



HAL
open science

Barriers and enablers to pharmacist-led medication review in community pharmacy: A prospective study in Grand Est, France

C. Mongaret, A. Daguet-Gallois, V. Chopard, L. Aubert, A. Lestrille, S. Malblanc, J. Gravoulet, F. Slimano

► To cite this version:

C. Mongaret, A. Daguet-Gallois, V. Chopard, L. Aubert, A. Lestrille, et al.. Barriers and enablers to pharmacist-led medication review in community pharmacy: A prospective study in Grand Est, France. *Annales Pharmaceutiques Françaises*, 2021, 79 (2), pp.119-124. 10.1016/j.pharma.2020.10.009 . hal-03591771

HAL Id: hal-03591771

<https://hal.univ-reims.fr/hal-03591771v1>

Submitted on 9 Mar 2023

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial 4.0 International License

Freins et leviers à la réalisation des bilans partagés de médication en officine : retour sur une expérimentation dans la région Grand Est

Barriers and enablers to pharmacist-led medication review in community pharmacy: A prospective study in Grand Est, France

Céline Mongaret^{1,2*}, Pharm.D., Ph.D., Alexandra Daguet-Gallois³, Pharm.D., Virginie Chopard³, Pharm.D., Léa Aubert² Pharm.D., M.Sc., Amélie Lestrille Pharm.D., Sophie Malblanc⁵, Pharm.D., Julien Gravoulet^{6,7}, Pharm.D., Florian Slimano^{1,2}, Pharm.D, Ph.D.

¹ Faculté de Pharmacie de Reims, Université de Reims Champagne-Ardenne, 51, rue Cognacq-Jay, 51100 Reims

² Service Pharmacie, Centre Hospitalier Universitaire de Reims, Rue du Général Koenig, 51100 Reims

³ Pharmacie Croix du sud, Avenue Léon Blum, 51100 Reims

⁴ ARS Grand Est, 3, Boulevard Joffre - 54000 Nancy

⁵ OMEDIT Grand Est- Agence Régionale de Santé - 3 Boulevard Joffre - 54000 Nancy

⁶ UFR de pharmacie de Nancy; Université de Lorraine, 7 Avenue de la Forêt de Haye, 54500 Vandœuvre-lès-Nancy

⁷ Pharmacie Gravoulet, 5 Rue du Haut Château, 54760 Leyr ; Union Régionale des Professionnels de santé Pharmaciens, 18 Quai Claude le Lorrain, 54000 Nancy ; Faculté de Pharmacie de Nancy, 7 avenue de la forêt de Haye, 54505 Vandœuvre-lès-Nancy

*Auteur correspondant : Docteur Céline Mongaret, Faculté de Pharmacie de Reims -
Université de Reims Champagne-Ardenne 51, rue Cognacq-Jay - 51100 Reims Tel :
03.26.91.82.84 - Fax : 03.26.91.83.37 ; celine.mongaret@univ-reims.fr

1 **Résumé**

2 Les bilans partagés de médication (BPM) sont une mission du pharmacien d'officine depuis
3 2018. Dans le cadre du stage de 6^{ème} année officine, les étudiants de deux facultés de
4 pharmacie avaient pour mission de mettre en place et de réaliser 3 BPM afin d'identifier les
5 freins et leviers vis-à-vis de cette nouvelle mission. Cent dix-sept étudiants ont participé à ce
6 projet permettant de recenser 179 BPM sur une période de 5 mois. L'analyse des BPM a
7 permis d'identifier des difficultés sur la mise en œuvre de l'ensemble des étapes d'un BPM
8 par manque de temps, de recrutement des patients, et des conditions de rémunérations. Une
9 communication plus active des BPM auprès des professionnels de santé en soins primaires et
10 des patients permettrait de faciliter l'adhésion des patients et médecins à cette démarche. La
11 simplification des démarches auprès de l'Assurance Maladie, et l'optimisation des logiciels
12 métier permettront de gagner en rapidité d'exécution et favoriseront le déploiement des BPM
13 à l'officine.

14

15 **Abstract**

16 Since 2018 French community pharmacists are involved in pharmaceutical care program
17 performing medication review (MR). Near graduated pharmacy students from two faculties of
18 pharmacy were assigned to implement and perform 3 MR in order to identify enablers and
19 barriers of the implementation of MR by community pharmacists. Among 179 MR performed
20 by 117 pharmacists during 5 months, they reported 3 main barriers: the time spending to
21 initiate and perform all steps in MR (lack of time), patients recruiting, and compensation by
22 health care system. Communications initiatives to patients and health professionals in primary
23 care could facilitate patient MR adhesion. Simplification of administrative approach and
24 optimization of software will be welcome and useful in order to reinforced MR
25 implementation and leading.

26

27 **Mots clés** : Bilans partagés de médication, pharmacie officine, soin pharmaceutique

28 **Keywords**: medication review, community pharmacists, pharmaceutical care

29

30 **Introduction**

31 L'avenant 12 à la convention nationale du 4 mai 2012 a fixé les modalités de prise en charge
32 des bilans partagés de médication (BPM) par les pharmaciens d'officine en mars 2018 [1].
33 Les BPM sont définis comme « une analyse critique structurée des médicaments du patient
34 dans l'objectif d'établir un consensus avec le patient concernant son traitement, en ayant soin
35 d'optimiser l'impact clinique des médicaments, de réduire le nombre de problèmes liés à la
36 thérapeutique et de diminuer les surcoûts inutiles. Cette démarche impose de mettre en
37 perspective le traitement du patient (issu du bilan de médication) en regard de ses
38 comorbidités, d'éventuels syndromes gériatriques, de ses souhaits, et d'outils d'évaluation
39 pharmacologique comme ceux de détection de médicaments potentiellement inappropriés. »
40 [2]. Cette nouvelle mesure, dans la lignée des entretiens d'évaluation et des entretiens
41 thématiques, constitue un nouvel axe de la rémunération sur objectifs de santé publique
42 (ROSP) du pharmacien. La mise en œuvre d'un BPM passe par, brièvement, un entretien de
43 recueil des informations auprès du patient, une analyse des médicaments prescrits ou non du
44 patient, un entretien « conseil » et un suivi d'observance [3]. La littérature internationale
45 décrit largement l'impact clinique des bilans de médication [4,5]. Des expérimentations ont
46 déjà eu lieu dans quelques régions de France, s'intéressant à la mise en œuvre des BPM et
47 démontrant l'impact des BPM [6]. En pratique la mise en place des « nouvelles missions » du
48 pharmacien a parfois recueilli un enthousiasme mitigé, et de nombreuses difficultés avaient
49 déjà été soulevées [7]. Il semble donc indispensable d'identifier précocement les freins à leur
50 déploiement mais également les leviers disponibles par la mise en place d'une étude de

51 pharmacie clinique à l'officine. Dans cette étude, nous décrivons une démarche visant à
52 identifier les freins et les leviers à la mise en place et à la conduite des BPM au sein de la
53 région Grand Est.

54 **Méthode**

55 Les Unités de Formation et de Recherche (UFR) de Nancy et de Reims ont conduit une étude
56 multicentrique prospective du 2 janvier au 31 mai 2019 auprès de l'ensemble des pharmacies
57 d'officine accueillant un étudiant en pharmacie pour le stage de fin d'étude. Une formation
58 initiale d'une journée (dans chaque UFR) a été réalisée et décomposée comme suit : une partie
59 théorique abordant les problématiques de la prescription en gériatrie, les outils d'aide à
60 l'analyse pharmaceutique des prescriptions (notamment dans le contexte gériatrique) et à la
61 communication avec les prescripteurs (**Annexe 1**), les modalités pratiques de mise en œuvre
62 d'un BPM ; une partie pratique basée sur trois mises en situation en travail de groupe, co-
63 animée par un médecin généraliste et un pharmacien d'officine. Avant d'initier le déploiement
64 des BPM, les étudiants en pharmacie et leurs maîtres de stage devaient au préalable compléter
65 un questionnaire « J0 » (description de l'environnement de l'officine, de la formation de
66 l'équipe, des moyens et modalités disponibles pour la réalisation des BPM) (**Annexe 2**). Puis
67 ils avaient pour objectif de mettre en place dans leurs officines les conditions de réalisation
68 des BPM (organisation pratique, manuel qualité, procédures) et d'en réaliser 3 (entretien de
69 recueil, analyse pharmaceutique des traitements recueillis, entretien conseil, entretien
70 d'observance). Pour chaque BPM, le temps passé (arrondi à la minute supérieure) ainsi que la
71 difficulté ressentie (de 1, très facile à 10, très difficile) ont été recueillis à chacune des étapes
72 suivantes : entretien de recueil, analyse du traitement, rédaction du compte-rendu et échange
73 avec le médecin, entretien conseil, temps « administratif » (prise de rendez-vous, remontée à
74 l'Assurance Maladie). Ces informations étaient recensées à l'aide d'un questionnaire en ligne

75 (Partie A, B et C de l'**annexe 3**). Les BPM étaient réalisés par les étudiants sous la
76 responsabilité de leur maître de stage. En fin d'étude, un questionnaire de synthèse
77 comportant 23 questions était mis en ligne pour tous les étudiants (et maîtres de stage) (Partie
78 D, E et F de l'**annexe 3**). Ce questionnaire interrogeait sur la mise en place d'un système
79 d'assurance qualité dédié (pharmacien responsable au sein de l'officine, locaux dédiés,
80 procédure et mode opératoire), les difficultés dans la mise en œuvre et la conduite des BPM,
81 les propositions d'amélioration des BPM, les modalités et le niveau de difficulté du
82 recrutement des patients, la relation avec les acteurs (patient, médecin traitant, équipe
83 officinale), le contenu pédagogique de la formation initiale sur les BPM réalisé dans chaque
84 UFR, l'intérêt d'un accompagnement par un pharmacien clinicien expérimenté extérieur pour
85 la mise en œuvre des BPM dans l'officine et l'intégration des BPM dans l'officine après la fin
86 du stage.

87 **Résultats**

88 Au total 117 étudiants (74 de Nancy et 43 de Reims) ont participé à ce projet de recherche en
89 pharmacie clinique à l'officine. Le questionnaire J0 (n=117 répondants) apprenait que moins
90 d'un quart (24,3%) des pharmaciens d'officine avaient déjà réalisé un BPM même si plus des
91 deux-tiers (69%) étaient formés. Plus de 9 officines sur 10 avaient un espace de
92 confidentialité accessible pour la réalisation des BPM.

93 Quatre-vingt étudiants ont initié les 3 BPM demandés (entretien de recueil *a minima*) et
94 36,6% (n=48) d'entre eux ont réalisé trois BPM complets (comprenant les 4 étapes
95 précédemment décrites) (**Tableau 1**). En tout, 179 BPM complets ont été réalisés. Les
96 étudiants ont passé environ 2h30 (156 minutes) par BPM dont 25 minutes de travail
97 « administratif ». Le niveau de difficulté ressenti était compris pour chacune des étapes entre
98 3 et 4/10 (**Tableau 2**).

99 Le questionnaire de synthèse a également été complété par 117 étudiants et leurs maîtres de
100 stage. A la fin de l'étude, 36 pharmacies d'officine avaient une démarche d'assurance qualité
101 (procédures et/ou responsable identifié). Les freins et leviers identifiés au déploiement et à la
102 conduite des BPM sont représentés dans le **Tableau 3**. La majorité (n=84 ; 71,8%) des
103 répondants ont également rapporté avoir rencontré au minimum un refus de patient.
104 Cinquante-quatre pourcent des étudiants avec leurs maîtres de stage (n=63) ont estimé que le
105 recrutement était difficile (n= 51) ou très difficile (n=12). Parmi les raisons, 76% (n=48) ont
106 rapporté une méfiance des patients (méfiance par méconnaissance de la démarche des BPM,
107 prétextant un manque de temps ou une connaissance suffisante de leur traitement ou ayant
108 plus confiance en leur médecin traitant pour cette démarche).

109 La relation du pharmacien a été ressentie comme améliorée avec le patient (n = 99 ; 85%),
110 avec le médecin traitant (n = 22 ; 19 %) et avec l'équipe officinale (n = 36 ; 31 %). Le
111 contenu pédagogique de la formation aux BPM semblait approprié pour 76% des étudiants et
112 maîtres de stage (n=89). Enfin 50,4% (n=59) d'entre eux estimaient que l'accompagnement
113 par un pharmacien clinicien extérieur à l'officine serait utile pour la mise en œuvre des
114 premiers BPM. Les répondants estimaient que 45% des pharmacies d'officine (n=53)
115 poursuivraient la réalisation des BPM après la fin du stage de fin d'étude.

116 **Discussion**

117 Ce travail de déploiement d'une mission de pharmacie clinique à l'officine permet une
118 meilleure connaissance des enjeux autour de cette nouvelle mission. L'analyse des BPM a
119 permis d'identifier des difficultés sur la mise en œuvre de l'ensemble des étapes d'un BPM
120 par manque de temps, de recrutement des patients, et des conditions de rémunérations.
121 Certains leviers ont pu être remontés avec un niveau de difficulté estimé peu important et une
122 amélioration de la relation du pharmacien avec le patient.

123 Les résultats préliminaires obtenus avec le questionnaire J0 montrent que la majorité des
124 pharmaciens d'officine conservent une motivation pour la mise en place de ces nouvelles
125 missions (locaux, formation dédiée). Une première difficulté rencontrée semble être liée à la
126 durée de mise en œuvre des différentes étapes du BPM, avec la non-réalisation d'une
127 proportion d'entretiens conseil et d'entretien d'observance chez des patients qui avaient
128 bénéficié de l'entretien de recueil. Cette proportion d'entretiens non-réalisés est stable au
129 cours des trois BPM (**Tableau 1**). Il ne peut être exclu que la durée de l'étude (5 mois) a été
130 une contrainte pour la mise en œuvre de BPM complets. L'objectif de 3 BPM complets, jugé
131 raisonnable à l'initiation de l'étude, mériterait d'être reconsidéré au regard de cette contrainte
132 car si la proportion d'entretiens non-réalisés est stable, elle diminue de manière absolue. La
133 conduite des entretiens conseil et d'observance implique un suivi rapproché de chaque BPM
134 par le pharmacien. Ce dernier doit effectivement conduire un échange avec le médecin traitant
135 du patient avant de réaliser l'entretien conseil, ce qui peut générer des difficultés (contact
136 médecin, rédaction compte-rendu, retour formalisé au patient) [8]. Pour l'entretien
137 d'observance, il y a un délai minimum d'un mois après l'entretien conseil, ce qui entraîne
138 également un risque de rupture de suivi du patient par le pharmacien. Un des leviers face à
139 cette difficulté serait l'introduction d'outils d'accompagnement du pharmacien (intégrés au
140 logiciel métier de l'officine) permettant d'assister le suivi des dossiers. S'agissant du temps
141 passé pour chacune des étapes par les étudiants, il est à nuancer du fait qu'il s'agissait d'un
142 objectif de stage et qu'ils étaient peut-être moins contraints par d'autres tâches. Une étude
143 canadienne a rapporté les résultats de la mise en place de MedChecks en Ontario, qui peut être
144 assimilé à les bilans de médication (mais un seul entretien et sans contact prescripteur
145 néanmoins). Le temps dédié par la mission dans son intégralité est de 30 minutes, temps
146 estimé insuffisant par les participants (min-max 11-60 min) [9]. Une étude américaine avec un
147 design différent (bilan médicamenteux par téléphone par les pharmaciens d'officine pour les

148 patients en sortie d'hospitalisation) a retenu un temps moyen estimé de 65 minutes (min-max
149 20-210 min), assez proche des temps retrouvés dans notre étude pour l'entretien initial [10].
150 Enfin une étude néerlandaise rapporte la mise en place de bilans de médication en pharmacie
151 d'officine (sans contact prescripteur) avec un temps moyen de 68 minutes, également du
152 même ordre de grandeur que les chiffres retrouvés dans notre étude [11]. Il est toutefois
153 difficile de comparer les études entre elles et avec nos données dans la mesure où les
154 dispositifs de bilans médicamenteux ont des organisations qui diffèrent.

155 Une deuxième difficulté est celle du recrutement des patients pour les BPM. Les raisons
156 rapportées de refus des BPM par les patients semblent également converger vers un problème
157 de communication. Cette problématique souligne l'importance de communiquer autour des
158 nouvelles missions du pharmacien non pas uniquement auprès des pharmaciens d'officine
159 mais également auprès des médecins traitants, infirmiers à domicile, ... et des patients. C'était
160 le levier le plus fréquemment rapporté par les participants (34%). Par ailleurs, même si
161 l'ensemble des participants avaient bénéficié d'une formation appropriée (et d'un
162 encadrement au sein de la pharmacie lieu de stage), il n'est pas possible d'exclure une
163 formation globalement insuffisante des étudiants en pharmacie en communication avec le
164 patient ainsi qu'un manque d'expérience [12-13].

165 Une troisième difficulté est liée aux conditions de rémunération. Cette problématique avait
166 déjà été soulevée pour d'autres missions [4] mais est probablement accentuée par la durée du
167 BPM. Basée sur le principe de la Rémunération sur Objectif de Santé Publique (ROSP), elle
168 implique en effet que le BPM soit conduit dans sa totalité. Cette difficulté a été prise en
169 compte depuis par la CNAM dans le cadre de l'avenant n°21 à la convention nationale
170 puisque la rémunération des BPM est désormais sous forme de paiement à l'acte et sera
171 effective dès la fin des trois entretiens sans qu'il soit nécessaire d'attendre 12 mois [14]. Il
172 semble important par ailleurs de mettre en avant dans les éléments de communication à

173 destination des pharmaciens d'officine les bénéfices attendus des BPM sur des critères
174 cliniques par exemple. Une récente méta-analyse a montré que les BPM conduits chez les
175 patients de plus de 65 ans permettaient de diminuer de manière significative les passages aux
176 urgences (risque relatif = 0,68 ; intervalles de confiance 95% 0,48-0,96) [4]. Une étude moins
177 récente menée dans plusieurs pays d'Europe avait montré un meilleur taux d'observance des
178 patients ayant bénéficié de BPM [5].

179 Une des hypothèses de départ, basée sur le delta entre la préparation des pharmaciens à la
180 nouvelle mission (69% formés) et la mise en œuvre effective des BPM avant l'étude (24%),
181 était le manque de temps dédié. L'intégration d'étudiants dans le dispositif a permis de
182 manière très imparfaite d'inscrire cette nouvelle mission dans la continuité. Il aurait été
183 intéressant de contrôler tout au long du stage le transfert progressif de compétences de
184 l'étudiant vers l'équipe, voire de proposer un design un peu différent en impliquant davantage
185 les maîtres de stage sur la mission que les étudiants. Dans ce second cas, le caractère
186 pédagogique de la mission aurait été insatisfaisant.

187 En revanche, cette étude a permis de mettre en évidence que la conduite des BPM entraînait
188 majoritairement une amélioration de la relation du pharmacien avec le patient. Parmi les
189 leviers autres que celui de la communication, on relevait une demande d'optimisation des
190 démarches administratives pour la remontée des BPM (23%) avec un pendant supposé pour la
191 rémunération. En dehors de la rémunération, les participants suggéraient également le
192 déploiement d'outils d'aide à la détection de patients éligibles au dispositif (12%). Si certains
193 logiciels métiers permettaient déjà cette détection, il faut ajouter que les critères d'éligibilité
194 ont été assouplis par l'avenant n°19 à la convention pharmaceutique puisqu'ils intègrent
195 désormais les patients de plus de 65 ans sans nécessité d'une affection longue durée [15]. Le
196 recours à des pharmaciens cliniciens extérieurs expérimentés, sous forme de consultanat, est
197 une piste également intéressante d'autant plus qu'elle n'est pas développée en France. Les

198 contours réglementaires nécessiteraient d'être abordés ainsi que celui du contenu des
199 formations initiales et continues aux BPM. Le format original d'une formation ponctuelle aux
200 BPM, comme dans le cadre de notre étude, devrait probablement être revu et inscrit dans la
201 durée.

202 **Conclusion**

203 Cette étude a permis d'identifier de nombreux freins à la conduite des BPM et confirme les
204 difficultés rapportées au niveau national. Des leviers autour de l'accompagnement des
205 pharmaciens, des conditions de rémunération et de campagnes de communication sont
206 prioritaires pour la poursuite du déploiement de ce dispositif.

207

208 **Remerciements**

209 Les auteurs remercient les étudiants de 6ème année de la filière officine de la promotion
210 2018-2019 des UFR de pharmacie de Reims Champagne-Ardenne et de Nancy pour leur
211 participation active dans la réalisation de cette étude.

212

213 **Financement** : aucun

214

215 **Liens d'intérêts** : Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts en lien avec ce
216 manuscrit

217

218 **Références**

- 219 [1] Arrêté du 9 mars 2018 portant approbation de l'avenant n°12 à la convention nationale du
220 4 mai 2012, organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance
221 maladie. Journal Officiel du 16 mars 2018.
- 222 [2] Haute Autorité de Santé. Guide conciliation des traitements médicamenteux en
223 établissement de santé [Internet]. Disponible sur : [http://www.has-](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-01/dir1/guide_conciliation_des_traitements_medicamenteux_en_etablissement_de_sante.pdf)
224 [sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-01/dir1/guide_conciliation_des_traitements_medicamenteux_en_etablissement_de_sante.pdf)
225 [01/dir1/guide_conciliation_des_traitements_medicamenteux_en_etablissement_de_sante.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-01/dir1/guide_conciliation_des_traitements_medicamenteux_en_etablissement_de_sante.pdf)
226 (consulté le 7 avril 2020)
- 227 [3] Lehmann H. A new support given to patients in retail pharmacies: The "shared checkup of
228 medication". *Ann Pharm Fr* 2019; 77(4): 265-275
- 229 [4] Tasai S, Kumpat N, Dilokthornsakul P, Chaiyakunapruk N, Saini B, Dhipayom T.
230 Impact of Medication Reviews Delivered by Community Pharmacist to Elderly Patients on
231 Polypharmacy: A Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. *J Patient Saf* 2019 (sous
232 presse). <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000599>
- 233 [5] Bernsten C, Björkman I, Caramona M, Crealey G, Frøkjær B, Grundberger E, et al.
234 Pharmaceutical care of the Elderly in Europe Research (PEER) Group. Improving the well-
235 being of elderly patients via community pharmacy-based provision of pharmaceutical care: a
236 multicentre study in seven European countries. *Drugs Aging* 2001; 18(1): 63-77
- 237 [6] Qassemi S, Mouchoux C, Eyvrard F, Tesquet N, Rouch L, McCambridge C, et al. The
238 medication review in primary care in the over 65s. *Act Pharm* 2018; 57: 37-39
- 239 [7] Mongaret C, Lepage C, Aubert L, Lestrille A, Slimano F. Outcomes after a 2-year
240 pharmaceutical care program for patients taking vitamin K antagonist therapy? Community
241 pharmacist's perception. *Ann Pharm Fr* 2018; 76 : 114-121

- 242 [8] Bryant L, Coster G, McCormick R. General practitioner perceptions of clinical
243 medication reviews undertaken by community pharmacists. *J Prim Health Care* 2010; 2: 225-
244 233
- 245 [9] Dolovitch L, Gagnon A, McAiney CA, Sparrow L, Burns S. initial Pharmacist Experience
246 with the Ontario-Based MedsChecks Program. *Can J Pharm* 2008; 141(66): 339-345
- 247 [10] Tetuan CE, Guthrie KD, Stoner SC, May JR, Hartwig DM, Liu Y. Impact of community
248 pharmacist-performed post-discharge medication reviews in transitions of care. *J Am Pharm*
249 *Assoc (2003)* 2018; 58(6): 659-666.
- 250 [11] Teichert M, Luijben SN, Wereldsma A, Schalk T, Janssen J, Wensing M, et al.
251 Implementation of medication reviews in community pharmacies and their effect on
252 potentially inappropriate drug use in elderly patients. *Int J Clin Pharm* 2013; 35(5): 719-26
- 253 [12] Charpiat B, Derfoufi S, Langer M, Janoly-Dumenil A, Mouchoux C, Allenet B, et al.
254 Identification of knowledge deficits of pharmacy students at the beginning of the fifth year of
255 pharmacy practice experience: Proposals to change the content of academic programs. *Ann*
256 *Pharm Fr* 2016; 74: 404-412
- 257 [13] Badran I, Slimano F, Depaquit J. Perspectives on the training of the pharmacist among
258 pharmacists, academics and pharmacy students: A cross-sectional study. *Ann Pharm Fr*
259 2020 ; 78(3) : 242-251
- 260 [14] APMnews. Officine : signature de l'avenant n°21 à la convention pharmaceutique
261 (consulté le 29 juillet 2020)
- 262 [15] Avis relatif à l'avenant n°19 à la convention nationale du 4 avril 2012 organisant les
263 rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie. Journal Officiel du
264 24 février 2020.

265 **Tableau 1** : Nombre de bilans partagés de médication (BPM) réalisés durant l'étude (n=117
266 participants) détaillé à chaque étape

267 **Table 1**: Number of Medication Review performed during the study period (among n=117
268 participant) and number of each step performed into the Medication Review process

	BPM 1		BPM 2		BPM 3	
	Total	BPM non abouti	Total	BPM non abouti	Total	BPM non abouti
Entretien recueil	110	40	99	38 ‘	80	32’’
Entretien conseil	99		87		71	
Entretien observance	70		61		48	

269 ‘ différence non significative entre BPM1 / BPM2 ;

270 ’’ différence non significative entre BPM2/ BPM3 et BPM1/ BPM3

271

272

273

274

275

276

277

278

279

280

281

282

283 **Tableau 2** : Estimation par les étudiants et leurs maitres de stage du temps moyen passé pour
284 réaliser chaque étape de chaque BPM et leur niveau de difficulté ressenti.

285 **Table 2** : Self-assessment of mean time spending and difficulty level for each medication
286 review step to students and their mentors.

Étapes	Temps moyen passé [max] en minutes	Niveau de difficulté ressenti (de 1 à 10) en moyenne
Entretien de recueil	35 [150]	3/10
Analyse du traitement	42 [300]	4
Rédaction CR médecin	25 [150]	4
Echange avec le médecin	7 [25]	4
Entretien conseil	22 [65]	3
Travail administratif	25 [240]	4
TOTAL	156 minutes (~2h30)	

287

288

289

290

291

292

293

294

295

296

297

298

299

300

301

302 **Tableau 3** : Principaux freins et leviers identifiés dans le déploiement des bilans partagés de
303 médication (BPM) en pharmacie d'officine (n= 117 participants)

304 **Table 3:** Main barriers and enablers reported for the implementation of medication review in
305 community pharmacies (among n=117 participants)

Freins	n	Leviers	n
Rémunération trop faible ou délai trop long	94	Communication sur les BPM	40
Manque de temps	88	Améliorer les documents pour la saisie des données	27
Patients peu réceptifs à la démarche	57	Optimisation du logiciel informatique	14
Soucis relationnels avec prescripteurs	40	Dégager du temps pour cette activité	13
Outils peu adaptés (Logiciel informatique...)	41	Rémunération plus importante et plus rapide pour chaque entretien réalisé	10
Manque d'espace de confidentialité, ou inadéquation de cet espace	27		

306

307

308

309

310

311

312

313

314

315

316

317