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-03591771

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

Version of Record: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0003450920301255
Manuscript_5bb67cbb1f909d11a4ee228a2a8d87e5

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-Gallois[3], Pharm.D., Virginie Chopard[3], Pharm.D., Léa Aubert[2] Pharm.D., M.Sc., Amélie Lestrille Pharm.D., Sophie Malblanc[5], 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

© 2020 published by Elsevier. This manuscript is made available under the CC BY NC user license
https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/

*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

Résumé

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

Abstract

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

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

Keywords: medication review, community pharmacists, pharmaceutical care

Introduction

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

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

Méthode

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

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

Résultats

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

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

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

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

Discussion

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Conclusion

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

Remerciements

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

Financement : aucun

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

Références

[1] Arrêté du 9 mars 2018 portant approbation de l'avenant n°12 à la convention nationale du 4 mai 2012, organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie. Journal Officiel du16 mars 2018.

[2] Haute Autorité de Santé. Guide conciliation des traitements médicamenteux en établissement de santé [Internet]. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-01/dir1/guide_conciliation_des_traitements_medicamenteux_en_etablissement_de_sante.pdf (consulté le 7 avril 2020)

[3] Lehmann H. A new support given to patients in retail pharmacies: The "shared checkup of medication". *Ann Pharm Fr* 2019; 77(4): 265-275

[4] Tasai S, Kumpat N, Dilokthornsakul P, Chaiyakunapruk N, Saini B, Dhippayom T. Impactof Medication Reviews Delivered by Community Pharmacist to Elderly Patients on Polypharmacy: A Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. *J Patient Saf* 2019 (sous presse). https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000599

[5] Bernsten C, Björkman I, Caramona M, Crealey G, Frøkjaer B, Grundberger E, et al. Pharmaceutical care of the Elderly in Europe Research (PEER) Group. Improving the well-being of elderly patients via community pharmacy-based provision of pharmaceutical care: a multicentre study in seven European countries. *Drugs Aging* 2001; 18(1): 63-77

[6] Qassemi S, Mouchoux C, Eyvrard F, Tesquet N, Rouch L, McCambridge C, et al. The medication review in primary care in the over 65s. *Act Pharm* 2018; 57: 37-39

[7] Mongaret C, Lepage C, Aubert L, Lestrille A, Slimano F. Outcomes after a 2-year pharmaceutical care program for patients taking vitamin K antagonist therapy? Community 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, Larger 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.

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

Table 1: Number of Medication Review performed during the study period (among n=117 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	

‘ différence non significative entre BPM1 / BPM2 ;

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

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

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

Etapes	**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)	

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

Table 3: Main barriers and enablers reported for the implementation of medication review in 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		