

LE BILAN PARTAGÉ DE MÉDICATION

Août 2018

www.omedit-paysdelaloire.fr

 [@OmeditPdl](https://twitter.com/OmeditPdl)

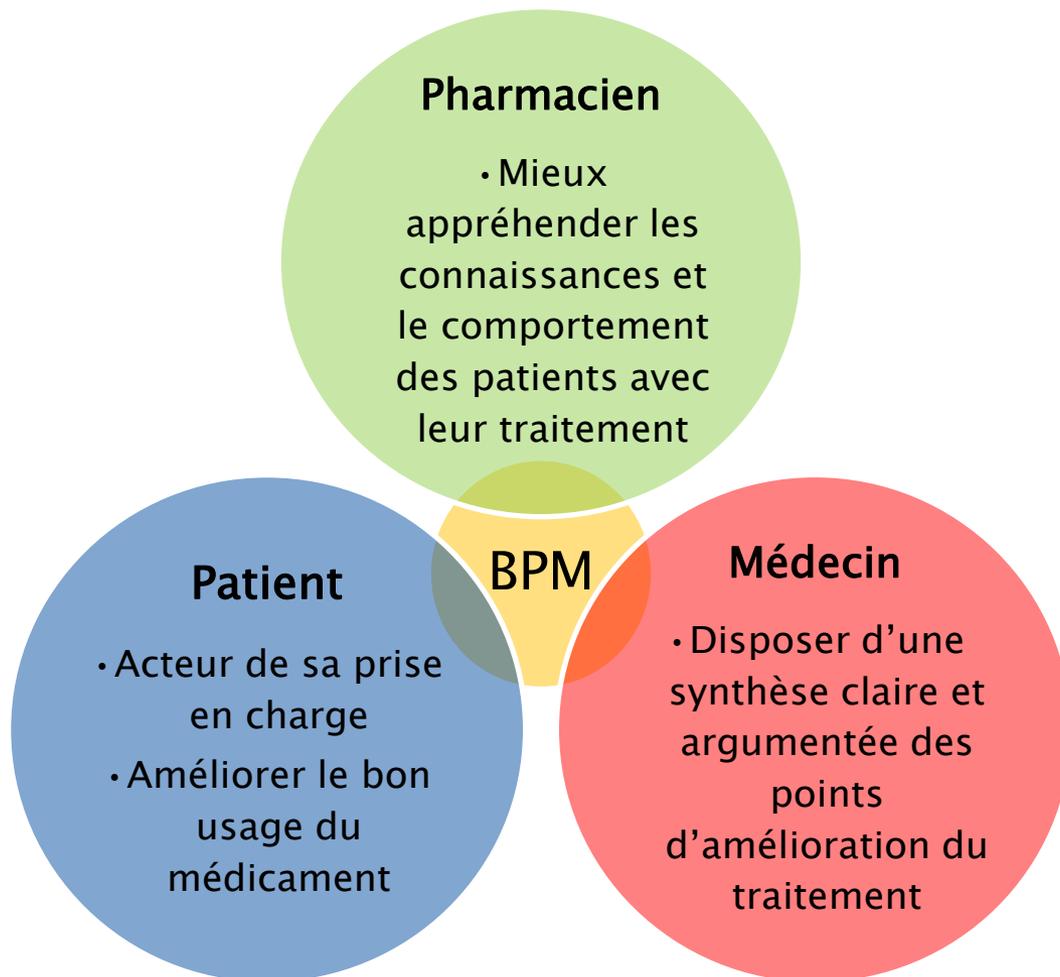
➤ Définition (HAS)

- « Analyse 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'évaluations pharmacologique comme ceux de détection de médicament potentiellement inappropriés»

➤ Le BPM doit permettre de :

- Réduire le risque iatrogénique
- Améliorer l'adhésion du patient
- Réduire le gaspillage de médicaments
- Optimiser l'impact des prescriptions médicamenteuses
- Appréhender le malade et son traitement dans son environnement

Triple objectif



Le BPM : pour quelle population?

➤ **Patients cibles = patient qui tirent le plus de bénéfices du BPM**

- > 75 ans et polymédiqués (seuil d'au moins 5 médicaments)
- > 65 ans avec ALD

Principales
pathologies ciblées

- Maladies cardiovasculaires
- Maladies neuropsychiques
- Maladies métaboliques

Médecin généraliste = professionnel de référence pour le patient âgé

➤ **Autres éléments à prendre en compte**

- Sortie d'hospitalisation
- Découverte d'une maladie
- Médicaments à marge thérapeutique étroite

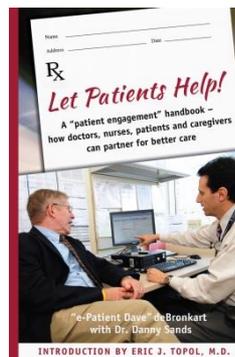
Le BPM : pour quelle population?

Médecin généraliste = professionnel de référence pour le patient âgé

➤ Intérêt et souhait des patients âgés :

Avoir un
traitement le
plus adapté
au quotidien

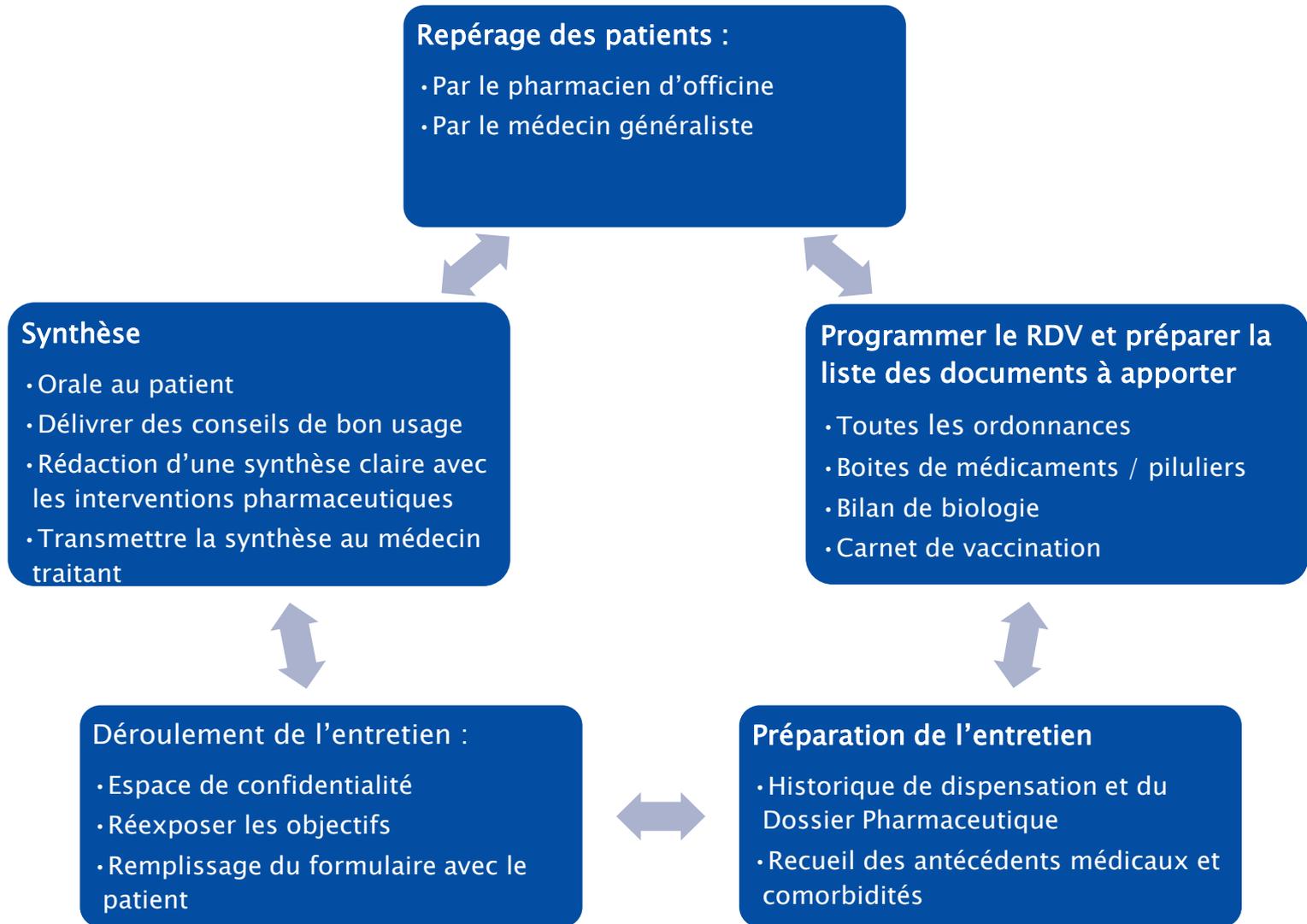
- Diminuer les effets indésirables
- Alléger les contraintes des traitements
- *Let Patients Help ! :*



➤ Le BPM, une opportunité pour le prescripteur pour :

- Comprendre les difficultés des patients
- Renforcer l'adhésion aux traitements
- Prescription optimisée dans la durée

Le BPM : Comment?



➤ Formulaire composé de 7 parties

1. Données sociodémographiques → environnement du patient

Nom :
Né(e) le :

Prénom :
Age :

Poids (kg) :

Sexe : F M

Mode de vie : Seul(e)
 Avec conjoint
 Avec famille
 Autre:

Lieu de vie : Domicile (habitation individuelle)
 Domicile (habitation collective)
 Foyer logement
 EHPAD
 Autre:

Date de l'entretien :

Contexte: Sorbie d'hospitalisation
 A la demande du médecin traitant
 Doute sur l'observance
 Polymédication
 Autre :

Visite : Bilan initial
 Réévaluation n°.....

Aides existantes :

Aide-ménagère	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
IDE	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
Kinésithérapeute	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
Portage des repas	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
Téléalarme	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
Autre	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas

Précisez :

Partie 1

Remplissage du formulaire avec le patient

2. Identification des professionnels de santé
3. Antécédents médicaux et comorbidités

Antécédents et Comorbidités

Pathologies cardiovasculaires :

HTA	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
Hypercholestérolémie	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
Fibrillation auriculaire ou flutter	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
IDM ou insuffisance coronarienne	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
Insuffisance cardiaque	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
Artériopathie des membres inférieurs	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
AVC avec ou sans séquelle	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
Accident Ischémique Transitoire	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
Diabète	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas

Pathologies psychiatriques :

Dépression	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
Trouble bipolaire	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
Trouble psychotique	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas

Pathologies neurologiques :

Maladie de Parkinson	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
Epilepsie	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
Démence	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas

Le BPM : Comment?

Remplissage du formulaire avec le patient

4. Traitements pris par le patient + terrain allergique et statut vaccinal

Traitements médicamenteux							
DCI / Dosage	Posologie		Indication	Date de début du traitement (jjmmaaaa)		Biologie ou éléments d'efficacité ou d'effets indésirables en lien avec le médicament	
	OUI	NON		OUI	NON		
1							
2							

Allergies médicamenteuses : oui non ne sait pas

Si oui, précisez :

.....
.....

Vaccinations :

Etes-vous à jour des vaccinations suivantes ?

Grippe oui non ne sait pas
Tétanos oui non ne sait pas
Pneumocoque oui non ne sait pas

Connaissance par le patient de chacune des informations

5. Évaluation de la gestion du traitement

Gestion globale du traitement :

Utilisez-vous un pilulier ?

oui non

Si oui, est-ce vous qui le préparez ?

oui non

Allez-vous chercher vous-mêmes vos médicaments à la pharmacie ?

oui non non applicable

Gérez-vous la prise de vos traitements seuls ?

oui non non applicable

Prescription des médicaments :

Les horaires de prise de vos médicaments sont-ils adaptés à votre mode de vie ?

oui non ne sait pas

Si non, précisez :

.....
.....

Pensez-vous que vous prenez trop de médicaments ?

oui non ne sait pas

Gestion du stock de médicaments :

Vous arrive-t-il de manquer de médicaments ?

oui non ne sait pas

Avez-vous au contraire un stock de médicaments excédentaire ?

oui non ne sait pas

Possédez-vous un stock de médicaments en commun avec vos proches ?

oui non non applicable

Préparation et prise des médicaments :

Avez-vous des difficultés liées à la forme de certains de vos médicaments (comprimés à avaler, gouttes à compter ?)

oui non ne sait pas

Si oui, quel(s) médicament(s) vous posent problème et pourquoi ?

6. Évaluation de l'observance

Vous arrive-t-il d'oublier de prendre vos médicaments ? oui non non applicable

Si oui, lesquels et pourquoi ?

.....
.....
.....

Pendant les 2 dernières semaines, y a-t-il eu des jours où vous n'avez pas pris vos médicaments ?

oui non ne sait pas

Si oui, lesquels et pourquoi ?

.....
.....

Utilité des médicaments :

Pensez-vous que certains de vos médicaments ne sont pas utiles ? oui non ne sait pas

Si oui, le(s)quel(s) ?

.....
.....
.....

Effets secondaires :

Pensez-vous avoir déjà eu des effets secondaires suite à la prise de médicaments ?

oui non ne sait pas

Si oui, quel(s) effet(s) secondaire(s) avec quel(s) médicament(s) ?

.....
.....
.....

Suivi du traitement :

Si certains de vos médicaments nécessitent un suivi par prise de sang, rencontrez-vous des difficultés à la faire ? oui non non applicable

Si oui, le(s)quel(s) ?

Automédication :

Avez-vous parfois recours à la prise de médicaments sans prescription ? oui non ne sait pas

Si oui, le(s)quel(s) ?

.....
.....

Avez-vous déjà diminué ou augmenté les doses de certains médicaments de votre propre initiative ?

oui non ne sait pas

Si oui, le(s)quel(s) ?

.....
.....

Autre :

Avez-vous des besoins particuliers ou des interrogations concernant vos médicaments non abordés lors de cet entretien?.....

Le BPM : Comment?

Remplissage du formulaire avec le patient

7. Synthèse de l'entretien et reformulation des problèmes identifiés

Interventions pharmaceutiques transmises au médecin généraliste

	<u>Interventions pharmaceutiques destinées au médecin</u>	<u>Interventions pharmaceutiques destinées au patient</u>	<u>IP acceptée par le médecin</u>	
			oui	non
1				
2				

- Réalisée par le pharmacien d'officine
- Formalisation écrite de l'analyse pharmaceutique
- Retracer les propositions d'optimisation thérapeutique
- Permet de hiérarchiser les interventions

Transmission au médecin traitant par voie informatique ou entretien dédié

- **Prise en charge du patient tout au long de son parcours de soins**
- **Rendre disponible toutes les informations sur le traitement du patient à tous les intervenants**
- **Optimiser la sécurité et l'efficacité du traitement du patient dans son ensemble**

- Mémo Bilan partagé de médication_2017_SFPC
- Convention nationale organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie – Avenant n°12- 21 Novembre 2017