, Baillet A, Belot A, Bouvard B, Coquerelle P, Dadoun S, Diguët A, Launay D, Lebouc D, Louergue P, Mahy S, Mestat P, Mouterde G, Terrier B, Varoquier C, Verdet M, Puéchal X, Sibilia J. *Joint Bone Spine* 80 (2013) 574-581.
21. Vaccination des personnes des personnes traitées par immunosuppresseurs. Recommandations du Haut Conseil de la Santé Publique Vaccination des personnes immunodéprimées ou aspléniques. Recommandations actualisées. (hcspp.fr).
22. Levivien C, Bottois C, Lopez-Medina C, Dumas S, Hubert J, Belo S, Roux C, Conort O, Dougados M. Impact of a clinical pharmacist in a multidisciplinary consultation on the switch to a biosimilar for inflammatory rheumatic disease. *Joint Bone Spine*, 2021, <https://doi.org/10.1016/j.jbspin.2021.105322>.
23. Daien C, Czernichow S, Letarouilly J-G, Nguyen Y, Sanchez P, Sigaux J, Beauvais C, Desouches S, Le Puillandre R, Rigalleau V, Rivière P, Romon M, Semerano L, Seror R, Sfedj S, Tournadre A, Vacher D, Wendling D, Flipo R-M, Sellam J. Recommandations de la SFR sur l'alimentation des patients ayant un RIC. *Revue du rhumatisme* 89 (2022) 116-127.
24. Reyes Rivet L, Bellier A, Baillet A, Pham T, Gaudin P, Allenet B, Gastaldi R. Adherence to EULAR's recommendations on comor-bidity management minimizes the discontinuation of bDMARDs for intolerance in patients with chronic inflammatory rheumatic diseases. *Joint bone Spine* 88(2021) 105234.
25. Bottois C, Hubert J, Lopez-Medina C, Dumas S, Belo S, Roux C, Dougados M, Conort O. Improvment in self-management of biological DMARDs for patients with chronic inflammatory arthritis when a pharmacist participates in a multidisciplinary consultation. *EAHP*, 23-28 March, 2021, Vienne, Autriche.
26. Bottois C, Lopez-Medina C, Hubert J, Dumas S, Belo S, Roux C, Conort O, Dougados M. 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* 87, 2020, A262-A263.
27. Betegnien AL, Lehmann A, Baudrant M, Roustit M, Bedouch P, Grange L, Gauchet A, Allenet B. Adhésion aux biothérapies dans les rhumatismes inflammatoires : identifier les leviers pour mieux accompagner le patient. *Revue du Rhumatisme*; Volume 81, Issue 6, December 2014, Pages 472-477.
28. Betegnien AL, Gauchet A, Lehmann A, Grange L, Roustit M, Baudrant M, Bedouch P, Allenet B. *The Journal of Rheumatology* 2016; 43:5; doi:10.3899/jrheum.150414.
29. Dougados M. La Lettre du Rhumatologue • N° 451 - avril 2019.
30. Gossec L, Baillet A, Dadoun S, Daien C, Berenbaum F, Dernis E, Fayet F, Hudry C, Mezieres M, Pouplin S, Richez C, Saraux A, Savel C, Senbel E, Soubrier M, Sparsa L, Wendling D, Dougados M. Collecte et prise en charge des comorbidités et facteurs de risques associés dans le cadre des RIC dans la pratique quotidienne en France. *Revue du Rhumatisme* Volume 84, Issue 2, March 2017, Pages 123-131.
31. Tournadre A, Villedon De Naide, Fayet F, Soubrier M. Comorbidités dans le rhumatisme psoriasique : comment les évaluer en pratique ? *Revue du rhumatisme*. Volume 87; Juin 2020; pages 273-280. <https://doi.org/10.1016/j.monrhu.2020.04.002>.
32. SFPC- Fiche Mémo : Préconisations pour la pratique des bilans partagés de médication Décembre 2017.
33. SFPC - Fiche Memo : Préconisations pour la pratique des conciliations médicamenteuses Décembre 2015.
34. Guterma L, Dumas S, Lopez-Medina C, Boissinot, Cotteret C, Perut V, Molto A, Conort O, Dougados M. Impact of a pharmacist-led programme on biologics knowledge and adherence in patients with spondyloarthritis. *Clinical and Experimental Rheumatology* 2021; 39: 811-818.
35. Allenet B, Juste M, Mouchoux C, Collomp R, Pourrat X, Varin R, Honoré S. De la dispensation au plan pharmaceutique personnalisé : vers un modèle intégratif de pharmacie clinique. *Le Pharmacien Hospitalier et Clinicien* 2019;54:56-63.
36. Kiltz U, Landewé R B M, Van der Heijde D, Rudwaleit M, Weisman M H, Akkoc N, Boonen A, Brandt J, Carron P, Dougados M, Gossec L, Jongkees M, Machado P M, Marzo-Ortega H, Molto A, Navarro-Compán V, Niederman K, Percival Degraça Sampaio-Barros P, Slobodin G, Van den Bosch F E, Van Tubergen A, Van Weely S, Wiek D, Braun J. Development of ASAS quality standards to improve the quality of health and care services for patients with axial spondyloarthritis. *Ann Rheum Dis* 2020;79:193-201. doi:10.1136/annrheumdis-2019-216034.



POURQUOI CE GUIDE ?

En dépit des travaux scientifiques étayant ses bénéfices, et de son intégration dans les recommandations des sociétés savantes en rhumatologie, la prise en charge pluridisciplinaire du patient atteint de Rhumatisme Inflammatoire Chronique connaît un développement très hétérogène en France. Parmi les motifs pouvant être évoqués, le temps incompressible toujours nécessaire à l'évolution des pratiques, la maîtrise difficile de ces pathologies complexes et le manque de ressources adaptées, mais également une reconnaissance et un portage par les autorités de tutelles encore, jusqu'alors, relativement limités.

Suite à la publication, en septembre 2020, de la nouvelle instruction relative à la gradation des prises en charge ambulatoires au sein des établissements de santé, le collectif Rhum-ATIH, composé d'experts rhumatologues hospitaliers, de pharmaciens cliniciens et médecin de Santé Publique, s'est mobilisé autour d'une ambition : celle de contribuer au déploiement de cette approche holistique bénéfique au patient chronique en rhumatologie, en hôpital de jour.

C'est dans cette optique que ce groupe de travail a développé, pour mise à disposition de leurs pairs, ce guide pratique, destiné à faciliter l'appréhension par tous du nouveau cadre réglementaire de cet exercice pluriprofessionnel, et à favoriser la dissémination et l'homogénéisation des pratiques *via* le partage de leurs expériences respectives.

Pour télécharger ce guide et en savoir plus sur l'engagement de Novartis en Rhumatologie

