#### Modifications en jaune

Dernière adaptation 01.01.2019

**TEXTE COORDONNÉ**

**DE LA CONVENTION ENTRE**

**LES PHARMACIENS ET LES ORGANISMES ASSUREURS**

Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

Lors de la réunion de la Commission de conventions entre les pharmaciens et les organismes assureurs du 20 décembre 1995, sous la présidence de Monsieur le Docteur Jean RIGA, Fonctionnaire dirigeant, une convention a été conclue entre:

d'une part, les organismes assureurs,

et d'autre part,

- l'ASSOCIATION PHARMACEUTIQUE BELGE;

- l'OFFICE DES PHARMACIES COOPERATI­VES DE BELGIQUE.

Cette convention a été modifiée avec les avenants des 23 février 1996, 20 février 1998, 15 décembre 1998, 21 avril 1999, 17 janvier 2003, 28 novembre 2003, 24 mars 2004, 2 juillet 2004, 14 décembre 2005, 31 mars 2006, 6 octobre 2006, 27 octobre 2006, 20 juillet 2007, 20 septembre 2007, 13 mars 2008, 26 mars 2009, 29 avril 2009, 13 mai 2009, 5 juin 2009, 26 mars 2010, 21 avril 2010, 16 juillet 2010, 14 décembre 2010, 1er juillet 2011, 1er décembre 2011, le 1er janvier 2012, le 1er mai 2012 et le 1er juin 2012.

Le texte coordonné de la convention est repris ci-après.

# Préambule

*Lorsqu'au cours de la présente convention, suite à des modifications externes des procédures de contrôle ou de tarification, une des deux parties se retrouve dans l'impossibilité de respecter les dispositions de l'article 8 § 2, les deux parties s'engagent à se réunir dans le cadre de la Commission de conventions afin de trouver une solution raisonnable les satisfaisant toutes les deux.*

**Article 1er.** La présente convention définit en ce qui concerne le montant des honoraires pour les préparations magistrales, la délivrance de produits et spécialités pharmaceutiques et les modalités de leur paiement, les rapports entre les pharmaciens d'officine d'une part et d'autre part les bénéficiaires de l'assurance et les organismes assureurs.

**Article 2.** Les pharmaciens adhérant à la présente convention s'engagent à délivrer aux bénéficiaires de l'assurance les prestations pharmaceutiques, conformément aux règles fixées par le Comité de l'assurance du Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité et aux lois, arrêtés et règlements applicables en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

**Article 3.** Chaque partie garantit le respect du libre choix par le bénéficiaire du pharmacien et de l'organisme assureur. Elles collaborent en vue de sauvegarder l'intérêt de la santé des bénéficiaires et de conserver le secret médical. Elles respectent la vie privée du bénéficiaire.

**Article 4.**

**§ 1.** Le pharmacien adhérant à la présente convention doit préciser s'il/si elle accepte ou non le système du tiers payant.

Le pharmacien peut modifier ce choix. Il suffit qu'il/elle avise par lettre recommandée le Service des soins de santé de cette modification. Elle entre en vigueur le 1er jour du trimestre calendrier suivant la date de la réception de la demande, pour autant que celle-ci ait été envoyée auprès du Service des soins de santé au moins six semaines avant le premier jour du trimestre envisagé.

**§ 2.** Si le pharmacien a choisi le système du tiers payant, ce mode de paiement est applicable aux bénéficiaires de tous les organismes assureurs pour les délivrances où l'assurance soins de santé l'admet. Dans ce cas, il/elle perçoit l'intervention du bénéficiaire dans la mesure où une intervention est fixée dans la réglementation. Si l'assuré ne présente pas les documents nécessaires, les dispositions du présent paragraphe ne sont pas d'application.

**§ 3.** Si le pharmacien n'a pas accepté le système du tiers payant ou si, bien qu'appliquant ce mode de paiement, il/elle exige, en vertu de dispositions contraires, le paiement au comptant de certaines prestations, il/elle remet au bénéficiaire les documents réglementaires permettant aux organismes assureurs de payer l'intervention de l'assurance.

**§ 4**. Suivant sa qualité, le pharmacien s'engage à respecter le prix public des spécialités ou le prix clinique, le prix des produits et le montant des honoraires, tels qu'ils sont publiés dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

**§5.** L’objectif de ce paragraphe est de fixer, complémentairement à la réglementation, les règles de travail

pratiques et impératives pour l’échange électronique de données via le réseau MyCareNet entre les pharmaciens et les organismes assureurs.

5.1. Définitions.

* **Réseau**: le réseau MyCareNet
* **Service**: type de transmission de données (consultation d’assurabilité, consultation d’accord médicaments chapitre IV)
* **Mandat:** l’acte juridique entre deux entités juridiques dont l’une entité (le mandant) autorise l’autre entité (mandataire) pendant une période déterminée, à avoir l’accès au réseau MyCareNet pour un service particulier, et ce au nom du mandant.
* **Mandant**: entité identifiée qui donne mandat.
* **Mandataire**:entité identifiée qui reçoit mandat pour avoir accès au réseau MyCareNet pour un service particulier, et ce au nom du mandant.

5.2. Droits et obligations des parties.

5.2.1. Droits et obligations des organismes assureurs.

* Exactitude des données

Les organismes assureurs s'engagent à mettre à jour et à rendre accessible sur le réseau les données correctes de tous leurs membres.

* Disponibilité des services de la plateforme MyCareNet :
  + Une disponibilité de 99% sur base mensuelle à l’exclusion des fenêtres de maintenance planifiées aux moments les plus opportuns.
  + Un temps de réponse inférieur à 10 secondes (moindre que la lecture de l’assurabilité sur la carte SIS).
  + Un monitoring permanent.
* Disponibilité des services :
  + Au niveau technique (disponibilité du réseau MyCareNet) :
    - les pharmaciens peuvent introduire leurs demandes tous les jours 24 heures sur 24 à l’exclusion des fenêtres de maintenance planifiées.
  + Au niveau du Helpdesk de MyCareNet :
    - le helpdesk sera disponible pendant les heures de bureau de 8H à 18H, et ce uniquement pendant les jours ouvrables. Un document séparé mentionnera où le pharmacien pourra s’adresser et avec quel type de question.
  + Au niveau des Helpdesk des organismes assureurs :
    - le helpdesk sera disponible pendant les heures de bureau de 9H à 12H et de 13H30 à 16H et ce uniquement pendant les jours ouvrables. Un document séparé mentionnera où le pharmacien pourra s’adresser et avec quel type de question.
  + La coordination entre les services Helpdesk de MyCareNet et des organismes assureurs est assurée.

5.2.2. Droits et obligations des pharmaciens.

* + Les pharmaciens titulaires s'engagent à transmettre en temps utile leurs données exactes aux responsables des sources authentiques.
  + Le pharmacien se déclare d’accord avec les éventuelles futures adaptations de ce paragraphe*,* pour autant qu’elles aient été approuvées par la Commission de conventions entre les pharmaciens et les organismes assureurs. La version la plus récente de ce paragraphe peut à tout moment être obtenue auprès du Collège Inter-mutualiste National (ci-après le CIN) et sur le site web de l'INAMI.
  + Un pharmacien a accès au réseau pour autant que la plateforme e-Health reconnaisse et authentifie les identifiants et qualités que lui présente le pharmacien.
  + L’utilisation de ce réseau est limitée au service décrit en annexes V.1 et V.2 et sous-entend l’acceptation de plein droit des conditions relatives à ce service comme stipulées dans les annexes correspondantes.
  + Le helpdesk première ligne du pharmacien est toujours le fournisseur du logiciel au moyen duquel le pharmacien consulte MyCarenet (donc en cas de problème avec MyCareNet, le pharmacien contactera en premier lieu son fournisseur de logiciel).

5.3. Mandats.

Un pharmacien titulaire a le droit de donner un mandat à un mandataire.

Un mandat doit être confirmé par écrit selon le modèle en vigueur sur la plateforme e-Health

(<https://www.ehealth.fgov.be/fr/acceder-au-portail-ehealth/mandats>).

Le mandataire doit porter ce mandat à la connaissance du CIN. Le mandat doit parvenir au CIN au moins 5 jours ouvrables avant la date de prise d’effet du mandat.

La période pour laquelle le mandat est donné, doit être reprise explicitement dans ce mandat.

Le mandant reste responsable du contenu des messages.

Pour être valables, les mandats doivent répondre aux conditions énumérées limitativement ci-après :

* Le mandat doit mentionner explicitement l’objet du mandat. Un mandat vaut pour maximum 1 service.
* La date de la signature et la date d'entrée en vigueur doivent être reprises explicitement de sorte que l’organisme assureur puisse vérifier quand ce mandat produira ses effets.
* Il ne peut pas y avoir de périodes chevauchantes entre 2 mandats pour un même service. Le cas échéant, un nouveau mandat pour un service clôture de plein droit le mandat précédent.
* En cas de décès, de faillite ou de liquidation ou toute autre circonstance qui rend l'activité professionnelle légalement impossible dans le chef du mandant ou du mandataire, le mandat est immédiatement terminé.

5.4. Abus ou infractions.

* + En cas d’abus ou d’infraction au présent paragraphe :
    - Dès qu’un organisme assureur constate des abus ou des infractions au présent paragraphe, il enverra au pharmacien titulaire un avertissement à ce sujet par lettre recommandée.
    - Le CIN fera part de tout cas d’abus ou d'infraction le concernant au [Comité sectoriel de la sécurité sociale et de la santé](http://www.ksz.fgov.be/Fr/organisation/organis_3.htm), qui veille au respect de la protection de la vie privée des assurés sociaux dans le service concerné.
    - Dès qu’un pharmacien titulaire (ou son mandataire) ou un pharmacien utilisateur constate un ou des abus ou une ou des infraction(s) au présent paragraphe, il enverra au CIN un avertissement à ce sujet par lettre recommandée.
    - En cas de répétition des faits endéans les 365 jours à partir de la première infraction, la Commission de conventions entre les pharmaciens et les organismes assureurs ainsi que les services de contrôles administratifs et médicaux de l’INAMI en seront informés, et prendront, en fonction de leurs compétences et responsabilités respectives, les actions nécessaires vis-à-vis de la partie en infraction.
  + Au cas où l’utilisation du réseau par le pharmacien mettrait en danger la disponibilité ou la sécurité du système informatique, l’accès pourrait temporairement lui en être refusé après l'en avoir averti, le temps que le problème soit résolu (Il s’agit ici de ‘*problèmes techniques’*).

5.5. Evaluation.

Il sera fait une évaluation permanente du respect des droits et obligations des parties présentes dans ce paragraphe. Le CIN transmettra régulièrement un rapport à la Commission de conventions entre les pharmaciens et les organismes assureurs.

**Article 5.** Les organismes assureurs s'engagent:

a) à honorer leur intervention, calculée conformément aux lois, arrêtés et règlements visés à l'article 2, aussi bien pour les fournitures pour lesquelles le système du tiers payant a été appliqué que pour celles qui ont été portées en compte au comptant;

b) à subordonner leurs paiements à la présentation de tous les supports d'information réglementaires.

**Article 6.**

« Les honoraires des pharmaciens pour les prestations pharmaceutiques sont liés à la valeur de la lettre-clé P à laquelle est attribué un coefficient.

Au 1er janvier 2012, les valeurs de la lettre-clé P sont fixées à :

P = 1,726082 1,777692 (01/04/2012) - 1,801693 (01/04/2013) – 1,826737 (01/01/2014) – 1,841899 (01/01/2017) **– 1,872843 (01/01/2018)**

pour les spécialités pharmaceutiques

(AR du 16 mars 2010 visant l’instauration d’honoraires pour la délivrance d’une spécialité pharmaceutique remboursable dans une officine ouverte au public)

P = 1,777692 1,826756 (01/01/2013) - 1,852148 (01/01/2014) – 1,867521 (01/01/2017) **– 1,898895 (01/01/2018)**

pour les aliments diététiques à des fins médicales spéciales

(AR du 24 octobre 2002 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des aliments diététiques à des fins médicales spéciales)

P = 1,777692 1,826756 (01/01/2013) - 1,852148 (01/01/2014) **-** 1,867521 (01/01/2017) **– 1,898895 (01/01/2018)**

pour le trajet de soins « insuffisance rénale chronique »

(AR du 17 octobre 2011 modifiant l’arrêté royal du 24 octobre 2002 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des fournitures)

P = 1,753302 1,801693 (01/01/2013) - 1,826737 (01/01/2014) **-** 1,841899 (01/01/2017) **– 1,872843 (01/01/2018)**

pour les préparations magistrales (Art.6 §1)

P = 1,753302 1,801693 (01/01/2013) - 1,826737 (01/01/2014) **-** 1,841899 (01/01/2017) **– 1,872843 (01/01/2018)**

pour les prestations urgentes (Art.6 §2)

P = 1,753302 1,801693 (01/01/2013) - 1,826737 (01/01/2014) **-** 1,841899 (01/01/2017) **- 1,872843 (01/01/2018)**

pour l’oxygène

(Arrêté royal du 24 octobre 2002 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des fournitures visées à l’article 34, alinéa 1er, 20° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994)

P = 1,753302 1,801693 (01/01/2013) - 1,826737 (01/01/2014) **-** 1,841899 (01/01/2017) **- 1,872843 (01/01/2018)**

pour la délivrance fractionnée de la méthadone (Art.6 ter)

P = 1,777692 1,826756 (01/01/2013) - 1,852148 (01/01/2014) **-** 1,867521 (01/01/2017) **- 1,898895 (01/01/2018)**

pour le trajet de soins « diabète »

(Arrêté royal du 24 octobre 2002 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des fournitures visées à l’article 34, alinéa 1er, 20° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994)

La valeur de la lettre-clé P est liée à la valeur, applicable dans l’année civile précédente, de la moyenne arithmétique de l’indice santé du mois de juin et des indices des prix des trois mois précédents. (Voir à ce sujet l'arrêté royal du 8 décembre 1997 fixant les modalités d'application sur l'indexation des prestations dans le régime de l'assurance obligatoire soins de santé).

A partir du 1er janvier 2013, la valeur de la lettre-clé P peut être adaptée conformément aux dispositions de l’arrêté royal du 8 décembre 1997 fixant les modalités d'application sur l'indexation des prestations dans le régime de l'assurance obligatoire soins de santé. »

Au plus tard en septembre 2015, l’honoraire pour la délivrance par patient et par tranche de 7 jours, prévu à l’article 7/3 § 2 de l’arrêté royal du 16 mars 2010 visant l'instauration d'honoraires pour la délivrance d'une spécialité pharmaceutique remboursable dans une officine ouverte au public, sera réévalué. Cette réévaluation suivra la même méthodologie que celle utilisée pour la détermination initiale du montant de l’honoraire pré-cité, valable à partir du 1er avril 2015, mais sur base des données plus récentes. Dans le même temps, la période durant laquelle une éventuelle nouvelle valeur P corrigée pour l’honoraire pré-cité peut être appliquée, sera déterminée

**§ 1.**

« Les honoraires pour les préparations magistrales sont calculés conformément à l’arrêté royal du 12 octobre 2004 fixant les conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des préparations magistrales et des produits assimilés. »

Toutes les parties s'engagent à:

a) insister auprès des autorités compétentes pour que soit incessamment désignée une Commission d'avis compétente ainsi qu'une procédure selon laquelle la base de remboursement pour les matières premières dans les préparations magistrales remboursables serait déterminée;

b) prendre toutes les initiatives nécessaires afin que des procédures validées de préparations soient fixées en priorité pour les matières premières susmentionnées et, pour autant que ce soit possible dans la pratique, de donner des informations écrites («notice») au patient lors de la délivrance des préparations visées. Et ce dans le cadre des directives GPP;

c) mettre au point les directives relatives aux préparations en concertation avec le ministre compétent et les instaurer dans la pratique;

**§ 2.** Un supplément d'honoraires dont la valeur est égale à P 2,8 ne peut être porté en compte que pour les ordonnances:

- qui comportent des récipés remboursables;

- qui sont exécutées et délivrées d'urgence par un pharmacien dans une officine ouverte au public.

Au moment de la délivrance de l'ordonnance, le pharmacien doit être inscrit sur le rôle de garde. Chaque année, la liste des pharmaciens qui sont inscrits sur un rôle de garde déterminé, doit être communiquée à la Commission médicale provinciale, ainsi qu'aux offices de tarification agréés et aux organismes assureurs. Cette liste doit bien préciser les rôles successifs. Par tour de garde, dans le cadre du rôle de garde précité, les honoraires de garde supplémentaires peuvent, pour une même officine, être facturés pendant au maximum une semaine. Le pharmacien doit attester sur l'ordonnance qu'il figure au rôle de garde au moment de la délivrance. Lorsqu'un pharmacien ne peut pas assurer son service de garde à titre exceptionnel et pour une raison bien motivée (communiquée à l'organisation du service de garde et à la Commission médicale provinciale), le pharmacien qui le remplace doit mentionner sur l'ordonnance «remplace le pharmacien ...».

Ce supplément d'honoraires ne peut être porté en compte à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités que si l'ordonnance est présentée et exécutée en dehors des heures d'ouverture normales de la pharmacie et exclusivement soit entre 19 et 8 heures, soit un dimanche ou un jour férié légal et que le médecin a indiqué sur l'ordonnance la mention «urgent» et que le pharmacien a indiqué après l'avoir contresignée la date et l'heure à laquelle le médicament a été délivré.

A défaut de la mention incombant au médecin, le pharmacien devra indiquer sur l'ordonnance, en plus de la date et de l'heure, qu'il a constaté l'urgence apparente.

Par jour férié légal, il faut entendre le 1er janvier, le lundi de Pâques, le 1er mai, l'Ascension, le lundi de Pentecôte, le 21 juillet, le 15 août, le 1er novembre, le 11 novembre et le 25 décembre.

Ce supplément d'honoraires ne peut être porté en compte qu'une seule fois par ordonnance ou par groupe d'ordonnances délivrées simultanément quel que soit le nombre de récipés remboursables que cette ou ces ordonnances comportent.

**Article 6 bis.** (+ Annexe I)Supprimé

**Article 6 ter.** Les organismes-assureurs s'engagent, aux conditions définies dans cet article, à accorder une intervention forfaitaire aux pharmaciens d’officines ouvertes au public ainsi qu’aux pharmaciens hospitaliers pour les bénéficiaires ambulatoires pour la délivrance fractionnée des traitements de substitution à la méthadone délivrés effectivement par le pharmacien au patient ou à son mandataire.

**§ 1.** Une intervention forfaitaire est accordée au pharmacien pour l’application des dispositions réglementaires de l’arrêté royal du 19 mars 2004 réglementant le traitement de substitution, en particulier les articles 5,6,7 et 8, ainsi que l’article 9 premier alinéa.

**§ 2.** Dans le cadre des traitements de substitution prévus au §1, le pharmacien porte en compte aux organismes assureurs une intervention forfaitaire d’une valeur P 0,46 par jour de traitement prescrit, comprenant également le conditionnement de sécurité, l’excipient éventuel, l’accompagnement et la TVA.

**§ 3.** L’exécution des dispositions de cet article (6ter) de la convention sera évaluée:

- un an après son entrée en vigueur;

- si l’AR du 19 mars 2004 est modifié, trois mois après l’entrée en vigueur de cette modification.

Suivant cette évaluation, la Commission de convention peut adapter les dispositions du §2 de cet article.

**~~Article 6 quater~~ (AR 02.12.2018 MB 17.12.2018)**

**~~§ 1.~~** ~~Pour l'application du présent article on entend par centre: un centre de référence en matière de mucoviscidose qui a conclu une convention avec le Comité de l'assurance des soins de santé, instauré auprès du Service des soins de santé de l'Institut national assurance maladie-invalidité, dénommé ci-après le "centre";~~

**~~§ 2.~~** ~~Tous les diffuseurs pour perfusion, pompes à perfusion, réservoirs et dispositifs médicaux visés au présent article, doivent être conformes aux dispositions de l'arrêté royal du 18 mars 1999 relatif aux dispositifs médicaux.~~

**~~§ 3~~**~~. Les interventions visées au présent article ne sont accordées qu’aux bénéficiaires non hospitalisés qui souffrent de mucoviscidose.~~

**~~§ 4.~~** ~~a) Les interventions mentionnées au présent article ne sont accordées que pour autant que les conditions suivantes sont remplies :~~

~~1° le prescripteur est le médecin dirigeant d'un centre ou son collaborateur (sa collaboratrice) mandaté(e) et enregistré(e) comme tel auprès de la Direction de la rééducation fonctionnelle et de la réadaptation professionnelle de l'INAMI;~~

~~2° le bénéficiaire et sa famille ont reçu de l'équipe de rééducation, la formation et les instructions écrites nécessaires, - y compris les coordonnées de la permanence téléphonique de l'hôpital auquel est rattaché le centre de référence - pour pouvoir suivre d'une façon autonome à domicile le traitement d'antibiotiques administrés par voie intraveineuse, soit sous la surveillance du médecin généraliste, soit avec l'intervention du médecin généraliste, soit avec l'intervention éventuelle du médecin généraliste et des praticiens de l'art infirmier;~~

~~3° il y a eu concertation entre le médecin généraliste, le pharmacien qui délivre et l'équipe du centre, concertation au cours de laquelle tous les aspects de la thérapie intraveineuse ambulatoire par antibiotiques prescrite ont été examinés et estimés sûrs par le médecin dirigeant le centre;~~

~~4° le traitement est prescrit et se déroule sous la surveillance des centres et en accord avec les dispensateurs de soins de première ligne parmi lesquels figure le médecin généraliste.~~

~~b) Les dispositifs à délivrer sont prescrits sur le formulaire " Prescription pour les diffuseurs pour perfusion ou pour les pompes à perfusion pour l'administration à domicile d'antibiotiques par voie intraveineuse ", dont le modèle est repris à l’annexe 3 de cette convention.~~

**~~§ 5.~~** ~~Le montant de l'intervention s’élève à:~~

~~1° S'il s'agit de diffuseurs pour perfusion : le prix de vente au public du diffuseur et éventuellement de la tubulure et de l'aiguille pour la perfusion;~~

~~2° S'il s'agit de pompes à perfusion : éventuellement la location de la pompe elle-même et le prix de vente au public des réservoirs;~~

~~3° pour les dispositifs médicaux pour l'administration et pour les soins : 1,24 euro par diffuseur ou par réservoir;~~

~~4° pour les dispositifs médicaux au moyen desquels le bénéficiaire remplit éventuellement lui-même, à domicile, le diffuseur pour perfusion ou le réservoir pour pompe à perfusion : 1,24 euro par diffuseur ou par réservoir;~~

~~5° les honoraires pour le remplissage sous strictes conditions aseptiques des diffuseurs pour perfusion ou des réservoirs pour pompes à perfusion : 12,40 euros par diffuseur ou par réservoir pour pompe à perfusion.~~

~~L'intervention dans les frais des antibiotiques et des liquides pour perfusion remboursables prescrits a lieu selon les dispositions prévues à l'arrêté royal du 21 décembre 2001 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques, pour les spécialités reprises dans les listes qui en constituent les annexes.~~

**~~§ 6.~~** ~~Le pharmacien qui délivre est autorisé à appliquer le système du tiers payant. Le remboursement a lieu sur présentation de la " Prescription pour les diffuseurs pour perfusion ou pour les pompes à perfusion pour l'administration à domicile d'antibiotiques par voie intraveineuse ", complétée et signée par le pharmacien ayant fait la délivrance.~~

~~Le pharmacien d'hôpital ou le pharmacien tenant officine ouverte au public adresse une copie de la prescription, sur laquelle les prix sont indiqués (T.V.A. et marges de distribution comprises), au médecin traitant.~~

**~~§ 7.~~** ~~Les prescriptions de préparations ne peuvent plus être exécutées pour le compte des organismes assureurs après un délai qui expire à la fin de la semaine qui suit, soit la date de la prescription de médicaments, soit la date indiquée par le prescripteur à laquelle il souhaite voir effectuer la délivrance.~~

**Article 6 quinquies.** (+ Annexe IV)Supprimé

**Article 6 sexies.** Supprimé

**Article 6 septies**

Dans le cadre d’une responsabilisation individuelle du pharmacien sur le prix des médicaments délivrés lors de l’exécution d’une prescription en DCI d’un médicament entrant dans le système de remboursement de référence, l’INAMI versera un montant appelé « montant de responsabilisation individuelle » aux pharmaciens d’officines ouvertes au public qui, aux conditions définies dans cet article, auront atteint le taux-cible d’économie tel que fixé de façon à générer une économie supplémentaire significative.

**§ 1.** Pour l'application du présent article on entend par :

1° médicaments « les moins chers » dans le système du remboursement de référence, les médicaments :

* + - délivrés dans le cadre d’une prescription sous DCI et tombant sous l’application de l’article 35 ter de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 ;
    - appartenant à un groupe homogène de médicaments de même classe ATC5, de dosage et de conditionnement similaire et de même forme galénique (cluster DCI) ;
    - dont le prix public par unité est le plus bas au sein de ce groupe homogène de médicaments.

2° économie maximale réalisable – globalement ou par officine - au cours d’une période déterminée : l’économie supplémentaire obtenue par rapport à celle découlant de l’application stricte du remboursement de référence si chaque prescription en DCI dans le système de remboursement de référence donne lieu à la dispensation du conditionnement le moins cher, dans chaque groupe homogène de médicaments effectivement disponibles.

3° taux cible d’économie à atteindre par officine  : le rapport entre l’économie supplémentaire effectivement réalisée par la dispensation de médicaments prescrits sous DCI et l’économie maximale réalisable telle que définie au § 1, 2°. Ce taux d’économie à atteindre est calculé sur un nombre limité de groupes homogènes de spécialités (ou clusters) ayant les plus forts potentiels d’économies (cf. volumes/dépenses importants et forte proportion de prescriptions en DCI). La liste des principes actifs relative aux clusters retenus suit en annexe.

**§ 2.** Pour la période allant du 1er juillet 2009 au 30 juin 2010, le taux cible d’économie à atteindre individuellement par chaque officine est fixé à 60% de l’économie maximale réalisable.

**§ 3**. La liste des principes actifs relative aux clusters retenus, le taux cible d’économie à atteindre individuellement, la méthode de calcul, ainsi que le positionnement de l’officine dans la distribution des taux d’économies observés sont communiqués à chaque officine par les services de l’INAMI avant le 30 juin de l’année 2009.

**§ 4.** En mai 2010 au plus tard, la Commission de convention, sur base des dernières données rassemblées par le service des soins de santé de l’INAMI procèdera à une évaluation des résultats pour la période allant du 1er juillet au 31 décembre 2009. Sur cette base, elle décidera de l’opportunité ou non de reconduire pour un an les dispositions du présent avenant et, si nécessaire, de les adapter.

**§ 5.** En novembre 2010 au plus tard, la Commission de convention, sur base des dernières données rassemblées par le service des soins de santé de l’INAMI identifiera les officines ayant atteint le taux cible de 60% pour la période allant du 1er juillet 2009 au 30 juin 2010. Parallèlement, la Commission de convention calculera le montant de l’économie réalisée par l’ensemble des pharmaciens sur les médicaments prescrits en DCI et remboursés dans le cadre du remboursement de référence, après neutralisation des diminutions de base de remboursement opérées dans le cadre du remboursement de référence au cours de la même période. Si ce montant est supérieur à l’économie réalisée au cours de la période allant du 1er juillet 2007 au 30 juin 2008 un montant correspondant à 80% de l’économie supplémentaire est redistribué aux officines ayant atteint leur taux cible.

**§ 6.** La redistribution de ce montant entre les officines ayant atteint leur taux cible s’opère sur une base linéaire. Le montant ainsi calculé est appelé « montant de responsabilisation individuelle ». Il est versé aux officines au plus tard le 31 décembre de l’année 2010.

**Article 6 octies**

Dans le cadre des mesures d’économie gouvernementales pour l’année 2012, pour toute prescription sous DCI ou pour toute prescription d’un antibiotique ou d’un antimycosique pour usage oral et traitement aigu en ambulatoire, le pharmacien a pour obligation de délivrer un des médicaments les moins chers, en application de la réglementation en vigueur.

Le pharmacien qui ne peut délivrer un des médicaments les moins chers, peut, en cas de force majeure, délivrer en tiers-payant un autre médicament remboursable disponible le moins cher possible hors du cluster des médicaments les moins chers. Il signale cette force majeure au moyen d’un flag selon le tableau figurant en annexe 6.

**Article 6 nonies**

**§1.** Les organismes-assureurs s'engagent, aux conditions définies dans cet article et aux Annexes VII et VIII, à accorder un honoraire aux pharmaciens d’officines ouvertes au public pour les entretiens d’accompagnement de bon usage des médicaments pour les corticoïdes inhalés dans le cadre du traitement de l’asthme.

L’accompagnement de bon usage des médicaments pour les corticoïdes inhalés consiste en deux prestations distinctes, respectivement un entretien d’information à l’initiation du traitement ou au cours du traitement pour affection chronique et un entretien de suivi dans la même pharmacie.

**§2.** Un honoraire de P x 10,47 € (hors TVA) est accordé au pharmacien pour chaque entretien d’accompagnement où la présence du patient peut être prouvée moyennant la lecture de la carte d’identité électronique :

1° Entretien d’information à l’initiation du traitement au cours d’un rendez-vous convenu avec le patient dans un délai aussi court que possible après la date de la délivrance du corticoïde inhalé.

2° Entretien d’information lorsque le patient au cours de son traitement pour affection chronique a besoin d’un accompagnement supplémentaire personnalisé.

3° Entretien de suivi lors du renouvellement de la médication ou après rendez-vous convenu avec le patient de préférence dans une période de 3 à 6 semaines après le premier entretien d’information

**§3.** Le pharmacien porte en compte aux organismes assureurs l’honoraire prévu lors de chaque entretien d’accompagnement.

**§4.** L'ensemble des documents énumérés aux Annexes VII et VIII décrivent comment cette prestation “*entretien d’accompagnement de bon usage des médicaments*” est effectuée correctement, y compris la concertation et l'information écrite donnée au patient.

**Article 6 decies**

Dans le cadre de la tarification par unité des spécialités pharmaceutiques remboursables de forme « orale-solide » aux bénéficiaires résidant en maison de repos pour personnes âgées ou maison de repos et de soins, la possibilité pour le pharmacien d’exécuter la prescription pour le compte des organismes assureurs en tarifant l’ensemble des unités d’un conditionnement prescrit, sur base du montant fixé par unité pharmaceutique figurant dans la colonne "Base de remboursement" (\*\*\*), tel que défini à l’article 95bis de l’arrêté royal du 21 décembre 2001 fixant les procédures, délais et conditions en matière d’intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques, au lieu d’exécuter la prescription pour le compte des organismes assureurs par tranche de 7 jours tel que prévu au § 1erbis de l’article 93 de l’arrêté royal du 21 décembre 2001 fixant les procédures, délais et conditions en matière d’intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques, est conditionnés aux cas suivants :

1. Médicaments « chers » (conformément à la liste nominative des classes de médicaments à convenir au sein de la commission de convention)
2. Médicaments non-« chers » qui satisfont à au moins un des critères suivants:

* Ils ne sont pas adaptés pour une délivrance fractionnée/échelonnée du conditionnement (ex : comprimés effervescents, comprimés lyophilisées, combi-packs …)
* Pour lesquels, au niveau de la prescription par le médecin traitant, l’utilisation de demi-comprimés ne peut pas être évitée
* Pour une administration dont le patient détermine la fréquence de prise en fonction de son état de santé et des instructions de son médecin traitant (usage “ad hoc” et “on demand”)
* Utilisés dans une préparation magistrale si aucune autre alternative thérapeutique n’est envisageable
* Dont la remboursabilité change durant la période entre la première délivrance/tarification et les délivrance/tarification ultérieures d’unités du conditionnement (à la fin de validité de l’autorisation ou lorsque le conditionnement est supprimé du remboursement)

En cas de décès ou d’hospitalisation du bénéficiaire, l’honoraire défini au chapitre II de l’arrêté royal du 16 mars 2010 visant l'instauration d'honoraires pour la délivrance d'une spécialité pharmaceutique remboursable dans une officine ouverte au public, ne pourra être octroyé au-delà de la semaine calendrier pendant laquelle le décès ou l’hospitalisation du bénéficiaire survient.

En partant d’un objectif de 95 % de réalisation pour la tarification par unité, un monitoring de l’utilisation du flag « dérogation à la tarification à l’unité » sera mis en place dès le 1er avril 2015 avec une première évaluation sur base des données pour une période de 6 mois.

**Article 6 undecies**

**§1.** Une prime d’un montant de 130 € par officine ouverte au public est octroyée aux pharmaciens qui, lorsqu’ils délivrent des médicaments à des bénéficiaires séjournant dans une maison de repos et de soins ou de maison de repos pour personnes âgées, appliquent au plus tard pour le 1er juillet 2015 la tarification par unité telle que définie à l’article 95bis de l’arrêté royal du 21 décembre 2001 fixant les procédures, délais et conditions en matière d’intervention de l’assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques.

**§2.** Le respect de cette condition doit ressortir des données de facturation du mois d’août 2015.

**§3.** Le Service des Soins de Santé verse la prime due aux pharmacies remplissant la condition énoncée au §1 par l’intermédiaire des offices de tarification auxquels elles sont affiliées, à partir du 1er novembre 2015.

**§4.** Les interventions accordées sont imputées sur le budget de l'année 2014.

**Article 6 duodecies**

**§1.** Une prime d’un montant de 130 € par officine ouverte au public est octroyée aux pharmaciens qui, lorsqu’ils ont délivré des médicaments à des bénéficiaires séjournant dans une maison de repos et de soins ou de maison de repos pour personnes âgées, ont appliqué pour la première fois entre le 1er juillet 2015 et le 31 août 2015 la tarification par unité telle que définie à l’article 95bis de l’arrêté royal du 21 décembre 2001 fixant les procédures, délais et conditions en matière d’intervention de l’assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques.

**§2.** Le respect de cette condition doit ressortir des données de facturation du mois d’octobre 2015.

**§3.** Le Service des Soins de Santé verse la prime due aux pharmacies remplissant la condition énoncée au §1 par l’intermédiaire des offices de tarification auxquels elles sont affiliées, à partir du 1er mai 2016.

**§4.** Les interventions accordées sont imputées sur le budget de l'année 2014.

**Article 6 terdecies – Pharmacien de référence**

**§1.** Le pharmacien de référence est le pharmacien d’officine choisi par les patients chroniques pour l’accompagnement et le suivi de leur usage des médicaments. La valeur ajoutée du pharmacien en tant que pharmacien de référence de patients chroniques réside dans l’accompagnement individualisé de ces patients, dans l’analyse proactive d’un schéma de médication actualisé et sa mise à la disposition des patients et de l’équipe des soins avec laquelle ils ont une relation thérapeutique. La description de la fonction “pharmacien de référence”, y compris les conditions de la fonction et les missions du pharmacien de référence, peut être retrouvée à l’annexe IX.

Le pharmacien de référence s’engage en outre à contribuer activement aux projets pilotes de soins intégrés qui se développent et sont implémentés dans son environnement.

**§2.** L’instauration du service de pharmacien de référence est une première étape vers le développement des autres tâches de suivi de soins pharmaceutiques du pharmacien. Les pharmaciens s’engagent à également développer ces autres tâches décrites dans le cadre pluriannuel (BUM adhérence thérapeutique, BUM pathologie et BUM polymédication).

**§3.** Les organismes-assureurs s'engagent pour les prestations réalisées durant le dernier trimestre de 2017, aux conditions définies dans cet article et dans l’Annexe IX, à accorder aux pharmaciens d'officines ouvertes au public un honoraire pour la prestation « pharmacien de référence », ce qui veut dire qu’il a rempli de façon correcte et complète le rôle , les missions et les responsabilités de la fonction « pharmacien de référence » comme décrits dans l’annexe IX, pour le groupe cible suivant :

Tout patient, dont le constat est fait **dans la même pharmacie** sur une période d’un an qu’au minimum 5 médicaments remboursés différents (au niveau ATC-5, ce qui veut dire niveau principe actif ou combinaison de principes actifs), dont au moins 1 médicament chronique (‘chronique’ = au moins 160 DDD délivrés les 12 derniers mois) lui ont été délivrés.

Dans ce groupe cible, les patients prioritaires pour cette fonction sont :

* les patients ayant le statut de « malade chronique » avec un DMG ;
* les patients inclus dans un pré-trajet diabète et bénéficiant d’une éducation donnée par le pharmacien ;
* les patients polymédiqués (minimum 5 médicaments chroniques sur une année). Un patient est considéré comme polymédiqué lorsqu’au minimum 5 médicaments lui ont été délivrés de manière chronique pendant l’année écoulée (sur base du niveau ATC-5, ce qui veut dire niveau principe actif ou combinaison de principes actifs). Les médicaments dont 160 DDD (defined daily doses) ou plus sont utilisées dans la même année civile sont inclus dans le calcul du nombre de médicaments pour la polymédication ;
* les patients qui nécessitent ou expriment un besoin spécifique de suivi des soins pharmaceutiques en fonction de pathologies ou d’états physiologiques particuliers, de (potentiels) risques iatrogènes, de non observance (suspectée) du traitement médicamenteux ou d’un besoin d’un accompagnement spécifique pour raison sociale.

**§4.** L’honoraire visé au §3 ne peut être porté  en compte qu’à partir de 2018 et est dû à la pharmacie pour chaque bénéficiaire avec lequel une convention de pharmacien de référence a été conclue avec un pharmacien

* qui travaille dans cette pharmacie qui est connectée au DPP ;
* qui a réalisé la prestation “pharmacien de référence’ durant le 4e trimestre de 2017, ce qui veut dire qu’il a rempli de façon correcte et complète le rôle, les missions et les responsabilités de la fonction de « pharmacien de référence » comme décrits à l’annexe IX et que dans ce cadre, il a mis à la disposition du patient un schéma de médication actualisé (complété avec les informations issues du DPP) ;
* et qui l’a porté à la connaissance de l’organisme assureur en 2017 conformément aux instructions de tarification.

Le montant de l’honoraire visé au §3 est égal au résultat du calcul décrit au 3ème alinéa de ce paragraphe, et n’est en aucun cas supérieur à 31.80 EUR (TVA comprise).

L’honoraire par prestation “pharmacien de référence” est égal à 2.000.000 EUR (enveloppe budgétaire – montant TVA comprise) divisés par le nombre total de prestations « pharmacien de référence » exécutées en Belgique durant le 4e trimestre de 2017.

Le nombre de prestations “pharmacien de référence” est fixé par la Commission de conventions pendant sa réunion d’avril 2018, sur base des « statistiques des offices de tarification » qui sont à cette fin portées à la connaissance de la Commission durant la réunion.

**§5.** La prestation “pharmacien de référence” peut être portée en compte aux organismes assureurs à partir de la première délivrance au patient d’un médicament remboursé, après le 1er mai 2018, suivant les modalités prévues dans les instructions de tarification.

**§6.** Les organismes assureurs et les pharmaciens s’engagent à évaluer au sein de la Commission de conventions, le service de pharmacien de référence  de façon régulière et pour la 1ère fois pour le 30 juin 2018, sur base des critères décrits dans l’annexe IX, avec une attention particulière pour les groupes cibles auxquels cette fonction est spécifiquement destinée.

**Article 7.** Avant le 1er octobre, les parties intéressées à la convention rendent un avis sur le statut social conformément aux dispositions légales et réglementaires en la matière. Cet avis comprendra entre autres le montant du statut social.

**Article 8.**

**§ 1.** Le pharmacien appliquant le système du tiers payant s'engage à adresser à l'office de tarification auquel il a adhéré, les prescriptions exécutées, au plus tard dans les 2 mois suivant celui au cours duquel ces prescriptions ont été exécutées.

Les factures relatives à ces délivrances établies par l'office de tarification, sont adressées aux organismes assureurs dans les deux mois suivant la fin du mois au cours duquel les prescriptions ont été exécutées. Elles ne sont recevables que si les dispositions réglementaires sont respectées.

**§ 2.** Les organismes assureurs s'engagent, sous réserve de rectifications ultérieures, à payer au comptant pour autant qu'elles soient recevables et au plus tard dans les vingt jours ouvrables de la date de leur envoi, les factures présentées par les offices de tarification à condition que le délai prévu au § 1er - 2° alinéa ait été respecté. Les factures présentées en dehors de ce délai sont payées au plus tard dans les quarante jours ouvrables de la date de leur envoi.

**§ 3.** En cas de non respect des dispositions du § 2 du présent article, les états seront majorés d'un intérêt moratoire équivalent au taux d'intérêt de la facilité de dépôt de la Banque centrale européenne, majoré de 1,75 %, qui est fixé au moment où l'intérêt moratoire doit être payé: la charge de ces intérêts moratoires est imputée aux frais d'administration du Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité si le retard est dû à la transmission tardive des avances mensuelles visées à l'article 202 de la loi précitée sur l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

**§ 4.** L'office de tarification avise l'organisme assureur intéressé lorsque le paiement n'est pas effectué conformément aux dispositions du § 2 du présent article.

**§ 5.** A l’intervention de la partie la plus diligente, les retards d'introduction et de paiement des factures sont portés à la connaissance de la Commission de conventions qui, au cours de sa séance la plus rapprochée, envisage les moyens pour remédier à cette situation.

**§ 6.** Le pharmacien donne mandat à l'office de tarification auquel il/elle a adhéré d'exécuter en son nom toute opération nécessaire et reconnaît notamment comme valable l'acquit donné en son nom de toute somme perçue.

**§ 7.** Pour tous les médicaments délivrés par les officines hospitalières à des patients hospitalisés, la facturation, selon l'arrêté royal du 10 octobre 1986 portant exécution de l'article 53, alinéa 8, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, suit les dispositions réglementaires

**§ 8**. Les données concernant les fournitures reprises dans la présente convention sont transmises en vue du remboursement par le biais d’un fichier de facturation électronique établi selon les instructions Pharmanet (officines publiques) ou selon les instructions de facturation sur support magnétique ou par voie électronique (officines hospitalières).

**Article 9.**

**§ 1.** En cas de dépassement des honoraires fixés par la présente convention ou des prix des spécialités et produits pharmaceutiques, le pharmacien est tenu de verser à l'Institut national d'assurance maladie-invalidité à titre de clause pénale, une indemnité égale à trois fois le montant de ce dépassement avec un minimum de 124 EUR.

**§ 2.** En cas d'infractions autres que celles prévues au § 1, les parties contractantes à la présente convention sont tenues de verser, à titre de clause pénale, soit à l'Institut national d'assurance maladie-invalidité s'il s'agit de la personne adhérente à la présente convention soit à cette personne s'il s'agit d'un organisme assureur, une indemnité forfaitaire de 124 EUR.

**§ 3.** De plus, la Commission de conventions peut, à titre de sanction, exclure un pharmacien du régime du tiers payant, pendant une période allant d'un mois à un an.

En cas de récidive, dans un délai de 5 ans, cette exclusion peut être définitive.

**Article 10.**

**§ 1.** L'objectif budgétaire est fixé chaque année selon les règles qui sont d'application. Les objectifs budgétaires sont divisés par la Commission de conventions en objectifs budgétaires partiels pour les préparations magistrales et l'honoraire de garde. Seulement pour les objectifs budgétaires partiels mentionnés ci-dessus pourraient être fixées des mesures de correction.

**§ 2.** Les parties contractantes s'engagent dès qu'un dépassement ou risque de dépassement des objectifs budgétaires est constaté, à appliquer, en application de l'article 51, § 2, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, des mesures de correction et de récupération dont les modalités doivent encore être précisées.

Est prévue, en cas d'insuffisance desdites mesures, une réduction automatique et applicable immédiatement des honoraires, prix ou autres montants et des tarifs de remboursement pour les prestations ou groupes de prestations qui sont à l'origine du dépassement ou du risque de dépassement significatif de l'objectif budgétaire annuel partiel; cette réduction est proportionnelle au montant du dépassement ou du risque de dépassement.

**§ 3.** Pour l'honoraire supplémentaire visé au § 1 de cet article, l'objectif budgétaire partiel pour 1996 est fixé à 4,26 millions EUR .

Pour les préparations magistrales visées au § 1 de cet article, l'objectif budgétaire partiel pour 1996 est fixé à 89,52 millions EUR.

**Article 11.** La présente convention sortit ses effets au 1er janvier 1996 et vient à échéance au 31 décembre 1997. Elle est reconduite tacitement d'année en année.

Toute dénonciation doit être envoyée avant le 1er octobre pour fin de la validité, par lettre recommandée à la poste, adressée au Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité.

Cette dénonciation peut être faite:

1. Soit par les trois-quarts au moins des membres d'un des deux groupes représentés à la Commission de conventions et dans ce cas, elle a pour effet d'annuler la convention à partir du 1er janvier qui suit la dénonciation.

2. Soit par tout pharmacien ayant adhéré à la convention, et dans ce cas, elle a pour effet de faire cesser l'adhésion de ce seul pharmacien à partir du 1er janvier qui suit la dénonciation.

**Article 12.** Le pharmacien peut adhérer à la présente convention en remplissant et signant la formule en double exemplaire annexée au présent document (annexe II) et en les envoyant au Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité.

Les pharmaciens-titulaires-non-propriétaires, adjoints ou remplaçants peuvent aussi adhérer à la présente convention. Ils en avertissent la personne physique ou morale, propriétaire ou locataire de l'officine.

Le titulaire conventionné veille à ce que l'adjoint et/ou le remplaçant travaille selon les règles de cette convention.

Toute modification apportée à cette activité doit être immédiatement communiquée au Service des soins de santé de l'I.N.A.M.I.

**Article 13.** Le pharmacien-titulaire adhérant à la convention doit renseigner le numéro d'identification de la pharmacie sur tout document qui est remis au bénéficiaire ou qui est destiné aux organismes assureurs.

L'office de tarification mentionne sur l'état d'honoraires destiné aux organismes assureurs, le numéro d'identification de la pharmacie et le numéro d'identification du pharmacien-titulaire à lui/elle attribués par l'INAMI.

ANNEXE II

**INSTITUT NATIONAL D’ASSURANCE MALADIE – INVALIDITE**

ETABLISSEMENT PUBLIC INSTITUE PAR LA LOI DU 9 AOUT 1963

AVENUE DE TERVUREN 211 – 1150 BRUXELLES

**SERVICE DES SOINS DE SANTE**

**DOCUMENT D’INSCRIPTION A JOINDRE A LA FORMULE D’ADHESION A LA CONVENTION NATIONALE PHARMACIENS-ORGANISMES ASSUREURS.**

**A compléter par le pharmacien**

NOM : ……………………………………………………………………………………………….H ou F ……….

Prénoms : …………………………………………………………………………………………………………….

Adresse complète : …………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………. …

Date de naissance : ……………………………………………………………………………………….. ………..

Date du diplôme de pharmacien : …………………………………………………………………………………..

Numéro de registre national : …………………………………………………………………………………….…

Le …………………………………………………………

Signature …………………………………………………

**Renseignements à fournir par le Conseil provincial de l’Ordre des pharmaciens**

Le pharmacien désigné ci-dessus est ou sera inscrit au Tableau de l’Ordre des pharmaciens de la

province de …………………………………………………………………………………………………………………

sous le numéro ……………………………………………………………………………………………………….

et peut exercer l’art pharmaceutique à partir du …………………………………………………………………..

Le ………………………………………………………..

Sceau du Conseil provincial Signature d’un mandataire,

De l’Ordre des pharmaciens,

**P96**

Le sousigné pharmacien……………………………………………………………………………………………

(nom, prénoms)

……………………………………………………………………………………………….(n° d’inscription INAMI)

ayant sa résidence principale à :

…………………………………………………………………………………….………………….…….(rue et n°)

………………………………………….………………………………………………..(code postal et commune)

…………………………………………………………………………(province ou région de Bruxelles-Capitale)

……………………………………………………………………………………………..(numéro d’identification)

titulaire, adjoint,remplaçant1 de l’officine ouverte au public

……………………………………………………………………………………………………..….(dénomination)

………………………….…………..(numéro d’immatriculation attribué par le Ministère de la Santé publique)

située à :

……………………………………………….……………………………………….…………………….(rue et n°)

………………………………………………..………………………………………….(code postal et commune)

…………………………………………………………………………(province ou région de Bruxelles-Capitale)

agissant

- pour son propre compte1

- comme pharmacien gérant1

- comme pharmacien-adjoint1

- comme pharmacien-remplaçant1

déclare avoir pris connaissance des clauses et dispositions de la présente convention et de ses avenants et s’engage à les respecter.

Il (elle) accepte (n’accepte pas) le système du tiers payant1.

Fait à ……………………………………………………………………………..

(lieu et date)

Le pharmacien,

(signature)

Le soussigné2: - propriétaire1

- agissant au nom de la société qu’il représente en sa qualité de

…………………………………………………………………………………….

déclare avoir pris connaissance de l’adhésion du pharmacien gérant, adjoint ou remplaçant1 à la convention.

Fait à ……………………………………………………………………………..

(lieu et date)

(signature)

1Biffer les mentions inutiles

2Ne remplir que si le pharmacien est gérant, adjoint ou remplaçant

~~ANNEXE III~~

**~~PRESCRIPTION POUR LES DIFFUSEURS POUR PERFUSION OU POUR DES POMPES A PERFUSION POUR L'ADMINISTRATION À DOMICILE D'ANTIBIOTIQUES PAR VOIE INTRAVEINEUSE~~**

|  |  |
| --- | --- |
| ~~Identification du bénéficiaire: (carte-SIS)~~  ~~Nom et prénom~~  ~~Rue et n"~~  ~~code postal et commune~~  ~~Date de naissance~~ | ~~Nom, adresse et n° d'identification IN AMI du Centre:~~ |
| ~~Coordonnées de la permanence téléphonique de l'hôpital auquel est rattaché le centre de référence:~~ |  |

~~Le soussigné, médecin dirigeant le centre ou son collaborateur (sa collaboratrice) mandaté (e) (dont le nom, l'adresse et le n° d'identification INAMI sont mentionnés ci-dessus), déclare que le bénéficiaire et sa famille ont reçu de l'équipe de rééducation, la formation et les instructions écrites nécessaires pour pouvoir suivre d'une façon autonome à domicile le traitement par antibiotiques administrés par voie intraveineuse.~~

~~II y a eu concertation entre le médecin généraliste, le pharmacien qui délivre et l'équipe du centre de référence pour patients atteints de mucoviscidose, concertation au cours de laquelle tous les aspects de la thérapie d'antibiotiques ambulatoire par diffuseurs pour perfusion ou par pompe à perfusion prescrite ont été examinés et estimés sûrs par le médecin dirigeant l'institution conventionnée ou par son collaborateur (sa collaboratrice) manclaté(e).~~

|  |  |
| --- | --- |
| ~~Le traitement ambulatoire par antibiotiques administrés par voie intraveineuse se fait:~~ | ~~Le médecin dirigeant le centre ou son collaborateur (sa collaboratrice) mandaté (e) complète la case adéquate.~~ |
| ~~de façon autonome, sous la surveillance médicale du médecin généraliste (dont le nom doit être indiqué),~~ |  |
| ~~de façon autonome, avec l'intervention du médecin généraliste (dont le nom doit être indiqué)~~ |  |
| ~~de façon autonome, avec l'intervention éventuelle du médecin généraliste (dont le nom doit être indiqué) et des praticiens de l'art infirmier (dont les noms et l'organisation doivent être indiqués).~~ |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ~~Le remplissage des diffuseurs pour perfusion ou des réservoirs pour la pompe à perfusion se fait:~~ | ~~Le médecin dirigeant le centre ou son collaborateur (sa collaboratrice) mandaté (e) complète la case adéquate.~~ |
| ~~par le pharmacien~~ |  |
| ~~par le bénéficiaire à son domicile~~ |  |

~~Les diffuseurs pour perfusion ou la pompe à perfusion (et leurs réservoirs) et les dispositifs médicaux d'administration et de soins nécessaires sont:~~

|  |  |
| --- | --- |
|  | ~~Le médecin dirigeant le centre ou son collaborateur (sa collaboratrice) mandaté (e) complète les cases adéquates.~~ |
| ~~Le genre et le nombre de diffuseurs pour perfusion (à usage unique) à délivrer préremplis:~~ |  |
| ~~Le genre et le nombre de diffuseurs pour perfusion (à usage unique) à délivrer vides:~~ |  |
| ~~La location d'une pompe à perfusion:~~ |  |
| ~~Le genre et le nombre de réservoirs pour la pompe à perfusion, à délivrer préremplis:~~ |  |
| ~~Le genre et le nombre de réservoirs pour la pompe à perfusion, à délivrer vides:~~ |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | ~~Le médecin dirigeant le centre ou son collaborateur (sa collaboratrice) mandaté (e) complète les cases adéquates.~~ |
| ~~Le cas échéant, les dispositifs médicaux au moyen desquels le bénéficiaire remplit lui-même, à domicile, les diffuseurs pour perfusion ou les réservoirs pour la pompe à perfusion:~~ |  |
| ~~Les dispositifs médicaux d'administration et de soins:~~ |  |

~~Date, nom, signature et cachet du médecin prescripteur~~

~~A remplir par le pharmacien qui délivre:~~

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | ~~Type ou marque~~ | ~~Nombre d'unités délivrées~~ | ~~Date de délivrance~~ | ~~prix total T.V.A.C.~~ |
| ~~Le genre et le nombre de diffuseurs pour perfusion préremplis:~~ |  |  |  |  |
| ~~Le genre et le nombre de diffuseurs pour perfusion vides:~~ |  |  |  |  |
| ~~La location d'une pompe à perfusion:~~ |  |  |  |  |
| ~~Le genre et le nombre de réservoirs pour la pompe à perfusion, à délivrer préremplis:~~ |  |  |  |  |
| ~~Le genre et le nombre de réservoirs pour la pompe à perfusion, à délivrer vides ;~~ |  |  |  |  |
| ~~Les dispositifs médicaux au moyen desquels le bénéficiaire remplit lui-même, à domicile, les diffuseurs pour perfusion (forfait):~~ | ~~(a)~~ |  |  |  |
| ~~Les dispositifs médicaux d'administration et de soins (forfait):~~ | ~~(b)~~ |  |  |  |
| ~~Les honoraires de remplissage:~~ |  |  |  |  |
| ~~MONTANT TOTAL~~ |  |  |  |  |

~~Les cases (a) et (b) ne doivent pas être complétées.~~

~~Le soussigné, pharmacien, a délivré les prestations précitées au bénéficiaire précité.~~

~~Date, nom, adresse, numéro d'identification à l'INAMI, signature et cachet du pharmacien qui délivre:~~

~~Lorsque les prix sont complétés, une copie de la présente prescription doit être adressée au médecin dirigeant le centre ou son collaborateur (sa collaboratrice) mandaté (e).~~

ANNEXE V.1

**Annexe ‘Service Assurabilité’**

# Objectif

L’objectif de cette annexe est de fixer les règles de travail pratiques et impératives pour l’échange des données électroniques dans le service « assurabilité ».

# Définitions

Par assurabilité, il faut entendre : les données permettant de vérifier les droits aux remboursements par l’assurance maladie-invalidité, ainsi que les données pour l’application du tarif de remboursement, et le statut du patient pour lequel ces données sont valables. Cette consultation sera faite ’on-line’ pour un patient à la fois.

# Droits et obligations des parties

* **Droits et obligations des organismes assureurs**
  + Les organismes assureurs s’engagent à toujours fournir les informations disponibles les plus actuelles.
  + Les réponses au niveau du service assurabilité sont données immédiatement dans les secondes qui suivent la demande.
  + Les organismes assureurs sont obligés de mettre à disposition les données dont les pharmaciens ont besoin afin d’être en mesure de pouvoir correctement facturer leurs prestations.
* **Droit et obligations des pharmaciens :**
  + Le pharmacien s’engage à ne solliciter et traiter des données que pour des patients pour lesquels il transmet effectivement des données via le circuit de facturation et ce dans le but exclusif de la communication des délivrances via le circuit Pharmanet.
  + Le pharmacien s’engage à procéder effectivement à la transmission des données via le circuit Pharmanet des patients pour qui il/elle a sollicité les données relatives à l’assurabilité.
  + Le pharmacien traitera les données avec stricte confidentialité et ne les transmettra pas à d’autres prestataires de soins ni à des tiers.

ANNEXE V.2

**Annexe service ‘Accords Médecins Conseils – Médicaments Chapitre IV’**

# Objectif

L’objectif de cette annexe est de fixer les règles de travail pratiques et impératives pour l’échange des données électroniques pour la consultation des accords médecins conseils médicaments chapitre IV.

# Définitions

**Service consultation des accords médecins conseils - médicaments chapitre IV :**

Il s’agit de l’envoi électronique des consultations d’accord du pharmacien à l’organisme assureur pour les médicaments du chapitre IV à délivrer au patient et les réponses électroniques de l’organisme assureur au pharmacien. Ce service permet au pharmacien de vérifier l’existence et le contenu d’un accord médecin conseil pour le patient et le médicament prescrit. Cette consultation sera faite ’on-line’ pour un patient à la fois.

# Droits et obligations des parties

* **Droits et obligations des organismes assureurs :**
  + Les organismes assureurs s’engagent à toujours fournir les informations disponibles les plus actuelles.
  + Les réponses au niveau du service consultation accord chapitre IV sont données immédiatement dans les secondes qui suivent la demande.
  + Les organismes assureurs sont obligés de mettre à disposition les données dont les pharmaciens ont besoin afin d’être en mesure de pouvoir correctement facturer leurs prestations.
* **Droits et obligations des pharmaciens :**
  + Le pharmacien s’engage à ne solliciter et utiliser les données que pour des patients pour lesquels il a une prescription pour un médicament du chapitre IV et pour lequel il transmet effectivement des données via le circuit de facturation et ce dans le but exclusif de la communication des délivrances via le circuit Pharmanet.
  + Le pharmacien s’engage à procéder effectivement à la transmission des données via le circuit Pharmanet des patients pour qui il a sollicité les données relatives à un accord valable chapitre IV.
  + Le pharmacien traitera les données avec stricte confidentialité et ne les transmettra pas à d’autres prestataires de soins ni à des tiers.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | **ANNEXE VI.** |
| Prescription | Qu’est-il délivré ? | Qu’est-il porté en compte ? | Qu’est-il indiqué? |
| Prescription sous dénomination commune internationale (DCI)  Prise en compte de la liste AFMPS  “ no dci” et “ no switch” | Un médicament du groupe des médicaments les moins chers  Si le médicament concerné est remboursable aussi bien au chapitre I qu’au chapitre II, le pharmacien délivrera le médicament du chapitre I | Base de remboursement diminuée de l’intervention personnelle  Honoraire DCI | Flag DCI |
| Prescription sous dénomination commune internationale (DCI)  Prise en compte de la liste AFMPS  “ no dci” et “ no switch” | Un médicament du groupe des médicaments les moins chers  Si le médicament concerné est remboursable aussi bien au chapitre I qu’au chapitre II, le pharmacien délivrera le médicament du chapitre I  Si par **force majeure**, aucun médicament le moins cher n’est disponible, le pharmacien délivre un autre médicament remboursable disponible le moins cher possible hors du cluster des médicaments les moins chers  Le pharmacien documente la force majeure | Base de remboursement diminuée de l’intervention personnelle  Honoraire DCI | Flag DCI force majeure |
| Prescription sous nom de marque antibiotique/antimycosique | Substitution par le pharmacien par un médicament du groupe des médicaments les moins chers | Base de remboursement diminuée de l’intervention personnelle | Flag substitution |
| Prescription sous nom de marque antibiotique/antimycosique  avec objection thérapeutique | Le nom de marque est délivré | Base de remboursement diminuée de l’intervention personnelle | Flag non-substituable |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Prescription sous nom de marque antibiotique/antimycosique  avec spécification(s) | Médicament qui répond à la/aux spécification(s) dans le groupe des médicaments les moins chers  S’il n’existe pas, nom de marque | Base de remboursement diminuée de l’intervention personnelle | Flag non-substituable |
| Prescription sous nom de marque antibiotique/antimycosique  avec allergie | Médicament qui ne provoque pas l’allergie dans le groupe des médicaments les moins chers  S’il n’existe pas, nom de marque | Base de remboursement diminuée de l’intervention personnelle | Flag non-substituable |
| Prescription sous dénomination commune internationale  antibiotique/antimycosique | Un médicament du groupe des médicaments les moins chers | Base de remboursement diminuée de l’intervention personnelle  Honoraire DCI | Flag DCI |
| Prescription sous nom de marque antibiotique/antimycosique | Substitution par le pharmacien par un médicament du groupe des médicaments les moins chers  Si par **force majeure**, aucun médicament le moins cher n’est disponible, le pharmacien délivre un autre médicament remboursable disponible le moins cher possible hors du cluster des médicaments les moins chers  Le pharmacien documente la force majeure | Base de remboursement diminuée de l’intervention personnelle | Flag antibiotique/antimycosique force majeure |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Prescription sous dénomination commune internationale (DCI)  Prise en compte de la liste AFMPS  “ no vos” et “ no switch”  Délivrance urgente  **Garde ou pas** | Un médicament du groupe des médicaments les moins chers  Si le médicament concerné est remboursable aussi bien au chapitre I qu’au chapitre II, le pharmacien délivrera le médicament du chapitre I  Si par **force majeure**, aucun médicament le moins cher n’est disponible, le pharmacien délivre un autre médicament remboursable disponible le moins cher possibles hors du cluster des médicaments les moins chers  Le pharmacien documente la force majeure | Base de remboursement diminuée de l’intervention personnelle  Honoraire DCI  **Honoraire de garde si délivré pendant la garde** | Flag DCI force majeure |
| Prescription sous nom de marque  antibiotique /antimycosique  Délivrance urgente  **Garde ou pas** | Substitution par le pharmacien par un médicament du groupe des médicaments les moins chers  Si par **force majeure**, aucun médicament le moins cher n’est disponible, le pharmacien délivre un autre médicament remboursable disponible le moins cher possible hors du cluster des médicaments les moins chers  Le pharmacien documente la force majeure | Base de remboursement diminuée de l’intervention personnelle  **Honoraire de garde si délivré pendant la garde** | Flag antibiotique/antimycosique force majeure |

ANNEXE VII

**Document 1: Description projet «  Entretien d’accompagnement Bon usage des médicaments »**

1. **Description générale de la prestation :**

La prestation “*entretien d’accompagnement de bon usage des médicaments* ” est une concrétisation du Suivi des Soins Pharmaceutiques, un concept essentiellement centré sur le patient.et défini dans l’Arrêté Royal du 21 janvier 2009 portant instructions pour les pharmaciens. Il s’inscrit dans le cadre de la collaboration médico-pharmaceutique au profit de l’observance des traitements médicamenteux prescrits ainsi que dans la concertation multidisciplinaire.

La prestation “*entretien d’accompagnement de nouvelle médication (ENM)*” a été modifiée en « Entretien d’accompagnement de bon usage des médicaments » (BUM) sur base des conclusions de l'évaluation menée par l'Université d'Anvers, sous l'égide d'un Conseil consultatif interuniversitaire. Former les pharmaciens, informer les patients et les médecins, encourager la concertation et la communication entre les pharmaciens et les médecins, suivre de façon continue le projet, sont autant de mesures qui ont été prises pour répondre aux recommandations émanant du rapport d’évaluation (cf aussi plus loin les points 9 et 10).

La prestation « Entretien d’accompagnement de bon usage des médicaments » comprend la dispensation structurée et documentée d’informations et l’analyse des attentes et expériences du patient

1. lors de l’initiation d’une nouvelle thérapie médicamenteuse pour le traitement d’une affection chronique ou pour une modification de classe pharmacologique dans le cadre d’une affection chronique existante ou
2. lorsque le patient au cours du traitement de son affection chronique a besoin d’un accompagnement complémentaire personnalisé ou
3. lors de la délivrance d’une médication aigue qui nécessite un suivi particulier.

Lors d’un premier entretien d’information, les points suivants sont abordés: effet du médicament et place dans la thérapie, importance de l’usage correct et d’une bonne adhérence au traitement, motivation du patient pour une thérapie de longue durée. Cet entretien peut être complété en fonction des groupes cibles par un/des entretien(s) de suivi.

1. **Conditions générales de la prestation:**

Cette prestation est applicable à des patients avec une affection chronique

1. lors de l’initiation du traitement ou lors d’une modification de classe pharmacologique dans le cadre d’une affection chronique existante ou
2. lorsque le patient a besoin d’un accompagnement complémentaire personnalisé ou

Cette prestation est applicable à des patients

1. lors de la délivrance d’une médication aigue qui nécessite un suivi particulier.

ANNEXE VII

**Document 1: Description projet «  Entretien d’accompagnement Bon usage des médicaments »**

Cette prestation est applicable à des **groupes cibles** spécifiques, plus particulièrement à des patients atteints d’affection chronique et à des patients qui utilisent des médicaments appartenant à des classes pharmacologiques bien définies.

Cette prestation est initiée **soit par le pharmacien, soit sur prescription du médecin ou à la demande du patient** et est réservée aux patients de la pharmacie qui ont consenti de manière informée et écrite à la création d’un dossier de suivi des soins pharmaceutiques dans la pharmacie.

Cette prestation est exécutée par **un(e) pharmacien(ne)** dans un endroit adapté de l’officine dans le respect de la confidentialité et de la discrétion de l’entretien.

Cette prestation est soutenue par un **honoraire spécifique** à déterminer par classe pharmacologique.

La prestation est opposable, vérifiable et mesurable. Une **évaluation** aura lieu sur base d’indicateurs de mesures et de qualité.

1. **Groupe cible Entretien d’accompagnement pour un Bon usage des médicaments : corticoïdes inhalés »**
   1. Choix de la thérapie chronique: Asthme
   2. Choix des médicaments
      1. Uniquement des médicaments remboursables
      2. Monopréparations (corticoïdes inhalés, classe ATC : R03BA) et préparations combinées (corticoïdes/ sympathomimétiques en inhalation, classe ATC : R03AK limitée aux bêta-stimulants à action longue) : **dipropionate de béclométasone**, **budésonide, fluticasone**
      3. Aérosols doseurs, inhalateurs à poudre sèche
2. **Structure Entretien d’accompagnement de Bon usage des médicaments : corticoïdes inhalés »(cfr annexe 1 & annexe 2)**

L’accompagnement de bon usage des médicaments « corticoïdes inhalés » consiste pour les nouveaux patients en deux prestations distinctes, respectivement un entretien d’information et un entretien de suivi dans la même pharmacie. Pour les patients asthmatiques existants qui prennent de façon chronique des corticoïdes inhalés et chez qui l’asthme n’est pas suffisamment sous contrôle, le pharmacien décidera en concertation avec le patient après le premier entretien si un entretien de suivi est nécessaire ( sur base du principe plan-do-act-check).

* 1. Entretien d’information
     1. à l’initiation du traitement au cours d’un rendez-vous convenu avec le patient de préférence dans un délai aussi court que possible après la date de la délivrance du nouveau médicament.
     2. lorsque le patient au cours du traitement de son affection chronique a besoin d’un accompagnement complémentaire personnalisé

ANNEXE VII

**Document 1: Description projet «  Entretien d’accompagnement Bon usage des médicaments »**

4.1.1 Détermine les besoins en information du patient

4.1.2 Transmet de l’information sur mesure au patient concernant l’activité du médicament, sa place dans la thérapie et son usage correct.

4.1.3 Motive le patient pour un traitement de longue durée et insiste sur l’importance de l’adhérence thérapeutique.

4.1.4. Prend rendez-vous pour l’entretien de suivi

4.1.5. Enregistre les résultats, la prestation et le rendez-vous dans le dossier pharmaceutique.

* 1. Entretien de suivi lors du renouvellement de la médication ou après rendez-vous convenu avec le patient, de préférence dans une période de 3 à 6 semaines après l’ entretien d’information. Evaluer la nécessité d’un entretien de suivi sur base d’un entretien téléphonique avec le patient, ou lors de la délivrance d’un médicament.

Si un entretien de suivi est organisé, les étapes suivantes doivent être effectuées :

4.2.1 Analyser l’expérience du patient et discuter des éventuels problèmes

4.2.2 Informer de préférence le médecin traitant sur les résultats

4.2.3. Enregistrer les points d’attention discutés dans le dossier pharmaceutique.

4.2.4 Enregistrer les résultats, la prestation dans le dossier pharmaceutique

1. **Communication avec le médecin**

La collaboration et la communication des pharmaciens avec les médecins traitants sont essentielles pour offrir des soins de santé de qualité. Les pharmaciens doivent informer les médecins des services qu’ils offrent à leurs patients. Pour autant que le patient ait marqué son accord, ils veillent à donner un feed-back aux médecins concernés quant aux résultats de l’entretien. La communication a lieu de préférence par voie électronique via le dossier du patient ou le dossier médico-pharmaceutique, mais peut aussi se faire par téléphone ou par mail. En outre, une fiche thématique pour la CMP est disponible, fiche que les médecins et les pharmaciens peuvent utiliser pour organiser une concertation locale. Cette concertation doit faciliter la prise de contact en cas de « BUM ».

1. **Enregistrement (cfr. Annexe 3 & 5)**

Les prestations, les dates des entretiens, les rapports d’entretiens, les contacts éventuels avec le médecin traitant et les solutions proposées sont enregistrées dans le dossier pharmaceutique.

La prestation et le montant de l’intervention de l’INAMI sont mentionnés sur le ticket de caisse.

1. **Evaluation du projet**
   1. **Introduction**

Le groupe de travail Entretien d’accompagnement Nouvelle Médication s’engage à suivre et à évaluer le projet Bon Usage des Médicaments (entretien d’accompagnement asthme).

ANNEXE VII

**Document 1: Description projet «  Entretien d’accompagnement Bon usage des médicaments »**

La prestation de soins pharmaceutiques pour des patients chroniques et la récompense des prestations intellectuelles constituent une évolution logique et positive de la profession de pharmacien.

Outre la collecte des informations sur la qualité des soins dispensés et l’analyse du résultat engendré par les entretiens dans le cadre de l’usage de la médication, l’objectif de l’évaluation du projet consiste surtout à créer un processus stimulant d’amélioration.

L’évaluation se fera en première instance sur la base d’indicateurs (structurels, de processus et de résultats). Les indicateurs sont nécessaires pour comparer, améliorer et justifier les soins pharmaceutiques.

Elle se fera en plusieurs étapes :

Dans la première phase, les indicateurs et les objectifs réalistes sont développés en concertation commune.

Ensuite, une mesure de référence est déterminée. Les indicateurs sont suivis régulièrement. Après une période d’un an, les résultats sont analysés. Si les indicateurs ne sont pas réalisés, des projets d’amélioration sont établis en concertation.

L’objectif consiste à adapter les indicateurs en fonction de l ‘évolution des BUM. Ils peuvent faire l’objet d’une évaluation annuelle et d’une modification éventuelle. La modification peut concerner un nouvel objectif ou un nouvel indicateur.

Une première série de données peut être générée par le biais des données de facturation disponibles (avec comme sources de données possibles : Pharmanet, Ipheb, IMA).

Ces indicateurs constituent le début d’un processus d’évolution. A terme, nous devons viser des indicateurs qui se focalisent davantage sur la qualité de l’entretien mené (exemple : interviews, mystery guests,…). Une première étape consiste à développer un enregistrement structuré et codé des données. Cet enregistrement nous donne des informations pertinentes supplémentaires concernant les entretiens réalisés. Un dossier pharmaceutique local structuré doit être réalisé à cet effet et doit être utilisé par tous les pharmaciens. La mise en œuvre dans les différents logiciels est cruciale à cet effet. La date butoir est début 2018.

* 1. **Proposition indicateurs 2017**

Trois types d’indicateurs sont proposés : indicateurs structurels, indicateurs de processus et indicateurs de résultat.

* + 1. **Indicateurs structurels**

***7.2.1.1. Nombre de pharmaciens ayant suivi la formation***

Pour mettre en œuvre le BUM de façon qualitative, une formation est cruciale. D’une part, il s’agit de formations scientifiques liées au thème du BUM et organisées tant par les unions professionnelles que par les organisations scientifiques (telles que IPSA et SSPF), et d’autre part, il existe également des formations sur la tenue de l’entretien (aptitudes communicatives, coaching, …).

A long terme (2017 ?), l’objectif consiste à incorporer cette formation dans la formation permanente obligatoire pour les pharmaciens d’officine.

ANNEXE VII

**Document 1: Description projet «  Entretien d’accompagnement Bon usage des médicaments »**

En attendant la mise en œuvre, nous pouvons déjà mesurer le pourcentage de pharmaciens ayant suivi une formation et prévoir une certaine croissance de ce pourcentage pour l’avenir.

*Mesure :*

Pourcentage de pharmaciens ayant suivi une formation BUM entre 2014 et 2016 et en 2017.

*Objectif pour la première année (2017) :*

Hausse de 10% du pourcentage de pharmaciens ayant suivi une formation BUM par rapport à la mesure de référence.

*Remarque :*

On comprend par « formation » : toutes les formations scientifiques autour de l’asthme, formation BUM et toutes les formations de communication (coaching, aptitudes communicatives,…).   
N.B. : les formations scientifiques autour de l’asthme ne seront plus organisées par l’IPSA et le SSPF en 2017, mais on pourrait développer un cours de « e-learning ».

* + 1. **Indicateurs de processus**

***7.2.2.1. Nombre de pharmaciens utilisant des outils pour structurer et accompagner l’entretien d’accompagnement***

La mise en œuvre d’un entretien au moyen d’un outil permet de travailler de façon structurée et protocolée.

L’objectif consiste à incorporer ses outils dans les logiciels de la pharmacie ; de cette manière, une série de paramètres peuvent être codés et utilisés de façon structurée.

En attendant une telle intégration, on peut viser une augmentation du nombre de pharmacies faisant usage d’un outil pour la mise en œuvre du BUM.

*Mesure :*

Nombre de pharmacies (uniques) ayant réalisé un BUM (depuis 2013)

Nombre de pharmacies (uniques) ayant utilisé un outil (depuis 2013)

Pourcentage de pharmacies utilisant un outil par rapport au nombre de pharmacies ayant effectué au moins 1 BUM.

*Objectif :*

Croissance de 10% des pharmacies faisant usage d’un outil pour la mise en oeuvre d’un entretien par rapport à la mesure de référence.

*Remarque :*

Il faut dresser un inventaire de tous les outils disponibles (APB, organisations professionnelles,…).

***7.2.2.2. Nombre d’entretiens chez les utilisateurs de corticostéroïdes d’inhalation (CSI)***

Deux mesures sont prévues ici. D’une part, nous souhaitons vérifier dans quelle mesure les patients qui entrent en ligne de compte pour un BUM, en ont réellement eu un. D’autre part, il est également important de miser sur le 2ème entretien. En effet, dans la [description de projet](http://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/overeenkomst_apothekers_bijlage07.pdf), deux entretiens sont prévus. Ce deuxième entretien permet de recevoir un feedback des patients, permet de connaître leurs expériences et de rectifier le tir le cas échéant.

ANNEXE VII

**Document 1: Description projet «  Entretien d’accompagnement Bon usage des médicaments »**

*Mesure :*

1. Pourcentage de patients avec un premier entretien lors de l’usage de CSI (nouveau et mal contrôlé) par rapport au nombre total de patients qui entrent en ligne de compte.

NB :

→ Pour les *nouveaux patients* qui démarrent un traitement avec un corticostéroïde d’inhalation (CSI), le groupe cible est fixé comme suit : patients entre 5-50 ans à qui on a pas délivré de CSI 12 mois avant cette délivrance.

→ Pour les patients *mal contrôlés* le groupe cible est fixé comme suit : patients entre 5-50 ans qui prennent régulièrement des CSI (au moins 90 DDD par an). Pour avoir une idée du nombre de patients mal contrôlés, on peut faire usage du chiffre européen, à savoir 30 à 35%.

1. Pourcentage de patients avec un deuxième entretien lors de l’usage de CSI (nouveau et mal contrôlé) par rapport au nombre total de patients qui entrent en ligne de compte.

*Objectif :*

1. Augmentation de 10% du pourcentage de patients ayant réellement un entretien, par rapport à la mesure de référence.
2. Au moins 10% des patients ayant eu un premier entretien, ont également un deuxième entretien.

***7.2.2.3. Mise en œuvre et enregistrement de l’entretien***

A long terme, on pourrait analyser s’il est possible de fixer des indicateurs, par exemple en faisant appel à des « mystery guests », en organisant des interviews avec des patients pour qui un entretien a été porté en compte, en rassemblant des informations structurées données lors du BUM (score ACT,…).

**7.2.3. Indicateurs de résultats**

***7.2.3.1. Patients sans surconsommation de bronchodilatateurs à courte durée d’action***

Une consommation importante de bronchodilatateurs à courte durée d’action peut indiquer que l’asthme n’est pas suffisamment sous contrôle (par exemple à cause d’une prise non correcte du traitement d’entretien). En soulignant la nécessité d’un usage correct via le BUM, on pourrait supposer que la consommation de cette médication diminuerait.

Différentes définitions pour le terme « surconsommation » sont possibles. Etant donné que les patients ont souvent des nébulisateurs « en réserve », nous vous proposons un calcul suffisamment large. De cette manière, nous sommes capables de sélectionner au mieux les surconsommations.

Dans ce contexte, nous souhaiterions définir la surconsommation comme *une consommation de minimum 4 conditionnements par an* (source voir étude en France : *Remboursement de médicaments antiasthmatiques : une approche de la prévalence et du contrôle de l’asthme*[[1]](#footnote-1)).

En vue de définir la population de patients, nous observons la population de patients ayant déjà utilisé des bronchodilatateurs à courte durée d’action avant la mise en œuvre du BUM.

ANNEXE VII

**Document 1: Description projet «  Entretien d’accompagnement Bon usage des médicaments »**

*Mesure :*

Pourcentage de patients avec une surconsommation de bronchodilatateurs à courte durée d’action

N.B.:

→ Le groupe cible est fixé comme suit : les patients entre 5-50 ans utilisant des bronchodilatateurs à courte durée d’action avant le BUM, qui ont bénéficié d’un BUM et pour qui 4 ou plus de conditionnements de bronchodilatateurs à courte durée d’action ont été délivrés endéans une période de 12 mois après le BUM.

*Objectif :*

Baisse de 10% des patients en surconsommation (exprimé en %).

***7.2.3.2. Patients avec un usage oral de cortisone***

Aux Pays-Bas, le pourcentage de patients est fixé à moins de 2 cures de cortisone de prednisolone comme mesure (et comme maximum) avant la manifestation d’exacerbations graves.

Le CBIP donne les informations suivantes concernant le traitement d’exacerbations graves : *les corticostéroïdes systémiques sont indiqués en cas d’exacerbations graves, et ce dans une dose suffisamment élevée : 30 à 40 mg (méthyl)prednisolone par jour durant 7 jours[[2]](#footnote-2).*

→ En Belgique, la méthylprednisolone est sur le marché sous la forme de la spécialité Médrol. Le conditionnement de 32 mg est remboursé dans la cat. A. Nous partons du principe que ce sera surtout ce conditionnement qui sera utilisé pour le traitement d’exacerbations. Deux traitements de choc correspondraient dans ce cas à 2 conditionnements (supposition).

*Mesure :*

Pourcentage de patients avec plus de 2 cures de cortisone endéans les 12 mois suivant le BUM.

N.B.:

→ Le groupe cible est fixé comme suit : patients de 5-50 ans ayant eu un BUM et à qui on a délivré 2 ou plus de conditionnements de Médrol 32 mg endéans les 12 mois suivant le BUM. Les patients souffrant de rhumatisme sont exclus.

*Objectif :*

Baisse de 10% du pourcentage de patients utilisant plus de 2 conditionnements (oraux) de cortisone par an.

***7.2.3.3. Usage d’antimycosiques oraux***

Ce pourcentage s’élève déjà à presque 100% et est moins pertinent.

ANNEXE VII

**Document 1: Description projet «  Entretien d’accompagnement Bon usage des médicaments »**

* 1. **Mise en œuvre pratique**

**Etape 1 : fixation des indicateurs**

Voir ci-dessus.

**Etape 2 : mesure des valeurs actuelles de ces indicateurs (mesure de référence) et fixation des objectifs**

Pour chaque indicateur, la mesure est faite sur la base des données disponibles. Ces valeurs sont utilisées comme base pour la fixation des objectifs.

Les données sont collectées tant par les unions professionnelles, que par les OA. Il est fait usage des données de 2014/2015.

Timing : décembre 2016.

**Etape 3 : suivi des indicateurs**

En 2017, les indicateurs peuvent être suivis à des intervalles réguliers éventuellement.

**Etape 4 : évaluation des indicateurs**

Une évaluation de l’année 2017 sera réalisée en avril 2018. Les résultats obtenus seront comparés aux objectifs poursuivis. Si ces objectifs ne sont pas réalisés, un plan d’amélioration peut être établi. Il peut s’agir d’une amélioration de la communication chez les pharmaciens, une adaptation des formations proposées, une diffusion des formations adaptées, une communication chez les patients ou les médecins,…

ANNEXE VII

**Document 1: Description projet «  Entretien d’accompagnement Bon usage des médicaments »**

**Annexe 1 : à titre d’information, premiers chiffres préliminaires de l’analyse**

***1. Nombre de pharmaciens ayant suivis les formations***

Données APB

|  |  |
| --- | --- |
| **Soirées d’informations ENM 2014-2015** | |
| *Formation* | *Nombre de participants* |
| Aptitudes communicatives | 835 |

***2. Nombre de pharmaciens utilisant des outils pour structurer et accompagner l’entretien d’accompagnement***

Données APB

|  |  |
| --- | --- |
| **Utilisateurs uniques de l’outil** | |
| 2013 | 1718 |
| 2014 | 1226 |
| 2015 | 701 |
| 2016 (jusqu’au 26/07) | 336 |
| **Total** | 2463 |

***3. Nombre d’entretiens chez les utilisateurs de CSI***

Données CM

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 2014 | 2015 |
| 1er entretien | 7232 | 9736 |
| 2ème entretien | 595 | 674 |
| % 2ème/1er (%) | 8.2 | 6.9 |

***4. Patients sans surconsommation de bronchodilatateurs à courte durée d’action***

Données MLOZ/CM

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Nombre de patients ayant eu un ENM et pour lesquels un bronchodilatateur a été facturé | Nombre de patients avec plus de **4 conditionnements par an** | % | % **sans**  surconsomm |
| MLOZ | 676 | 138 | 20,4% | 79,6% |
| CM | 2161 | 305 | 14,1% | 85.9% |
|  |  | Nombre de patients avec plus de **6 conditionnements par an** |  |  |
| MLOZ | 676 | 101 | 14,9% | 85,1% |
| CM | 2161 | 189 | 8,7% | 91.3% |

Le calcul CM diffère légèrement du calcul MLOZ.

***5. Patients avec un usage oral de cortisone***

Pas de données disponibles pour l’instant.

***6. Usage antimycosiques oraux***

Données MLOZ et CM

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nombre de patients qui ont consommé un antimycosique oropharyngé dans les 3 mois après l’ENM | % de patients qui ont consommé un antimycosique oropharyngé dans les 3 mois après l’ENM | % de patients ayant eu un ENM sans consommation d’antimycosique oropharyngé dans les 3 mois après l’ENM |
| 32 | 0.4% | 99.6% |
| 35 | 0,03% | 99,97% |

ANNEXE VII

**Document 1: Description projet «  Entretien d’accompagnement Bon usage des médicaments »**

1. **Documentation et formation disponibles (liste non limitative)**

Delphi Care et Via Nova: information de première délivrance

Syllabus pharmaciens: Bonnes pratiques officinales – Asthme et BPCO

Folders patient: instruction d’inhalation, folder « asthme », folder « corticoïdes inhalés»

Appareils de démonstration

Films

…….

1. **Stratégie de communication et de motivation**
   1. A destination des pharmaciens

Un « starter pack » est fourni aux pharmaciens par les organisations professionnelles. Ce paquet contient tout le matériel nécessaire pour être en mesure d'effectuer un BUM de façon adéquate lorsque le patient se présente à la pharmacie.

* + - Organisation de soirées d'information et de formation: faire prendre conscience aux pharmaciens de leur responsabilité dans l’exécution du Suivi des Soins Pharmaceutiques.
    - Expliquer la différence première délivrance – BUM.
    - Elargissement des critères d’inclusion - patients asthmatiques chroniques insuffisamment contrôlés.
    - Comment réaliser l’entretien avec l'outil BUM (jeu de rôle?): qu’est-ce qui fonctionne? Qu’est-ce qui ne fonctionne pas ?

1. A destination des médecins (pneumologues – médecins traitants)

**Informer les associations de médecins (traitants)**

* + - Proposition du service (BUM)
    - Elargissement du groupe cible
    - Leur rôle potentiel / contribution ( prescription du BUM; mention de l’indication sur la prescription ; ….)

**Concertation médecins - pharmaciens**

* + - Rendre possible la discussion quant au BUM sur la plateforme médecins - pharmaciens dans le cadre de la CMP
    - Développer la CMP en collaboration avec les médecins traitants
    - Promouvoir et soutenir la concertation locale avec les associations professionnelles locales

ANNEXE VII

**Document 1: Description projet «  Entretien d’accompagnement Bon usage des médicaments »**

**Motivation des médecins locaux par les pharmaciens**

* + - En les informant à propos de ce service et
    - En concluant des accords locaux sur le feedback après le BUM mené avec leurs patients

1. A destination des patients

Les organismes assureurs et les organisations de patients sont invités à informer leurs membres sur le service BUM existant - corticoïdes inhalés.

1. **Implémentation du projet**

L'étude de l’évaluation de l'Université d'Anvers (UA) a émis une série de recommandations visant à l’implémentation optimale du projet BUM. L’implémentation relève de la responsabilité partagée de tous les acteurs concernés. Le document "Implémentation BUM" est un document informatif qui démontre la volonté de soutien optimal, mais reste ouvert à la discussion et à l’approbation de toutes les parties concernées.

Si souhaité, cette stratégie d’implémentation peut être suivie par le Conseil consultatif universitaire.

Le Conseil consultatif universitaire est composé d'experts dans les soins pharmaceutiques, émanant de toutes les universités belges, et est de 2013 à 2015 présidé par l’Université d’Anvers. Ce groupe d'experts donne des avis sur les documents et les concepts développés dans le cadre du BUM (asthme et autres indications), avec pour objectif de répercuter et de donner un avis sur l’évidence scientifique existante.

A long terme, une évaluation sera demandée par *l'Observatoire pour les maladies chroniques*.

ANNEXE VIII.1

**Annexe 1 : Structure Entretien d’accompagnement de bon usage des médicaments (BUM) - Corticocoïdes inhalés – lors de l’initiation**

1. Entretien prescrit par le médecin
2. Proposition de l’entretien par le pharmacien ou demande d’entretien par le patient
   1. Vérifier les conditions
      1. Patient asthmatique (confirmation de l’asthme par le patient ou en cas de doute par contact avec le médecin)
      2. Vérifier qu’il s’agit d’une 1ère délivrance d’un corticoïde inhalé au cours des 12 derniers mois
      3. Vérifier que le patient a déjà eu recours à une médication de la crise auparavant.
3. Recueillir et noter les coordonnées de contact du patient.
4. Expliquer l’objectif de l’entretien
   * 1. Sécuriser le traitement
     2. Améliorer la performance du traitement
5. Recueillir l’accord écrit du patient
6. Formaliser un rendez-vous
7. 1er entretien d’information
   1. Préparer l’entretien
      1. Consulter le dossier pharmaceutique (partagé)
         1. Historique de la médication
         2. Consulter les autres informations relatives au patient
      2. Préparer la documentation à remettre au patient
      3. Disposer du médicament + si possible démo
   2. L’entretien:
      1. Accueillir le patient dans un endroit adapté
      2. Enregistrer l’identité du patient ou du mandataire avec e-ID
      3. Recueillir les attentes, les besoins et la connaissance du patient
      4. Réaliser l’ACT
      5. Dispenser l’entretien en fonction du patient
      6. **But et déroulement de l’entretien**
   * Expliquer la pathologie asthmatique : l’asthme est une maladie inflammatoire chronique qui associe :
     + Une inflammation locale et un épaississement des parois bronchiques accompagnées de production de mucus
     + Une diminution du diamètre des bronches appelée brochoconstriction
     + Une hyper-réactivité des bronches
   * Expliquer le traitement de l’asthme

* Expliquer la différence entre médicaments de la crise et traitement de fond
* Situer le rôle du médicament dans la thérapie du patient
  + - * Les corticostéroïdes inhalés ont pour but de contrôler l’inflammation chronique
      * Les médicaments de la crise ont pour but de lever la bronchoconstriction
      * Insister sur la nécessité d’avoir toujours le médicament de la crise sur soi

ANNEXE VIII.1

**Annexe 1 : Structure Entretien d’accompagnement de bon usage des médicaments (BUM) - Corticocoïdes inhalés – lors de l’initiation**

* + 1. **Usage du médicament**
  + Insister sur le fait que l’effet du médicament ne peut pas être attendu avant au moins une semaine
  + Que faire en cas de dose oubliée
  + Que faire en cas de crise
* Utilisation intensive (2 à 4 puffs toutes les 20 minutes du SABA pendant la première heure) en attendant l’arrivée du médecin ou des secours
  + 1. **Techniques d’inhalation**
  + Importance de la technique d’inhalation (dose adéquate et moins d’effets secondaires). Ne pas oublier de rappeler au patient qu’il faut enlever le bouchon du dispositif.
* Faire une démonstration devant le patient
* Demander au patient de refaire la démonstration et demander son avis. Dispositif adapté au patient ?
* Informations complémentaires :
* Difficulté parfois de percevoir la dose inhalée
* Rinçage de la bouche à l’eau claire après inhalation corticoïde. Insister sur les conditions de rinçage de la bouche ; ne pas avaler et surtout ne pas gargariser
* Contrôle du nombre de doses restantes
* rinçage et entreposage du dispositif d’inhalation
* Préparer l’inhalateur pour l’utilisation suivante
* Aérosols doseurs toujours secouer avant emploi
  + 1. **Observance**
* Importance bonne observance (même si aucun symptôme)
* Symptômes d’alarme:
* Augmentation de exacerbations /réveils nocturnes/ médications de crise > 2 fois par semaine / limitations fonctionnelles
* Renvoi/contact médecin
  + 1. **Effets indésirables**
* Cortico’s:
* Candidose buccale, enrouement, mal de gorge,…   
  => rinçage de bouche/bonnes techniques d’inhalation
  + Insister sur la cortico-phobie
    - Insister sur le fait que les doses inhalées sont :
      * Très faibles : de l’ordre du microgramme. 1000 fois moins que le milligramme !!
      * Ont une action locale et donc une résorption plus faible
    - Pas de danger d’ostéoporose avec des doses aussi faibles
    - Pas de retard de croissance chez les enfants avec doses faibles
  + Association avec les B2 agonistes: tremblements (les mains), maux de tête, palpitations, augmentation de la pression artérielle

=> patients souffrant d'arythmie cardiaque: Consulter un médecin si des palpitations ou une pression artérielle élevée

* + 1. Proposer des solutions adaptées au patient pour observance du traitement et pour la surveillance de la pathologie

ANNEXE VIII.1

**Annexe 1 : Structure Entretien d’accompagnement de bon usage des médicaments (BUM) - Corticocoïdes inhalés – lors de l’initiation**

* 1. Conclusion de l’entretien
     1. S’assurer que le patient a bien compris
     2. Remettre les infos génériques (cfr annexe 7)
     3. Expliquer au patient l’intérêt d’un 2ème entretien et fixer une date
     4. Remettre au patient un résumé succinct de l’entretien (cfr annexe 4)
     5. Demander si il y a encore des questions
  2. Rapport d’entretien
     1. Noter
        1. Les résultats de l’ACT
        2. Les points d’attention du pharmacien
     2. Intégrer les informations dans le dossier patient (cfr annexe 3)
     3. Enregistrer la prestation « entretien de nouvelle médication - 1 »

ANNEXE VIII.2

**Annexe 2 : Structure Entretien de suivi de Bon usage des médicaments -Corticoïdes inhalés**

Entretien de suivi

* 1. Préparation
     1. Rappeler le rendez-vous au patient
     2. Relire les informations collectées lors du premier entretien
  2. L’entretien
     1. Enregistrer l’identité du patient ou du mandataire avec e-ID
     2. Demander au patient de montrer son médicament de la crise pour s’assurer qu’il l’a bien sur lui
     3. Etat du patient
     4. Vérifier dans quelle mesure l’asthme est sous contrôle (ACT-test cfr annexe 8)
     5. Recueillir les informations depuis le précédent entretien
        1. Évènements inattendus

Tout essoufflement, limitation de l’effort, même dans la pratique d’un sport de haut niveau, est un signe de contrôle non approprié de l’asthme.

* + - 1. Effets indésirables

*Certaines personnes souffrent de mauvais goût, enrouement, une toux après l'inhalation. Est-ce également le cas avec vous?*

*NB: préparations combinées: des tremblements, des maux de tête, palpitations*

* + - 1. Utilisation du médicament: observance, technique d’inhalation   
         *Quid en cas d’oubli d’une dose ?*   
         Demander au patient de faire une démonstration de l’utilisation de son traitement et donner son feed-back.  
         Tester l’observance par exemple avec Mars-test (cfr annexe 9)  
         Comprendre les raisons de non-observance
      2. Utilisation de la co-médication

*Combien de fois utilisez-vous vos médicaments de la crise ?*

* + 1. Vérifier les points d’attention du 1er entretien
    2. Remettre les informations relatives à la prévention en fonction du profil du patient
       1. Cessation tabagique
       2. Facteurs déclenchants allergiques ou non-allergiques
       3. Efforts/sports: Recommander la pratique du sport. De préférence des sports d’endurance.
    3. Proposer des solutions adaptées pour le patient pour son observance et la surveillance de son état
  1. Conclusion de l’entretien
     1. S’assurer que le patient a bien compris
     2. Remettre des informations non-médicamenteuses (cfr. Annexe 10)
     3. Remettre au patient un résumé succinct de l’entretien (cfr. Annexe 6)
     4. Demander au patient s’il y a encore des questions
  2. Rapport d’entretien
     1. Intégrer le rapport dans le dossier pharmaceutique (cfr. Annexe 5)
     2. Enregistrer la prestation « Entretien d’accompagnement Bon usage des médicaments-2 »

ANNEXE VIII.3

**Annexe 3 : Compte-rendu pour le pharmacien – Entretien d’information**

**Entretien d’accompagnement Bon usage des médicaments – Corticoïdes à inhaler**

Date de l’entretien :

Nom et coordonnées du patient :

Nom et coordonnées du médecin :

Confirmation d’asthme par : Patient Médecin

Nom du médicament et posologie :

Autres médicaments utilisés pour le traitement de l’asthme et en cas de crise d’asthme :

Score ACT : …..

Les points suivants ont été abordés avec le patient :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Traité | Point d’attention |
| But et mode d’action du médicament, place dans le traitement |  |  |
| Mode d’administration et importance du bon usage |  |  |
| Importance de l’observance thérapeutique et symptômes d’alarme possibles |  |  |
| Effets indésirables possibles |  |  |

Si un point d’attention a été coché, en mentionner la raison :

0 Peur vis-à-vis de la cortisone

0 Problèmes à attendre au niveau de la coordination main-bouche

0 Problème à attendre au niveau de l’observance thérapeutique

0 Autre : ………………………………………………………………….

Contact avec le médecin nécessaire pour : …………………………………………………………….

Rendez-vous pour l’entretien de suivi :

* Pas d’intérêt du patient
* A déterminer ultérieurement
* Date :

Notes personnelles :

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Signatures du pharmacien et du patient CNK- 5520382

ANNEXE VIII.4

**Annexe 4 : Compte-rendu pour le patient – Entretien d’information**

**Entretien d’accompagnement Bon usage des médicaments – Corticoïdes à inhaler**

Date de l’entretien :

Nom et coordonnées du patient :

Nom et coordonnées du médecin :

Nom du médicament et posologie :

Autres médicaments utilisés pour le traitement de l’asthme et en cas de crise d’asthme :

Votre pharmacien vous a donné des informations sur :

1. But et mode d’action du médicament, place dans le traitement
2. Mode d’administration et importance du bon usage
3. Importance de l’observance thérapeutique et symptômes d’alarme possibles
4. Effets indésirables possibles

Consultez de préférence votre médecin pour : …………………………………………………………….

Votre pharmacien vous a remis un dépliant d’information sur votre maladie et sur votre médicament.

Rendez-vous pour le 2ème entretien :

* Ne souhaite pas d’entretien de suivi
* A déterminer ultérieurement
* Date :

Coordonnées de la pharmacie :

Signatures du pharmacien et du patient CNK-5520382

Emportez ce document lors de votre prochaine visite chez le médecin

ANNEXE VIII.5

**Annexe 5 : Compte-rendu pour le pharmacien – Entretien de suivi**

**Entretien d’accompagnement Bon usage des médicaments – Corticoïdes à inhaler**

Date de l’entretien :

Nom et coordonnées du patient :

Nom et coordonnées du médecin :

Nom du médicament et posologie :

Autres médicaments utilisés pour le traitement de l’asthme et en cas de crise d’asthme :

Score ATC :

Le traitement pour l’asthme de votre patient :

* Se déroule bien
* Pose quelques problèmes
* Ne se déroule pas bien

En raison de :

* Mauvaise technique d’inhalation
* Peur ou survenue d’effets indésirables
* Inobservance thérapeutique
* Autre : …………………….

Vous avez recommandé à votre patient de :

* Se rincer la bouche
* Utiliser une chambre d’inhalation
* Suivre un schéma de médication
* Avoir une réserve de médicament pour le traitement de la crise à la maison
* Autre : ………………………………………………………………..

Contact avec le médecin nécessaire pour : …………………………………………………………

Notes personnelles :

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Signatures du pharmacien et du patient CNK- 5520390

ANNEXE VIII.6

**Annexe 6 : Compte-rendu pour le patient – Entretien de suivi**

**Entretien d’accompagnement Bon usage des médicaments – Corticoïdes à inhaler**

Date de l’entretien :

Nom et coordonnées du patient :

Nom et coordonnées du médecin :

Nom du médicament et posologie :

Autres médicaments utilisés pour le traitement de l’asthme et en cas de crise d’asthme :

Votre pharmacien vous a parlé de votre asthme et votre traitement :

* Se déroule bien
* Pose quelques problèmes
* Ne se déroule pas bien

Vous avez eu un entretien avec votre pharmacien à propos de :

* Technique d’inhalation
* Effets indésirables
* Observance thérapeutique
* Autre : …………………………………………………………………………………

Il vous est recommandé de :

* Se rincer la bouche
* Utiliser une chambre d’inhalation
* Suivre un schéma de médication
* Avoir une réserve de médicament pour le traitement de la crise à la maison
* Autre : ………………………………………………………………..

Contact avec le médecin nécessaire pour : …………………………………………………………

Notes personnelles :

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Coordonnées de la pharmacie :

Signatures du pharmacien et du patient CNK – 5520390

Emportez ce document lors de votre prochaine visite chez le médecin

**Qu’est-ce que l’asthme ?**

L’asthme est une affection pulmonaire dans laquelle les voies respiratoires sont enflammées en permanence. A cause de cette inflammation, la muqueuse qui recouvre l’intérieur des bronches va gonfler et les muscles des bronches vont se contracter. Il en résulte un rétrécissement des voies respiratoires qui rend la respiration plus difficile. Lors d’une crise d’asthme apparaît une soudaine détérioration. Les manifestations typiques sont la toux, une respiration sifflante et / ou une sensation d’étouffement.

A long terme, l’inflammation mène à un dommage permanent des voies respiratoires. La gravité de l’asthme diffère d’un patient à l’autre. Certains ne présentent que rarement des symptômes ; pour d’autres, l’asthme peut limiter les activités journalières.

**Votre asthme peut-il être traité ?**

L’asthme se soigne généralement bien, toutefois les médicaments ne peuvent pas guérir la maladie. Avec un traitement correct, vous pouvez maintenir la maladie sous contrôle et diminuer les symptômes.

Deux sortes de médicaments sont utilisés pour soulager les symptômes :

* des bronchodilatateurs qui dilatent les voies respiratoires
* des antiinflammatoires qui empêchent la réaction inflammatoire de la muqueuse respiratoire

Votre médecin peut adapter le traitement étape par étape. Le traitement exact dépend toutefois de la gravité de l’asthme.

**Que sont les corticoïdes à inhaler ?**

Les corticoïdes à inhaler sont des antiinflammatoires que vous devez inspirer. Utilisés chaque jour, ils diminuent le gonflement de la muqueuse et agissent en réduisant la contraction des muscles autour des voies respiratoires. Les corticoïdes à inhaler diminuent la sensation d’essoufflement. Parce qu’ils vont à l’encontre de l’inflammation, ils agissent pour diminuer la détérioration des poumons à long terme.

Un corticoïde à inhaler doit être utilisé tous les jours. Plusieurs jours sont nécessaires pour que l’effet du médicament se fasse sentir. L’effet maximal du traitement n’est obtenu qu’après quelques semaines. Si vos symptômes s’améliorent après quelques mois d’utilisation, votre médecin pourra vous proposer de réduire la dose.

**Vous devez apprendre à inhaler**

Vous devez inspirer les corticoïdes à inhaler par un inhalateur. Ainsi, le médicament atteint directement les poumons, agit plus vite et provoque moins d’effets indésirables.

Inhaler correctement est plus difficile qu’il n’y paraît. Différents types d’inhalateurs existent et chacun a son propre mode d’emploi. C’est seulement si vous utilisez correctement votre inhalateur que la quantité suffisante de médicament atteint vos poumons. Votre médecin, votre infirmier(ère) et/ou votre pharmacien peuvent vous apprendre la technique correcte.

**Effets indésirables**

Les corticoïdes à inhaler peuvent provoquer des effets secondaires. En utilisant un inhalateur, le médicament peut pénétrer directement dans les poumons, le seul lieu où il est nécessaire. De cette manière, la dose dont vous avez besoin est inférieure à celle que vous devriez prendre sous forme de comprimé à avaler.

Un effet secondaire possible est une infection fongique (champignons) de la bouche ou de la gorge. L’enrouement et les maux de gorge peuvent être prévenus. Vous pouvez prévenir les effets indésirables dans bien des cas en vous rinçant la bouche après l’inhalation du corticoïde et en recrachant l’eau de rinçage. Ainsi il ne reste pas de médicament dans la bouche et la gorge.

**Consultez votre médecin ou votre pharmacien :**

• si vos symptôme s’aggravent

• si vous êtes plus rapidement essoufflé

• si vous avez l’impression que vos médicaments font moins d’effet

• si vous utilisez un médicament plus souvent que ce qui a été convenu avec le médecin

• si vous souffrez d’effets indésirables

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Le Test de Contrôle de l’Asthme** | | | | | |
| 1. Au cours **des 4 dernières semaines**, votre asthme vous a-t-il empêché(e) de faire vos activités au travail, à l’école / université ou chez vous ? | | | | | |
| 🔿 Tout le temps | 🔿 La plupart du temps | 🔿 Quelques fois | 🔿 Rarement | 🔿 Jamais | Score : ………….. |
| 1. Au cours des **4 dernières semaines**, avez-vous été essoufflé(e) ? | | | | | |
| 🔿 Plus d’1 fois pas | 🔿 1 fois par jour | 🔿 3 à 6 fois par semaines | 🔿 1 ou 2 fois par semaine | 🔿 Jamais | Score :  ……………………… |
| 1. Au cours des **4 dernières semaines**, les symptômes de l’asthme (sifflements dans la poitrine, toux, essoufflement, oppression ou douleur dans la poitrine) vous ont-ils réveillé(e) la nuit ou plus tôt que d’habitude le matin ? | | | | | |
| 🔿 4 nuits ou plus par semaine | 🔿 2 à 3 nuits par semaine | 🔿 1 nuit par semaine | 🔿 Juste 1 ou 2 fois | 🔿 Jamais | Score :  ……………………… |
| 1. Au cours des 4 dernières semaines, combien de fois avez-vous utlisé votre inhalateur / aérosol-doseur de secours? | | | | | |
| 🔿 3 fois par jour ou plus | 🔿 1 ou 2 fois par jour | 🔿 2 ou 3 fois par semaine | 🔿 1 fois par semaine ou moins | 🔿 Jamais | Score :  ……………………… |
| 1. Comment évalueriez-vous votre maîtrise de **l’asthme** au cours des **4 dernières semaines** ? | | | | | |
| 🔿 Pas maîtrisé du tout | 🔿 Très peu maîtrisé | 🔿 Un peu maîtrisé | 🔿 Bien maîtrisé | 🔿 Totalement maîtrisé | Score :  ……………………… |

Tableau 1: Test de Contrôle de l'Asthme ( [www.asthmacontroltest.com](http://www.asthmacontroltest.com))

Le pharmacien agit en fonction de ce résultat. Un score variant entre 1 et 5 est attribué à chaque question (le score de la première proposition de réponse est 1, de la deuxième, deux, et ainsi de suite). Le score des 5 questions est additionné en un score total pouvant varier entre 5 et 25. Au plus le score total est élevé, au mieux l’asthme est contrôlé. Le tableau en dessous présente les **interventions** que peut faire le pharmacien **en fonction du score total** obtenu.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Score ACT** | **Interprétation**  **score ACT** | **Intervention du pharmacien** |
| **A.** | <15 | Asthme non contrôlé | Renvoyer le patient chez le médecin, sauf s’il revient justement de chez le médecin (en raison de son asthme).  Si le patient revient juste de chez le médecin : aller au point B. |
| **B.** | 15-19 | Asthme partiellement contrôlé | 1. Contrôler si le patient maîtrise bien la technique d'inhalation + Vérifier si le patient est compliant par rapport à son traitement d'entretien et en souligner l'importance. |
| **C.** | 20-25 | Asthme bien contrôlé | Informer le patient que son asthme est bien contrôlé. Souligner l'importance de l'observance thérapeutique par rapport au traitement d’entretien et la nécessité de le poursuivre de la même manière. |
| Tableau 2 : Intervention du pharmacien d'après le score ACT[[3]](#footnote-3) | | | |

Le **Medication Adherence Report Scale** **(MARS)** s'agit d'un instrument de mesure validé pour l'observance thérapeutique qui comprend 5 questions à parcourir avec le patient. Le score total offre un aperçu de l'observance thérapeutique : plus le score est élevé, meilleure est l'observance thérapeutique. Si le score total du MARS est de 21 ou si le score atteint 4 à chaque question individuelle, le patient est considéré comme compliant.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Toujours  (score = 1) | Souvent  (score = 2) | Parfois  (score = 3) | Rarement  (score = 4) | Jamais  (score = 5) |
| J'oublie de prendre mon médicament | □ | □ | □ | □ | □ |
| Je modifie le dosage de mon médicament | □ | □ | □ | □ | □ |
| J'interromps un moment la prise de mon médicament | □ | □ | □ | □ | □ |
| Je décide de passer une prise | □ | □ | □ | □ | □ |
| Je prends moins que ce qui est prescrit | □ | □ | □ | □ | □ |
| Tableau 1 : Questionnaire MARS[[4]](#footnote-4) | | | | | |

Si le patient se révèle non compliant, cherchez en la cause, laquelle déterminera votre intervention.

ANNEXE VIII.10

**Annexe 10 : Dépliant patients - Mesures non-médicamenteuses**

‑47‑

**Prévenir l’Asthme?**

Les voies respiratoires de toute personne peuvent être irritées, par exemple par la fumée et la poussière. Les personnes atteintes d’asthme ont des voies respiratoires plus irritables ou hypersensibles. Divers stimuli peuvent irriter leurs voies respiratoires de sorte qu’elles commencent à tousser ou à étouffer.

De plus, les patients asthmatiques réagissent différemment à ces stimuli : certains patients ne réagissent pas à un certain stimulus et très fort à un autre. Divers facteurs comme le temps ou les saisons peuvent provoquer des réactions hypersensibles.

Ces stimuli peuvent être divisés en facteurs allergiques et non-allergiques.

**Facteurs allergiques**

Souvent, mais pas toujours, l’asthme est dû à une allergie. Notre système immunitaire réagit à des matières relativement inoffensives de notre environnement. Des stimuli allergiques importants ou des allergènes sont les acariens, le pollen de l’herbe et des arbres, des squames d’animaux domestiques et des traces de moisissures. Si vous y êtes sensibles, il est évidemment important d’éviter ces allergènes dans la mesure de possible.

Etes-vous allergiques aux **acariens** ? L’acarien apprécie un milieu chaud et humide et se nourrit de squames d’individus et d’animaux. Il séjourne volontiers dans les matelas, les coussins, le mobilier recouvert de tissus, les tapis et les murs moisis S’en débarrasser totalement dans la maison est souvent une tâche impossible, mais les conseils suivants peuvent vous aider à leur rendre la vie plus difficile.

* Ventiler l’habitation chaque jour et éliminer la poussière.
* Opter pour un recouvrement de sol lisse qui se nettoie facilement. Eviter les tapis, surtout dans les chambres à coucher. Enlever également de la chambre à coucher d’autres objets qui attirent la poussière (vêtements, peluches, livres et plantes).
* Nettoyer la chambre à coucher avec une serpillière et pas avec un aspirateur, sauf s’il est équipé d’un filtre spécial HEPA. Epousseter régulièrement avec un chiffon humide.
* Opter dans la mesure du possible pour des matelas, des draps, des couvertures et des rideaux synthétiques.
* Ne pas faire le lit, mais le laisser aérer. Laver la literie au moins une fois toutes les deux semaines, et ce pendant minimum une heure à 60°C.
* Placer les jouets tels les peluches tous les trois mois au moins pendant 24 heures au congélateur et ensuite les passer à l’aspirateur.
* Eviter les animaux domestiques.
* Vous pouvez aussi utiliser des housses anti-allergènes pour le matelas, les coussins et la couette mais sachez que cela n’a de sens que si cela fait partie d'un ensemble de mesures pour lutter contre les acariens.

ANNEXE VIII.10

**Annexe 10 : Dépliant patients - Mesures non-médicamenteuses**

En cas d’allergie aux **animaux domestiques**, la mesure la plus efficace est de se séparer de l’animal. Eloigner l’animal de la maison durant une courte période a souvent peu d’effet parce que la disparition des allergènes prend quelques mois. Qui ne souhaite pas se séparer de son animal domestique peut bien prendre les mesures suivantes :

* Donner un bain chaque semaine à l’animal domestique.
* Remplacer les tapis par un recouvrement de sol facilement lavable à l’eau.
* Nettoyer régulièrement et soigneusement les pièces où l’animal séjourne souvent.
* Tenir votre animal domestique à l’écart de la chambre à coucher.

Eviter **les pollens** n’est pas simple et n’est que partiellement possible. Les conseils suivants peuvent vous y aider:

* Faire tondre la pelouse par quelqu’un d’autre. Une pelouse tondue régulièrement produit moins de pollen.
* Eviter les activités extérieures durant la saison des pollens (printemps, été), surtout par temps sec et venteux. Regarder régulièrement la météo. Sur [www.airallergy.be](http://www.airallergy.be), vous trouvez un calendrier des pollens qui montre quand le taux des différents pollens est le plus élevé dans l’air.
* Ne pas laisser sécher le linge à l’extérieur durant la saison des pollens.
* Fermer les fenêtres, aussi pendant la nuit. Il est préférable d’aérer les chambres dans la matinée et pendant et après une averse ; il y a moins de pollen dans l’air.
* Fermer également les fenêtres de la voiture et raccorder éventuellement un filtre de pollen sur l’airco.
* Ne pas oublier que les animaux domestiques peuvent transporter du pollen.

En cas d’allergie aux **moisissures domestiques**, la lutte contre l’humidité dans la maison est la mesure la plus adéquate. Des moisissures se forment quand l’humidité ne peut pas s’échapper vers l’extérieur. Dans ce cas, penser également aux plantes intérieures : la terre humide forme un foyer pour les moisissures.

Savez-vous que vous devez également être prudent avec des **médicaments** ? Il est bien connu que l’acide acétylsalicylique (Aspirine®, Sedergine® et autres) peut provoquer une crise d’asthme. D’autres médicaments de cette classe (les dits anti-inflammatoires) peuvent également être dangereux. Si vous voulez prendre un nouveau médicament, même s’il semble inoffensif, il est conseillé de demander l’avis de votre pharmacien ou médecin.

ANNEXE VIII.10

**Annexe 10 : Dépliant patients - Mesures non-médicamenteuses**

**Facteurs non-allergiques**

Certaines personnes sont hypersensibles aux stimuli non-allergiques. Chez ces patients asthmatiques, des matières irritantes dans l’air, comme des particules de fumée (cigarettes), des corpuscules (smog) ou des odeurs irritantes (peinture, colle, produits d’entretien ou parfum) peuvent provoquer une crise d’asthme.

Les symptômes de l’asthme augmentent souvent si on fume dans la maison. Les fines particules de fumée peuvent rester flotter dans l’air jusqu’à huit heures après avoir **fumé** et donc irriter les voies respiratoires. Fumer à l’extérieur est la seule solution pour éviter des particules de fumée dans la maison.

Si vous fumez vous même, il est raisonnable d’arrêter le plus vite possible. Vous voulez arrêter de fumer, mais vous ne savez pas comment ? N’hésiter pas à demander l’avis de votre médecin ou pharmacien.

L’asthme peut s’aggraver lors d’une **infection des voies respiratoires**, même dans le cas d’un banal refroidissement. Il est préférable pour les patients atteints d’asthme sévère de se fairevacciner contre la grippe.

Beaucoup de personnes souffrent d’asthme à l’**effort**. Des symptômes typiques sont des quintes de toux, des essoufflements et des sifflements dans les premières minutes après l’effort. Les symptômes atteignent souvent leur point le plus haut après un petit quart d’heure et disparaissent souvent dans l’heure. Souvent, la solution est d’inhaler un bronchodilatateur juste avant l’effort. De toute façon, l’asthme n’est pas une raison pour ne pas faire de sport.

Lors des périodes de **pic de pollution** d’air et d’ozone, il est préférable de limiter les activités extérieures et d’éviter les sports intensifs.

ANNEXE VIII.11

**Annexe 11: Structure Entretien d’accompagnement de Bon Usage des Médicaments – patients asthmatiques qui prennent de façon chronique des corticoïdes inhalés et chez qui l’asthme n’est pas suffisamment sous contrôle.**

La prestation “Bon usage des médicaments” (BUM) comprend en principe deux entretiens réalisés par le pharmacien. Après le premier entretien, le pharmacien évalue la nécessité d’un deuxième entretien sur base des points d‘attention notés lors du premier entretien. La prestation peut être considérée comme complète quand cette évaluation a été exécutée et enregistrée (selon le principe ***plan-do-act-check***).

1. Entretien d’accompagnement “Bon usage des médicaments” (BUM)

1.1 prescrit par le médecin OU

1.2 à la demande du patient OU

1.3 proposé par le pharmacien.

2) En cas de 1.2 et 1.3: Contrôler les conditions (3)

* + 1. Patient sous traitement chronique avec des corticoïdes inhalés qui n’a pas bénéficié d’un BUM dans le courant des 12 derniers mois **et**
    2. Patient atteint d’asthme. L’asthme est très probable lorsque des symptômes de l’asthme se manifestent avant l’âge de 50 ans. Demander la confirmation au patient ou, en cas de doute, contacter le médecin\*, **et**
    3. Contrôle insuffisant de l’asthme:

Le mettre en évidence sur base des deux questions suivantes:

Combien de fois, dans le courant des 4 dernières semaines, vous êtes-vous réveillé la nuit ou plus tôt que d’habitude le matin à cause de vos plaintes d’asthme/d’**essoufflement**?

**Réponse:** si une ou plusieurs fois dans le mois précédent, l’asthme n’est pas sous contrôle.

Combien de fois, dans le courant des 4 dernières semaines, avez-vous utilisé votre inhalateur (puf) avec une **médication de la crise**?

**Réponse:** si plus de **deux** fois par semaine (à l’exclusion de l’usage prophylactique, p.ex. pour le sport), l’asthme n’est pas sous contrôle.

Si le patient répond “positif” à une des 2 questions, le contrôle de l’asthme est insuffisant. (cf. Directives GINA)

*\* Idéalement, il y a un échange électronique de données entre les médecins et les pharmaciens qui permet la confirmation du diagnostic et un meilleur suivi du patient avec comorbidité.*

1. Noter les données de contact du patient.
2. Expliquer l’objectif de l’entretien d’accompagnement
   * 1. Sécuriser le traitement
     2. Améliorer la performance du traitement
3. Recueillir l’accord écrit du patient.
4. Convenir d’un rendez-vous avec le patient

**ANNEXE VIII.11**

**Annexe 11: Structure Entretien d’accompagnement de Bon Usage des Médicaments – patients asthmatiques qui prennent de façon chronique des corticoïdes inhalés et chez qui l’asthme n’est pas suffisamment sous contrôle.**

1. L’entretien d’accompagnement
   1. Préparer l’entretien
      1. Consulter le Dossier Pharmaceutique (Partagé):
         1. L’historique de médication
         2. Consulter les autres informations relatives au patient
2. Préparer la documentation à remettre au patient
3. Disposer du médicament et si possible de l’appareil de démo.
   1. L’entretien d’accompagnement en soi
      1. Accueillir le patient dans un endroit adapté
      2. Enregistrer l’identité du patient ou du mandataire avec l’e-ID
      3. Recueillir les attentes vis-à-vis de l’entretien
      4. **Se renseigner auprès du patient**

Demander **l’état de santé** du patient et son **usage de médicaments sur base du test ACT** (ACT: Astma Controle Test). Noter le score ACT dans le dossier du patient. Ceci permettra dans le futur une comparaison des différents scores.

**Si le score ACT < 15\*: Informer le médecin traitant ou le pneumologue.** Le pharmacien conseille au patient de contacter son médecin traitant dans le courant de la semaine si le score-ACT a diminué fortement par rapport aux valeurs précédentes (c.-à-d. en cas d’aggravation des symptômes).

\*Sauf si:  1) le patient est allé récemment (< 1 mois) chez le médecin/pneumologue, ou 2) si, dans le dossier pharmaceutique du patient, un historique ACT est présent, dans lequel il apparaît que son score ACT est depuis longtemps déjà <15.

*NB: un score ACT isolé ne se suffit jamais à lui-même. C’est pourquoi, il est conseillé d’enregistrer tous les scores ACT d’un patient dans son dossier pharmaceutique. De la sorte, l’évolution du score ACT du patient peut être suivie. En effet, certains patients atteints d’asthme sévère, même avec une thérapie optimale, n’arriveront pas au-dessus de 15, ou resteront toujours entre 15 et 19. C’est pourquoi un score ACT doit toujours être comparé avec le meilleur score ACT du patient.*

Vérifier la connaissance du patient concernant son affection et ses médicaments .

**Vérifier la technique d’inhalation** et corriger si nécessaire. Donner des instructions d’inhalation.

**Vérifier l’observance** et insister sur l’importance de celle-ci. En cas de non observance, en découvrir la raison et aider le patient.

**Vérifier la survenue des effets secondaires et/ou corticophobie**.

* + 1. **Education du patient**

Corriger là où c’est nécessaire: but, action, effets secondaires, et utilisation des différents médicaments pour l’asthme. Porter une attention particulière en cas de non observance et d’usage trop fréquent des médicaments de crise.

**ANNEXE VIII.11**

**Annexe 11: Structure Entretien d’accompagnement de Bon Usage des Médicaments – patients asthmatiques qui prennent de façon chronique des corticoïdes inhalés et chez qui l’asthme n’est pas suffisamment sous contrôle.**

1. Conclusion de l’entretien
   * 1. Vérifier si le patient a tout compris
     2. Informer le patient que vous voulez le suivre, ainsi que son utilisation de médicaments, lors d’un prochain contact.
     3. Donner au patient un résumé de l’entretien (cfr. Annexe 4)
     4. Accord écrit unique du patient pour le Suivi des Soins Pharmaceutiques.
     5. Demander s’il y a d’autres questions
2. Rapport d’entretien
3. Noter
   * + 1. Le score ACT
       2. Les points d’attention pour un prochain entretien
       3. Avis donné pour consulter le médecin (pour ACT < 15)
4. Ajouter le rapport au dossier pharmaceutique (cfr. Annexe 3)
5. Enregistrer la prestation «  Bon Usage des Médicaments » (BUM-1)
6. En cas d’accord du patient, donner un feedback au médecin traitant concernant les constatations de l’entretien (p.ex. sur base des accords locaux ou toujours si le BUM a été prescrit par le médecin).
7. Evaluer, lors d’un prochain contact, sur base des points d’attention notés ou du score ACT noté, si un entretien de suivi est préconisé (p.ex. visite à la pharmacie, prochaine délivrance d’ un corticoïde inhalé ou via téléphone) (BUM-2). En cas de score ACT < 15, un entretien de suivi est toujours préconisé. Noter cette évaluation et le résultat dans le dossier pharmaceutique du patient.

Le but de l’entretien de suivi est de vérifier s’il y a une amélioration des problèmes constatés lors du premier entretien ou s’il subsiste encore des problèmes ou des points d’achoppement, et de vérifier comment le comportement et la connaissance du patient ont évolué. Cet entretien se déroule de préférence 4 à 6 semaines après le premier entretien. La structure de l’entretien de suivi est comparable à celle du premier entretien, mais est orientée sur des points problématiques ou d’attention qui sont apparus lors du premier entretien.

**ANNEXE IX**

**Description de la fonction « Pharmacien de référence »**

1. **Conditions de la fonction**

* Tout patient peut choisir librement un pharmacien de référence dans une pharmacie ouverte au public qu’il fréquente régulièrement pour son traitement chronique. Il peut en changer à tout moment ou mettre fin à la convention. Les patients chroniques qui ont un besoin spécifique d’accompagnement (cf. point 5.) sont invités mais non obligés à désigner leur pharmacien de référence.
* Tout pharmacien d’officine peut devenir pharmacien de référence à condition que la pharmacie soit connectée au dossier pharmaceutique partagé (DPP).
* Dans l’avenir, le pharmacien de référence devra être porteur du titre professionnel de pharmacien d’officine lorsque celui-ci sera officiellement reconnu.
* Le patient a signé une convention avec son pharmacien de référence qui exerce dans une pharmacie ouverte au public, laquelle inclut son consentement éclairé pour le partage de données relatives à la santé (eHealthConsent) et son consentement « suivi des soins pharmaceutiques » qui permettent au pharmacien de référence d’avoir accès à l’ensemble de son traitement via le DPP et de prester tous les actes et projets de suivi des soins pharmaceutiques le cas échéant.
* Le choix du patient est concrétisé par la signature d’une convention, entre lui et le pharmacien de son choix (titulaire de la pharmacie ou adjoint), qui reprend les objectifs de cette relation et le consentement « suivi des soins pharmaceutiques ». Le patient reçoit l’information nécessaire, via par exemple une brochure, qui décrit l’objectif de cette convention et de ses implications.
* Les patients pour lesquels c’est une personne de confiance ou un aidant proche qui vient à la pharmacie, peuvent également choisir leur pharmacien de référence. Moyen l’accord du patient, cette personne de confiance ou cet aidant proche du patient peut être impliqué dans la concertation entre le patient et le pharmacien. C’est le patient qui signe la convention. Le pharmacien de référence mentionne alors l’identité de la personne de confiance ou de l’aidant proche dans le dossier pharmaceutique du patient.

1. **Tâches du pharmacien de référence**

*Immédiates*

Le pharmacien de référence :

* consulte l’historique du patient à chaque délivrance ;
* enregistre systématiquement dans le dossier pharmaceutique **local et partagé** (DPP) du patient l’ensemble des médicaments délivrés en officine ouverte au public;
* enregistre systématiquement dans le dossier pharmaceutique **local** du patient les produits de santé dont le risque d’interaction avec une médication existante est réel (moyens de diagnostic, nutriments et denrées alimentaires,…), les dispositifs médicaux et les prestations pharmaceutiques, ainsi que le cas échéant les informations utiles au suivi pharmaceutique ;
* génère un **schéma de médication** complet, correct et actualisé (voir point 4.) lors de la signature de la convention et à chaque modification du traitement du patient (sortie d’hôpital, …) ou simplement lorsque le patient le lui (re)demande, le valide (il engage sa responsabilité sur le contenu du schéma de médication) sur base de l’intention thérapeutique du médecin, formulée au travers de la prescription, après les soins pharmaceutiques de base, en concertation avec le médecin si nécessaire, l’explique au patient et le lui remet ;
* suit le patient et l’accompagne dans le bon usage des médicaments ;
* tient à disposition des prestataires de soins qui ont un lien thérapeutique avec le patient le schéma de médication validé, éventuellement par l’intermédiaire du patient ;
* crée des liens avec les autres prestataires de soins du patient et les contacte en cas de nécessité.

*Futures*

D’autres tâches sont prévues mais ne peuvent pas encore être réalisées pour des raisons techniques ou règlementaires. Dès que ces dernières seront effectives, elles feront partie intégrante de la fonction de pharmacien de référence.

Le pharmacien de référence :

* enregistre systématiquement dans le dossier pharmaceutique **partagé** (DPP) du patient les **produits de santé** dont le risque d’interaction avec une médication existante est réel (moyens de diagnostic, nutriments et denrées alimentaires, …), les **dispositifs médicaux** ainsi que les **prestations pharmaceutiques** ;
* vérifie l’existence éventuelle d’un schéma de médication au niveau du coffre-fort concerné;
* partage via une **plateforme digitale sécurisée** (les coffres-forts) avec les autres prestataires de soins du patient le schéma de médication validé par ses soins ;
* suit le patient et l’accompagne dans le bon usage des médicaments et l’inclut si nécessaire dans un projet de **suivi des soins pharmaceutiques** (entretien BUM polymédication, observance, pathologies, …) ;
* s’inscrit dans les projets pilotes ‘soins intégrés’ qui se développent et sont implémentés dans son environnement.

Le pharmacien de référence est mentionné dans l’ensemble des dossiers (formulaire d’admission à l’hôpital, plateformes de soins palliatifs, dossier patient, …) et dans le système MyCareNet comme point de contact concernant la médication du patient.

Le médecin traitant et les autres prestataires de soins qui ont un lien thérapeutique avec le patient seront ainsi informés de l’identité du pharmacien de référence.

1. **Evaluation du processus**

Afin de suivre l’évolution de l’exercice de cette fonction, des indicateurs sont définis et mesurés trimestriellement :

Immédiats

* nombre de pharmacies dans lesquelles exerce au moins un pharmacien de référence ;

*Nombre de pharmacies dans lesquelles exercent au moins un pharmacien de référence par rapport au nombre total de pharmacies*

* nombre de patients par pharmacie ;

*Distribution du nombre de patients par pharmacie dans laquelle exerce au moins un pharmacien de référence*

* nombre de patients suivi par nombre total de patients ;

*Nombre total de patients qui ont un pharmacien de référence par rapport au nombre total de patients*

* une analyse des types de patients inclus dans le service, par rapport au groupe cible comme défini dans cet avenant, qui inclura la mesure et l’évaluation des groupes prioritaires.

Futurs (lorsque le développement technique le permettra)

* nombre total de schémas de médication émis ;

*Nombre total de schémas de médication enregistrés sur une plateforme digitale*

* nombre de lignes de médication par schéma ;

*Distribution du nombre de lignes de médication par schéma de médication*

* nombre de schémas de médication émis par patient ;

*Distribution du nombre de schémas émis au cours d’une année par patient*

A terme et dès que possible, la commission de conventions déterminera aussi des indicateurs de qualité, permettant de monitorer la qualité de la prestation « pharmacien de référence ».

Dans la première phase, les indicateurs et les objectifs réalistes sont développés en concertation commune. Ensuite, une mesure de référence est déterminée. Les indicateurs sont suivis régulièrement. Après une période d’un à deux an, les résultats sont analysés. Si les indicateurs ne sont pas réalisés, des projets d’amélioration seront établis en concertation.

1. **Schéma de médication**

Le schéma de médication est réalisé une première fois en prenant en compte de toutes les médications actuelles du patient, prescrites ou non. Il est validé par le pharmacien de référence après avoir presté les soins pharmaceutiques de base. Dans ce contexte et si nécessaire, il est fait appel au médecin prescripteur.

Il reprend :

* la date de rédaction ;
* le nom de la médication (en précisant la DCI si nécessaire) ;
* la date de début du traitement et, le cas échéant de fin du traitement, pour chaque médication
* la posologie détaillée : la dose par unité, nombre d’unités et moments de prise ainsi que la fréquence d’administration ;
* si nécessaire, les précautions à l’administration et les commentaires utiles à la compréhension du patient et à la bonne utilisation du médicament.

Le schéma de médication est mis à jour à chaque adaptation du traitement (modification de posologie, nouvelle médication (y compris en délivrance libre), changement ou suppression de médication).

Le schéma de médication reprend l’identité du patient, ainsi que l’identité complète de la pharmacie.

1. **Groupes cibles**

En principe, tout patient qui le nécessite peut choisir un pharmacien de référence qui assurera pour lui le suivi des soins pharmaceutiques selon la section F.7 de l’annexe à l’arrêté royal du 21 janvier 2009 portant instructions pour les pharmaciens.

Cependant, dans le cadre de l’assurance maladie, il est convenu que la prestation « pharmacien de référence » telle que définie dans cette annexe, n’est honorée que pour les pharmacies ouvertes au public et pour les patients ambulatoires - à l’exclusion des patients résidant en maisons de repos ou en maisons de repos et de soins - appartenant au groupe cible suivant :

Tout patient, dont le constat est fait **dans la même pharmacie** sur une période d’un an qu’au minimum 5 médicaments remboursés différents (au niveau ATC-5, ce qui veut dire niveau principe actif ou combinaison de principes actifs), dont au moins 1 médicament chronique (‘chronique’ = au moins 160 DDD délivrés les 12 derniers mois) lui ont été délivrés.

Dans ce groupe cible, les patients prioritaires pour cette fonction sont :

* les patients ayant le statut de « malade chronique » avec un DMG ;
* les patients inclus dans un pré-trajet diabète et bénéficiant d’une éducation donnée par le pharmacien ;
* les patients polymédiqués (minimum 5 médicaments chroniques sur une année). Un patient est considéré comme polymédiqué lorsqu’au minimum 5 médicaments lui ont été délivrés de manière chronique pendant l’année écoulée (sur base du niveau ATC-5, ce qui veut dire niveau principe actif ou combinaison de principes actifs). Les médicaments dont 160 DDD (defined daily doses) ou plus sont utilisées dans la même année civile sont inclus dans le calcul du nombre de médicaments pour la polymédication ;
* les patients qui nécessitent ou expriment un besoin spécifique de suivi des soins pharmaceutiques en fonction de pathologies ou d’états physiologiques particuliers, de (potentiels) risques iatrogènes, de non observance (suspectée) du traitement médicamenteux ou d’un besoin d’un accompagnement spécifique pour raison sociale.

1. La consommation d’au moins quatre flacons de B2CDA dans l’année correspond approximativement à la prise de quatre bouffées

   par jour de médicament, au moins un jour sur deux, soit deux à trois fois plus que le niveau retenu par les experts en France pour définir un contrôle insuffisant de la maladie. Par ailleurs, parmi les indicateurs retenus par le groupe Global Initiative for Asthma (GINA) intégré à l’OMS pour définir le contrôle insuffisant de la maladie, figure le recours aux bronchodilatateurs de brève durée d’action « plus de deux fois par semaine » (GINA 2008). En d’autres termes, le remboursement d’au moins quatre flacons dans l’année témoigne d’une consommation sensiblement plus élevée que celle attendue, tant par les experts français que par ceux du GINA pour identifier les patients dont la maladie est insuffisamment contrôlée. A contrario cependant, il est probable que certains de ces remboursements correspondent à des achats de médicaments non consommés et que le patient conserve, par précaution, dans plusieurs lieux (voiture, lieu de vacances, etc.). [↑](#footnote-ref-1)
2. www.cbip.be [↑](#footnote-ref-2)
3. Source : Protocole soins pharmaceutiques dans l'asthme, UGent. [↑](#footnote-ref-3)
4. Source : Protocole soins pharmaceutiques dans l'asthme, UGent. [↑](#footnote-ref-4)