**Dernière convention : Entrée en vigueur 01.01.2022 - MB :10.05.2022**

**Dernière mise à jour 01.01.2025**

*Remarque : Article 5 Honoraires B.1. AR - les AR du 24 octobre 2002 et du 12 octobre 2004 ont été abrogés et remplacés par l’AR du 23 novembre 2021 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des prestations pharmaceutiques visées à l’article 34, alinéa 1er, 5° a), 19°, 20° et 20bis de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.*

**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 25 juin 2021, sous la présidence de Monsieur Francis ARICKX, Conseiller général, délégué à cette fin par Monsieur Brieuc Van Damme, Fonctionnaire dirigeant du Service des soins de santé, 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;
* l’ASSOCIATION BELGE DES PHARMACIENS HOSPITALIERS

*PREAMBULE*

*Lorsqu'au cours de la présente convention, suite à des modifications externes des procédures de contrôle ou de tarification, une des parties se retrouve dans l'impossibilité de respecter les dispositions de l'article* ***7*** *§ 2, les parties s'engagent à se réunir dans le cadre de la Commission de conventions afin de trouver une solution raisonnable les satisfaisant.*

**Article 1er.**

Par « pharmacien(s) » on entendle(s) pharmacien(s) qui exerce(nt) dans une ou des officine(s) ouverte(s) au public et/ou le(s) pharmacien(s) hospitalier(s)**,** inscrit(s) en qualité de pharmacien auprès de l’INAMI.

**Dispositions générales**

**Article 2.**

La présente convention définit, conformément aux dispositions de l’article 42 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994:

* le montant des honoraires pour les préparations magistrales, pour la délivrance de produits et de spécialités pharmaceutiques et les modalités de leur paiement,
* les rapports financiers et administratifs entre les pharmaciens d'une part, et d'autre part, les bénéficiaires de l'assurance et les organismes assureurs.

**Article 3.**

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 4.**

Les organismes assureurs s'engagent:

1. à honorer leur intervention, calculée conformément aux lois, arrêtés et règlements visés à l'article 3, 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;
2. à subordonner leurs paiements à la présentation de tous les supports d'information réglementaires.

**Article 5. Honoraires**

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

La valeur de la lettre-clé P est indexée 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.

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

**A. pour les spécialités pharmaceutiques** : **A.R. du 16 mars 2010 visant l’instauration d’honoraires pour la délivrance d’une spécialité pharmaceutique remboursable *dans une officine ouverte au public***

Honoraire de base – (Art.3)

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) - 1,872843 (01/01/2019)
1,899123 (01/01/2020) - 1,918304 (01/01/2021) - 1,972128 (01/06/2022)
2,090843 (01/01/2023) - 2,217339 (01/01/2024) - **2,291398 (01/01/2025)**

Entretien d’accompagnement de bon usage de médicaments (BUM) - (Art. 5)

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) -1,899999 (01/01/2019)
1,937049 (01/01/2020) - 1,956613 (01/01/2021) - 2,011511 (01/06/2022)
2,132596 (01/01/2023) - 2,261618 (01/01/2024) - **2,337156 (01/01/2025)**

Pharmacien de référence - (Art. 6/1)

P = 1,726082 1,777692 (01/04/2012) - 1,801693 (01/04/2013) - 1,826737 (01/01/2014)
1,841899 (01/01/2017) - 1,841899 (01/01/2019) - 1,877816 (01/01/2020)
1,896782 (01/01/2021) – 1,950002 (01/06/2022) -2,067385 (01/01/2023)
2,192462 (01/01/2024) - **2,265690 (01/01/2025)**

Délivrance en maison de repos et de soins ou en maisons de repos pour personnes âgées (TPU tarification par unité) - (Art. 7/3)

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) – 1,899999 (01/01/2019)
1,937049 (01/01/2020) - 1,956613 (01/01/2021) – 2,011511 (01/06/2022)
2,132596 (01/01/2023) - 2,261618 (01/01/2024) - **2,337156 (01/01/2025)**

**B. pour les autres prestations pharmaceutiques**

**B.1. AR**

Préparations magistrales – 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.

P = 1,753302 1,801693 (01/01/2013) - 1,826737 (01/01/2014) - 1,841899 (01/01/2017)
1,872843 (01/01/2018) - 1,899999 (01/01/2019) - 1,937049 (01/01/2020)
1,956613 (01/01/2021) – 2,011511 (01/06/2022) - 2,132596 (01/01/2023)
2,261618 (01/01/2024) - **2,337156 (01/01/2025)**

Oxygène - AR 24/10/2002, concernant les moyens diagnostiques

P = 1,753302 1,801693 (01/01/2013) - 1,826737 (01/01/2014) - 1,841899 (01/01/2017)
1,872843 (01/01/2018) - 1,899999 (01/01/2019) - 1,937049 (01/01/2020)
1,956613 (01/01/2021) – 2,011511 (01/06/2022) - 2,132596 (01/01/2023)2,261618 (01/01/2024) - **2,337156 (01/01/2025)**

(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)

Denrées alimentaires destinées 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) - 1,926429 (01/01/2019) - 1,963994 (01/01/2020)
1,983830 (01/01/2021) - 2,039492 (01/06/2022) - 2,162261 (01/01/2023)
2,293078 (01/01/2024) - **2,369667 (01/01/2025)**

(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)

Trajet de soins « Diabète » - AR 24/10/2002, concernant les moyens diagnostiques

P = 1,777692 1,826756 (01/01/2013) - 1,852148 (01/01/2014) - 1,867521 (01/01/2017)
1,898895 (01/01/2018) - 1,926429 (01/01/2019) - 1,963994 (01/01/2020)
1,983830 (01/01/2021) – 2,039492 (01/06/2022) - 2,162261 (01/01/2023)
2,293078 (01/01/2024) - **2,369667 (01/01/2025)**

Trajet de soins « insuffisance rénale chronique » - AR 24/10/2002, concernant les moyens diagnostiques

P = 1,777692 1,826756 (01/01/2013) - 1,852148 (01/01/2014) - 1,867521 (01/01/2017)
1,898895 (01/01/2018) - 1,926429 (01/01/2019) - 1,963994 (01/01/2020)
1,983830 (01/01/2021) – 2,039492 (01/06/2022) - 2,162261 (01/01/2023)
2,293078 (01/01/2024) - **2,369667 (01/01/2025)**

**B.2. Convention entre les pharmaciens et les organismes assureurs**

Méthadone (délivrance fractionnée)(Art. 7)

P = 1,753302 1,801693 (01/01/2013) - 1,826737 (01/01/2014) - 1,841899 (01/01/2017)
1,872843 (01/01/2018) - 1,899999 (01/01/2019) - 1,937049 (01/01/2020)
1,956613 (01/01/2021) – 2,011511 (01/06/2022) - 2,132596 (01/01/2023)
2,261618 (01/01/2024) - **2,337156 (01/01/2025)**

Sevrage aux benzodiazépines (Art. 15bis)

P = 1,753302 1,801693 (01/01/2013) - 1,826737 (01/01/2014) - 1,841899 (01/01/2017)
1,872843 (01/01/2018) - 1,899999 (01/01/2019) - 1,937049 (01/01/2020)
1,956613 (01/01/2021) – 2,011511 (01/06/2022) - 2,132596 (01/01/2023)
2,261618 (01/01/2024) - **2,337156 (01/01/2025)**

BUM Revue de la médication (Art. 15ter)

P = 1,753302 1,801693 (01/01/2013) - 1,826737 (01/01/2014) - 1,841899 (01/01/2017)
1,872843 (01/01/2018) - 1,899999 (01/01/2019) - 1,937049 (01/01/2020)
1,956613 (01/01/2021) – 2,011511 (01/06/2022) - 2,132596 (01/01/2023)
2,261618 (01/01/2024) - **2,337156 (01/01/2025)**

**B.3. Arrêté royal du 26 octobre 2019 fixant les conditions et les modalités selon lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités paie des honoraires de garde et des honoraires de disponibilité aux pharmaciens titulaires d’une *pharmacie ouverte au public* qui participent à des services de garde organisés**

Garde

P = 1,753302 1,801693 (01/01/2013) - 1,826737 (01/01/2014) - 1,841899 (01/01/2017)
1,872843 (01/01/2018) - 1,899999 (01/01/2019) - 1,937049 (01/01/2020)
1,956613 (01/01/2021) – 2,011511 (01/06/2022) - 2,132596 (01/01/2023)
2,261618 (01/01/2024) - **2,337156 (01/01/2025)**

Disponibilité

P = 1,753302 1,801693 (01/01/2013) - 1,826737 (01/01/2014) - 1,841899 (01/01/2017)
1,872843 (01/01/2018) - 1,899999 (01/01/2019) - 1,937049 (01/01/2020)
1,956613 (01/01/2021) - 2,011511 (01/06/2022) - 2,132596 (01/01/2023)
2,261618 (01/01/2024) - **2,337156 (01/01/2025)**

**Article 6.** **Délivrance fractionnée de méthadone**

Les organismes-assureurs s'engagent, aux conditions définies dans cet article, à accorder une intervention forfaitaire aux pharmaciens 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 sera évaluée 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 7. Tarification – Facturation**

**§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. Le pharmacien donne mandat à l’office de tarification pour qu’il se charge de la tarification selon les règles approuvées par le Comité de l’Assurance ([Instructions relatives à la collecte des données des prestations pharmaceutiques - instructions aux offices de tarification : piste unique facture et statistique (OTFS)](https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/instructions_collecte_de_donnees.pdf).

Les factures relatives à ces délivrances établies par l'office de tarification conformément aux instructions aux offices de tarification (OTFS), 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 et conformément aux instructions aux offices de tarification (OTFS), 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.** L'office de tarification avise l'organisme assureur intéressé lorsque le paiement n'est pas effectué conformément aux dispositions du § 2 du présent article.

**§4.** 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.

**§5.** 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.

**§6.** Pour tous les médicaments délivrés par les officines hospitalières à des patients hospitalisés, la facturation, selon l'arrêté royal du 18 septembre 2015 portant exécution de l'article 53, §1er , de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, relatif au régime du tiers payant, suit les dispositions réglementaires.

**§ 7**. 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 aux offices de tarification OTFS (officines publiques) ou selon les instructions de facturation sur support magnétique ou électronique (officines hospitalières).

**Article 8. Avantages sociaux**

Les avantages sociaux en faveur des pharmaciens sont réglementés par l’arrêté royal du 5 mai 2020 instituant un régime d’avantages sociaux et d’autres avantages à certains dispensateurs de soins qui sont réputés avoir adhéré aux accords ou conventions qui les concernent.

**Article 9. Budget**

**§1.** L'objectif budgétaire est fixé chaque année selon les règles qui sont d'application. Les sous-objectifs budgétaires sont divisés par la Commission de conventions en objectifs budgétaires partiels.

**§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.

**Dispositions pour les pharmaciens qui exercent dans une officine ouverte au public**

**Article 10.**

En vue de garantir l'accès des bénéficiaires aux soins pharmaceutiques et en particulier au suivi des soins pharmaceutiques conformément aux dispositions de l'annexe 7.2, I, II et III de l'arrêté royal du 21 janvier 2009 portant instructions pour les pharmaciens, le bénéficiaire est toujours correctement informé deson accord relatif à son consentement éclairé, qui doit être consigné par écrit en cas de suivi des soins pharmaceutiques.

**Article 11. Régime du tiers payant**

**§1.** Si le pharmacien applique le régime du tiers payant, comme mentionné dans l’article 9, premier alinéa de l’arrêté royal du 18 septembre 2015 portant exécution de l’article 53, §1er de la loi relative à l’assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, relatif au régime du tiers-payant (Avis de la Commission du 24 novembre 2017, M.B. 15/01/2018)**,** ilmet les prescriptions exécutées à la disposition de son office de tarification, conformément à l’article **7**.

**§2.** Si le pharmacien n’applique pas le régime du tiers payant, il/elle remet au bénéficiaire les documents réglementaires permettant aux organismes assureurs de payer l'intervention de l'assurance.

**§3.** Suivant sa qualité, le pharmacien s'engage à respecter les bases de remboursements, les suppléments éventuels, les marges de délivrance, le montant des honoraires et les règles de remboursement, tels qu'ils sont publiés dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

**Article 12. Délivrance d’une prescription sous DCI**

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 II.

**Article 13. Entretiens d’accompagnement de bon usage des médicaments (asthme*)***

**§1.** Les organismes assureurs s'engagent, aux conditions définies dans cet article et aux Annexes III et IV, à accorder un honoraire aux pharmaciens 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 III et IV 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 14. Tarification par unité**

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 128 de l’arrêté royal du 1er février 2018 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 §2 de l’article125 de l’arrêté royal du 1er février 2018 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 des classes de médicaments (ATC) et des spécialités telle que publiée sur le site web de l’INAMI et mise à jour au sein au sein de la Commission de conventions)
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.

**Article 15. Pharmacien de référence**

**§1.** Le pharmacien de référence est le pharmacien 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 V.

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.** Les organismes-assureurs s'engagent, aux conditions définies dans cet article et dans l’Annexe V, à accorder aux pharmaciens 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 V, 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.

**§3.** L’honoraire visé au §2 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 », 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 V 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 conformément aux instructions de tarification aux offices de tarification (OTFS).

**§4.** La prestation “pharmacien de référence” peut être portée en compte aux organismes assureurs à partir de la première délivrance de l’année au patient d’un médicament remboursé, suivant les modalités prévues dans les instructions aux offices de tarification (OFTS).

**§5.** 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, sur base des critères décrits dans l’Annexe V, avec une attention particulière pour les groupes cibles auxquels cette fonction est spécifiquement destinée.

**§6.** 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).

**Article 15bis : Sevrage aux benzodiazépines**

**§1.** Les organismes assureurs s'engagent, aux conditions décrites dans cet article et à l’annexe VI.1, à accorder un honoraire au pharmacien d’officine publique pour les prestations suivantes :

* un entretien d’initiation
* un entretien de suivi
* la réalisation et la délivrance des préparations magistrales.

Le paiement de l’honoraire est effectué dans le cadre d’une exécution correcte et complète des tâches et responsabilités telles que décrites à l’annexe VI.1.

Les prestations sont destinées aux patients pour lesquels un programme de sevrage aux benzodiazépines ou aux Z-drug a été prescrit.

Le programme de sevrage prescrit est choisi par le médecin, en concertation avec le/la patient(e) parmi un des 3 programmes proposés dans le formulaire d’accord repris à l’annexe VI.2..

Avant de commencer le programme, le patient, le médecin et le pharmacien ont signé le formulaire d’accord.

Les patients qui entrent en ligne de compte pour un programme de sevrage sont les patients majeurs non-institutionalisés qui consomment depuis au moins 3 mois de manière chronique une seule benzodiazépine ou Z-drug, à un dosage au maximum 3 fois la dose usuelle mentionnée dans la table 1 du formulaire d’accord entre le médecin, le patient et le pharmacien.

Le patient/la patiente doit avoir donné son consentement éclairé pour le partage de données relatives à la santé (eHealthConsent) et « suivi des soins pharmaceutiques » au pharmacien titulaire de lapharmacie de son choix.

Il/elle suit tout le programme de sevrage dans la même pharmacie de son choix. Il/Elle n’utilise pas d’autre benzodiazépine ou Z-drug que celle prescrite dans le cadre du programme de sevrage, et il/elle n’a droit au remboursement que d’un seul programme.

**§2.** Un honoraire de P x 10,47 (hors TVA) est accordé au pharmacien pour un entretien d’initiation et un entretien de suivi.

Un honoraire de P x 7,08 (TVA incl.) est accordé au pharmacien pour la préparation et la délivrance d’une préparation magistrale par palier de diminution ou de stabilisation de dose.

**§3.** Le pharmacien porte en compte aux organismes assureurs l’honoraire de prestation prévu sur base de codes CNK spécifiques (voir annexe VI.1) pour :

* l’entretien d’initiation du programme :
	+ Le choix du CNK se fait sur base du schéma de programme de sevrage choisi par le médecin sur le formulaire d’accord.
	+ L’honoraire de cette prestation ne sera porté en compte qu’ une seule fois par programme.
* la préparation et la délivrance de chaque palier de diminution de dose (suivant la prescription du médecin) :
	+ selon le schéma du programme choisi par le médecin sur le formulaire d’accord ou la prescription.
	+ au maximum 5, 7 ou 10 paliers seront porté en compte,
* la préparation et délivrance d’un palier de stabilisation (suivant la prescription du médecin).

Au maximum 2 paliers de stabilisation peuvent être portés en compte durant toute la durée du programme choisie par le médecin traitant.

* l’entretien de suivi du programme (quand nécessaire et au plus tard lors de la délivrance du dernier palier).

L’ honoraire de cette prestation ne sera porté en compte qu’une seule fois par programme.

**§4.** L'ensemble des documents énumérés à l’annexe VI.1 décrivent comment les prestations du pharmacien doivent être effectuées pour le « Sevrage Benzo ».

**§5.** A l’initiative de l’APB et de l’OPHACO, un outil de monitoring de facturation des CNK portés en compte par les pharmaciens sera mis en place au plus tard le jour de la mise à disposition du programme aux médecins prescripteurs du programme.

L’APB et l’OPHACO effectuent un état des lieux du nombre de patients ayant initié un programme de sevrage, ceci pour chacun des 3 programmes qui peuvent être prescrits par le médecin (5 ; 7 et 10 paliers de diminution de dose).

Cet état des lieux sera communiqué sur une base hebdomadaire au Service Politique Pharmaceutique et à l’Actuariat.

Les organisations de pharmaciens et les organismes assureurs s’engagent à entamer l’évaluation du projet pilote dans les 6 mois qui suivent sa mise en œuvre.

Aucun nouvel accord ne pourra être conclu entre un patient, un pharmacien et un médecin après le 31/12/2024.

**Article 15ter : Revue de la médication**

**§1.** Conformément à l’article 15.§6 le pharmacien de référence s’engage, dans le cadre du suivi des soins pharmaceutiques, à proposer la revue de médication conformément aux conditions prévues à l’annexe VII.

**§2**. Les organismes assureurs s’engagent , aux conditions définies dans cet article et à l’annexe VII, à accorder un honoraire pour la réalisation d’un BUM « revue de médication » au pharmacien de référence de patients ambulatoires polymédiqués qui ont besoin d’un accompagnement ou d’un suivi personnalisé. Le patient est considéré comme polymédiqué dans ce cadre s’il utilise de manière chronique (>= 160 DDD au cours des 12 derniers mois) 5 médicaments remboursés ou plus. Le groupe cible est défini en détail dans l’annexe VII.

**§3.** Un honoraire de P x 42.20 € (hors TVA) est accordé au pharmacien pour chaque revue de la médication comprenant :

1. Initiation du service et invitation
2. Préparation de l’entretien
3. Communication vers le médecin
4. Anamnèse pharmacothérapeutique (entretien avec le patient)
5. Analyse pharmacothérapeutique et élaboration du plan d’action
6. Partage du plan d’action avec le médecin traitant
7. Discussion du plan d’action avec le patient
8. Satisfaction du patient
9. Modification du schéma de médication en fonction du plan d’action

L’honoraire est accordé pour la réalisation correcte et complète des missions, responsabilités et conditions décrites à l’annexe VII.

Le pharmacien de référence assure le suivi de la mise en œuvre correcte du plan d’action.

**§4.** Les patients qui font partie du groupe cible peuvent, chaque 2 années calendrier, bénéficier du remboursement d’une revue de la médication. Une revue de médication complémentaire peut à titre exceptionnel être réalisée si le médecin la prescrit (R/ Revue de la médication) suivant un besoin spécifique du patient.

Le pharmacien porte en compte aux organismes assureurs l’honoraire prévu lors de chaque Revue de la médication au moment du partage du plan d’action avec le médecin, suivant les modalités prévues dans les instructions aux offices de tarification (OTDFS).

**§5.** Une évaluation du projet Revue de la médication sera exécutée, dès 2023, au niveau macro, en 2 étapes :

1. En 2023, l’évaluation de l’uptake du projet sera planifiée;
2. En 2024, l’évaluation des indicateurs de processus et de résultats seront prévus.

L’évaluation permet d’objectiver le travail des pharmaciens. L’objectif de l’évaluation est de promouvoir la qualité et l’amélioration de l’implémentation.

**Article 15quater : Entretien d’accompagnement de bon usage des médicaments – BPCO**

**§1**. Les organismes assureurs s’engagent , aux conditions définies dans cet article et à l’Annexe VIII, à accorder un honoraire pour l’entretien d’accompagnement de bon usage des médicaments (BUM) - Bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO), aux pharmaciens. Le groupe-cible pour cet accompagnement est constitué de patients ambulants de 50 ans et plus qui reçoivent une médication pour le traitement de la BPCO et qui ont besoin d’un accompagnement personnalisé. Le pharmacien donne la priorité aux personnes mal observantes à leur traitement d'entretien, qui utilisent beaucoup le traitement de crise, aux fumeurs, aux personnes sévèrement essoufflées, ... ou à la demande du médecin traitant. Les critères d'inclusion complets sont décrits à l'Annexe VIII.

**§2.** Le pharmacien reçoit un honoraire spécifique par entretien d’accompagnement de P x 10,47 (hors TVA) quand il effectue l’entretien d’accompagnement et suit au minimum les étapes suivantes :

1. Initiation du service et invitation du patient
2. Préparation de l’entretien
3. Entretien d’information
	1. analyse des besoins et des connaissances du patient
	2. information adaptée du patient
4. Entretien de suivi
5. Information du médecin (conformément aux accords conclus et au consentement du patient)

L’honoraire est accordé pour la réalisation correcte et complète des missions, responsabilités et conditions décrites à l’annexe VIII.

**§3.** Le pharmacien porte en compte aux organismes assureurs l’honoraire prévu lors de chaque entretien avec le patient. Les patients appartenant au groupe cible sont éligibles à un maximum de 2 entretiens d’accompagnement BUM- BPCO remboursés par année civile (un entretien d’information et un entretien de suivi).

**§4**. L'ensemble des documents énumérés à l’annexe 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.

**§5.** Une évaluation du service «BUM BPCO» sera exécutée, dans les années 2025-2026. L’objectif de l’évaluation est multiple :

1. Promouvoir la qualité

2. Améliorer la mise en œuvre

Le patient doit avoir donné son consentement pour le « suivi des soins pharmaceutiques » au pharmacien-titulaire de la pharmacie de son choix. »

**Dispositions finales**

**Article 16.**

La présente convention remplace l’actuelle convention et sort ses effets au 1er janvier 2022 et vient à échéance au 31 décembre 2022. 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 Président de la Commission de conventions pharmaciens – organismes assureurs du Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité.

Cette dénonciation peut être faite:

1. Soit par six membres au moins 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 17. Adhésion d’office et refus d’adhésion**

**§1.** Conformément aux articles 49 et 51 de la loi relative à l’assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, le pharmacien titulaire, adjoint ou remplaçant, qui n’a pas notifié son refus d’adhérer à cette convention selon les modalités mentionnées au §2, est réputé d’office comme y ayant adhéré pour la durée de la convention.

Il complète le formulaire « Demande d’inscription en qualité de pharmacien auprès de l’INAMI » disponible sur le site de l’INAMI (<https://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/sante/pharmaciens/Pages/obtenir-numero-inami.aspx>)

et le renvoie selon les instructions.

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.

**§2.** Conformément aux articles 49 et 51 de la loi relative à l’assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, le pharmacien qui refuse d’adhérer à cette convention met l’INAMI au courant de son refus, dans les 30 jours qui suivent la date à laquelle la convention lui est communiquée par voie électronique ou par la poste, au moyen de l’application en ligne MyInami que l’INAMI met à la disposition ou en remplissant le formulaire « Demande d’inscription en qualité de pharmacien auprès de l’INAMI »

(<https://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/sante/pharmaciens/Pages/obtenir-numero-inami.aspx>) et en le renvoyant selon les instructions.

Le pharmacien titulaire non propriétaire, adjoint ou remplaçant doit avertir de son refus d’adhésion à la présente convention, la personne physique ou morale, propriétaire ou locataire de l’officine.

**Article 18.**

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 **I.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 ’online’ 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 **I.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. Cette consultation sera faite ’online’ 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 **II.** |
|  |  |  |  |
| 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 chersSi 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 | 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 chersSi 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 chersLe pharmacien documente la force majeure  | Base de remboursement diminuée de l’intervention personnelle | 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/antimycosiqueavec 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/antimycosiqueavec spécification(s) | Médicament qui répond à la/aux spécification(s) dans le groupe des médicaments les moins chersS’il n’existe pas, nom de marque | Base de remboursement diminuée de l’intervention personnelle | Flag non-substituable |
| Prescription sous nom de marque antibiotique/antimycosiqueavec allergie | Médicament qui ne provoque pas l’allergie dans le groupe des médicaments les moins chersS’il n’existe pas, nom de marque | Base de remboursement diminuée de l’intervention personnelle | Flag non-substituable |
| Prescription sous dénomination commune internationaleantibiotique/antimycosique | Un médicament du groupe des médicaments les moins chers | Base de remboursement diminuée de l’intervention personnelle | Flag DCI |
| Prescription sous nom de marque antibiotique/antimycosique | Substitution par le pharmacien par un médicament du groupe des médicaments les moins chersSi 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 chersLe 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 chersSi 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 chersLe pharmacien documente la force majeure | Base de remboursement diminuée de l’intervention personnelle**Honoraire de garde si délivré pendant la garde** | Flag DCI force majeure |
| Prescription sous nom de marqueantibiotique /antimycosiqueDélivrance urgente**Garde ou pas** | Substitution par le pharmacien par un médicament du groupe des médicaments les moins chersSi 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 chersLe 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 III.

**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 III.

**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 III.

**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 III.

**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 III.

**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 III.

**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 III.

**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 III.

**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 III.

**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 III.

**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 III.

**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 IV.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 IV.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 IV.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 IV.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 IV.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 IV.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 IV.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 IV.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

**Annexe 7: Dépliant patient – Information générale asthme et corticoïdes à inhaler**

**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

|  |
| --- |
| **Annexe 8: Le Test de Contrôle de l’Asthme (questionnaire ACT)** |
| **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) |

**Annexe 9: Le questionnaire MARS**

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 IV.10

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

 ‑13‑

**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 IV.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 IV.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 IV.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 IV.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 IV.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 V

**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.

ANNEXE VI.1

|  |
| --- |
| Détail des différentes prestations du pharmacien dans le cadre du programme de sevrage à l’utilisation chronique de BZRA (benzodiazépines ou produits apparentés (Z-drug) |

|  |
| --- |
| 1. Sensibilisation des utilisateurs chroniques de BZRA
 |
| * Action continue de toute l’équipe officinale tout au long de l’année
* Interpellation des utilisateurs chroniques de BZRA en les motivant à en parler à leur médecin
* Soutien éventuel par le eForm “BENZO AWARENESS”
* Remise éventuelle d’un dépliant informatif (à développer)
* Pas d’enregistrement obligatoire de cette prestation
* Pas de facturation/rémunération
 |

|  |
| --- |
| 1. Initiation d’un programme
 |
| Déclenchement : lorsqu’un patient se présente en officine avec le document complété “Accord entre le patient, le médecin et le pharmacien pour le démarrage d’un programme de sevrage pour un usage chronique aux benzodiazépines ou produits apparentés (Z-drug)”. |
| Prestation pharmacien:1. Vérifier si le formulaire est dûment rempli. Compléter les infos manquantes en concertation avec le patient et si nécessaire avec le médecin (contact tél.).
2. Vérifier le statut du consentement éclairé eHealth. S’il n’est pas encore donné, aider le patient à régulariser la situation.
3. Vérifier au moyen du DPP qu’aucune autre pharmacie n’a déjà enregistré un des 3 CNK “Initiation au programme de sevrage”
4. Vérifier les critères d’inclusion (chronicité d’une seule molécule BZRA exprimée en # DDD les trois derniers mois)
5. Encoder l’information de la convention dans le eForm “BENZO CONTRACT”\*
6. Clôturer le eForm : dès cet instant, le contrat thérapeutique entre les 3 parties est scellé\*
7. Mettre ce contrat à disposition du patient et du médecin (version électronique ou papier)
8. Sélectionner, parmi toutes les spécialités disponibles, le conditionnement le plus adéquat qui se rapproche autant que possible de la quantité de principe actif nécessaire (selon le schéma choisi, la durée de chaque palier et le coût à charge du patient)
9. Tenir un entretien d’initiation au programme de sevrage avec le patient, en respectant l’aspect privé de la conversation
	1. Féliciter pour l’initiative, encourager et rappeler les risques d’une utilisation prolongée d’une part et les effets positifs du sevrage d’autre part
	2. Expliquer l'objectif du programme et le principe d’une réduction de dose graduelle du médicament
	3. Expliquer comment pratiquement les choses vont se dérouler :
		1. Première dose exactement identique à celle des comprimés pris jusqu’à présent mais désormais sous forme de gélules
		2. Un conditionnement devra au départ être payé et peut-être un autre ultérieurement pour la poursuite du programme. Le coût total par mois ne sera jamais supérieur à la situation antérieure; au contraire !
		3. Prise des gélules, exactement comme les comprimés auparavant
		4. Ne jamais partager les gélules avec d’autres personnes
		5. Chaque préparation contiendra progressivement un petit peu moins de médicament
		6. Si, au cours du programme de sevrage, certains inconvénients apparaissent (p.ex. si l’effet semble insuffisant), en parler sans tarder au pharmacien et au médecin
		7. Ne jamais prendre à nouveau, de sa propre initiative, les comprimés utilisés auparavant
	4. Expliquer quels peuvent être les inconvénients possibles lors d’un sevrage progressif et comment y faire face
	5. Prodiguer des conseils d’hygiène de vie et astuces pour un sommeil de qualité
10. Imprimer et remettre un dépliant informatif relatif au sevrage de la médication du sommeil
 |
| Enregistrement & facturation |
| **CNK** | **Libellé FR** | **Honoraire (hors TVA)** |
| **5521950** | **Benzo Sevrage Honoraire entretien d’initiation programme 5 paliers** | **P x 10,47** |
| **5521968** | **Benzo Sevrage Honoraire entretien d’initiation programme 7 paliers** | **P x 10,47** |
| **5521976** | **Benzo Sevrage Honoraire entretien d’initiation programme 10 paliers** | **P x 10,47** |
| Remarques :* 3 CNK distincts pour les 3 schémas possibles. La rémunération (honoraire forfaitaire) est identique pour les 3 prestations
* la préparation du premier palier n’est pas comprise dans cette prestation / enregistrement / facturation
 |

|  |
| --- |
| 1. Déroulement du programme
 |
| Déclenchement : lorsqu’un patient se présente en officine avec une prescription pour une préparation magistrale dans le cadre d’un programme de sevrage BZRA initié et remboursé. |
| Prestation pharmacien:1. Appliquer les principes des soins pharmaceutiques de base (AR 2009), qui impliquent une succession de démarches reprenant les éléments suivants :
	1. Accueil et contrôle administratif
	2. Validation de la demande
	3. Dispensation – Information et conseil
	4. Enregistrement
	5. Accompagnement de la médication
2. Dans le cadre d’un programme de sevrage, les actions suivantes viennent s’ajouter:
	1. Rechercher l’existence d’un contrat thérapeutique valide en cours dans la pharmacie avec ce médecin prescripteur
	2. Vérifier au moyen du DPP l’exclusion de l’utilisation de tout autre BZRA
	3. Vérifier la persistance du programme (proportion des journées couvertes par le palier précédent) (*sans objet* pour le premier palier à 100%)
	4. Se renseigner auprès du patient sur l’efficacité de la préparation précédente reçue (*sans objet* pour le premier palier à 100%) – si nécessaire, renvoyer le patient au médecin pour la prescription d’un palier de stabilisation
	5. Se renseigner auprès du patient sur les éventuels effets secondaires/phénomènes de désaccoutumance qu’il ressent (*sans objet* pour le premier palier à 100%)– si nécessaire, renvoyer le patient au médecin pour la prescription d’un palier de stabilisation
	6. Réaliser la préparation (10, 20 ou 30 gélules) à partir de la spécialité préalablement sélectionnée
		* Calculer le nombre de comprimés nécessaires
		* Réduire les comprimés en poudre + éventuellement tamiser
		* Adjoindre les excipients
		* Répartir et remplir uniformément les gélules
		* Emballer et étiqueter
		* Compléter les fiches de pesée
	7. Remplir le eForm\* avec les données de la préparation du palier considéré
	8. Délivrance de la préparation au patient, au plus tôt 3 jours ouvrables avant la date de fin du palier de dose précédent.
	9. Au cas où un conditionnement est entamé : porter celui-ci en compte et expliquer pourquoi
	10. Conservation du solde de la spécialité utilisée, au nom du patient dans la pharmacie
 |
| Enregistrement & facturation |
| **CNK** | **Libellé FR** | **Honoraire (TVA incl.)** |
| **5521984** | **Benzo Sevrage Honoraire préparation 10 gélules** | **P X 7,08** |
| **5521992** | **Benzo Sevrage Honoraire préparation 20 gélules** | **P X 7,08** |
| **5522008** | **Benzo Sevrage Honoraire préparation 30 gélules** | **P X 7,08** |
| **5522016** | **Benzo Sevrage Honoraire préparation palier de stabilisation** | **P X 7,08** |
| Remarques :* 3 CNK distincts pour les 3 possibilités en nombre de gélules (qui correspondent à la durée de traitement).
* 1 CNK spécifique s’il s’agit d’un palier de stabilisation (i.e. le dosage des gélules préparées est identique à la préparation précédente pour ce patient).
* La rémunération est identique pour les 4 prestations et comprend la préparation et la délivrance.
 |

|  |
| --- |
| 1. Deuxième entretien d’accompagnement
 |
| Déclenchement : Lorsque, au cours du programme de sevrage, le patient indique qu'il a besoin d’un accompagnement supplémentaire, ou lorsque le programme de sevrage arrive à son terme. |
| Prestation pharmacien:1. Tenir un entretien d'accompagnement motivationnel en rappelant les éléments les plus importants de l'entretien d'initiation (cfr. supra), adapté aux besoins du patient en sevrage
2. Dans cette prestation se trouve également la "clôture" d'un programme de sevrage (réussi ou non), parce que pour la clôture il n'y aura jamais de prescription
	1. Féliciter le patient en cas de clôture réussie et le motiver à tenir bon dans le temps
	2. En cas d'arrêt prématuré : en rechercher les causes
	3. Compléter le eForm\* (succès complet, partiel, mettre fin aux causes, etc.)
 |
| Enregistrement & facturation |
| **CNK** | **Libellé F** | **Honoraire (hors TVA)** |
| **5522024** | **Benzo Sevrage Honoraire deuxième entretien d’accompagnement** | **P x 10,47** |
| Remarques :* Ce CNK ne peut être enregistré/facturé qu’une seule fois par programme de sevrage
* Il n'y a pas de préparation ni délivrance incluse dans cette performance.
 |

\*Les eForms seront mis à disposition des pharmaciens au plus tard le 01/06/2023.

ANNEXE VI.2

Accord entre le patient, le médecin et le pharmacien pour le démarrage d’un programme de sevrage pour un usage chronique aux benzodiazépines ou produits apparentés (Z-drug)

[À remettre par le patient à la pharmacie]

**Cet accord a pour buts :**

* D’informer le patient sur un programme de sevrage qui a comme objectif d’arrêter l’utilisation chronique d‘une benzodiazépine ou d’un produit apparenté (Z-drug) ; qui est utilisé pour induire le sommeil via une prise par jour.
* De fixer des accords entre le patient et les prestataires de soins énumérés ci-dessous.
* D’indiquer clairement au patient que le non-respect de l’accord entrainera l’arrêt du remboursement du programme.

**Cet accord est conclu entre :**

**Le patient**

Prénom et nom de famille : ……………………………………………………………

Numéro NISS : ………………………………………………………………………………..

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

Adresse E-Mail : ……………………………………………………………………………..

Tél. : ……………………………………………………………………………………………….

**Le médecin traitant**

Prénom et nom de famille : ……………………………………………………………

Numéro INAMI : ………………………………………………………………...............

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

Adresse E-mail : ……………………………………………………………………………..

Tel. : ……………………………………………………………………………………………….

**Le pharmacien**

Prénom et nom de famille : ……………………………………………………………

Numéro INAMI : …………………………………………………………………………….

Adresse de la pharmacie : ………………………………………………………………

Adresse E-mail : ……………………………………………………………………………..

Tel. : ……………………………………………………………………………………………….

**Le médecin traitant :**

* Il/elle déclare avoir eu le …………… (*date*) un entretien avec le patient concernant son utilisation prolongée ( d’au minimum 3 mois) depuis environ ……. mois ou..…… années de …………………… (*nom de la spécialité ou du principe actif*) à un dosage journalier de …………… mg, qui ne dépasse pas 3 fois la dose journalière usuelle reprise dans le tableau en annexe de ce formulaire.
* Il/elle (*cocher une des 2 possibilités*)
	+ Ne souhaite pas
	+ Souhaite

faire basculer le patient de cette molécule vers le diazepam pour le programme de sevrage et il/elle utilise le facteur de conversion (repris dans la table en annexe du formulaire) pour calculer la dose de diazepam qui correspond au dosage journalier de la (des) molécule(s) consommée(s) par le patient.

Soit ….. mg de diazepam (avec un dose maximale journalière de 30 mg).
Il/elle a informé le patient du risque de somnolence diurne.

* Il/elle a parlé des effets négatifs d’une utilisation prolongée et des effets positifs d’un arrêt de prise ;
* Il/elle a informé son patient et discuté avec lui des mesures d’hygiène de vie et des alternatives non -médicamenteuses qui sont moins nocives et plus efficaces à long terme ;
* Sur base d’un entretien motivationnel et d’un dialogue constructif, il a été convenu avec le patient qu’une réduction graduelle de la dose journalière consommée est une option pour l’arrêt progressif de cette consommation, endéans maximum 360 jours;
* La diminution progressive de la dose se fait via une préparation magistrale en officine sur base d’une prescription de médicaments;

En concertation avec le/la patient(e), le programme de sevrage suivant a été choisi (*cocher 1 des 3 schémas*):

* + 5 paliers : 100% - 80% - 60% - 40% - 20% -
	+ 7 paliers : 100% - 80% - 60% - 40% - 30% -20% - 10%
	+ 10 paliers : 100% - 90% - 80% - 70% - 60% - 50% - 40% - 30% - 20% - 10%

et chaque palier prendra (*cocher 1 des 3 possibilités*)

* + 10 jours
	+ 20 jours
	+ 30 jours

Le patient a droit à maximum 2 périodes de stabilisation de 30 jours.

Le/la patient(e) peut demander au médecin et/ou au pharmacien de modifier la durée d’un palier durant toute la durée du programme. Le pharmacien et le médecin se tiendront informé mutuellement.

* Il/elle fait une **prescription de médicaments pour chaque palier** du programme de sevrage  (de diminution ou de stabilisation de dose).
	+ avec au maximum 2 prescriptions par consultation pour 2 paliers consécutifs de diminution de la dose.
	+ avec au maximum 1 prescription par consultation pour un palier de stabilisation de dose, qui sera ensuite suivie d’une consultation pour la prescription d’au minimum 1 palier de diminution de dose.
* Il/elle accompagne et suit le patient tout au long de son programme.

**Le pharmacien :**

* Il/elle a calculé que la consommation moyenne journalière au cours des 3 derniers mois de la molécule . est de …. mg;
* Il/elle confirme que le patient a bien donné son consentement éclairé eHealth ;
* Il/elle fait la préparation magistrale des gélules contenant le médicament ………………. (*nom de la spécialité ou du principe actif),* en commençant pour une première période avec le dosage habituel (100%), càd …………. mg/gélule ;
* Il/elle vérifie dans le dossier pharmaceutique partagé, avant chaque délivrance de la préparation magistrale, que le patient n’a pas eu une délivrance d‘une benzodiazépine ou d’un produit apparenté (Z-drug) autre que celle/celui prescrit(e) pour le programme de sevrage par le médecin traitant, initiateur du programme de sevrage,
* Il/elle délivre la préparation magistrale du palier de diminution de dose ou de stabilisation au plu tôt 3 jours ouvrables avant la date de fin du palier de dose précédent,

Il pourra être dérogé à cette condition si le patient ou le pharmacien doit s’absenter durant une période de temps qui ne permettra pas au pharmacien de pouvoir respecter la condition de délivrance de la préparation magistrale mentionnée ci-dessus.

* Il/elle accompagne et motive le patient tout au long du programme.

**Le patient/La patiente :**

* Il/elle retirera toujours ses préparations dans la même pharmacie, à savoir chez le pharmacien qui a cosigné le présent accord ;
* Il/elle consultera régulièrement son médecin traitant afin de suivre l'évolution du programme et d'obtenir la/les prescription(s) nécessaire(s) pour la poursuite du programme ;
* Il/elle sait qu’il/elle peut avoir, si nécessaire, 2 paliers de stabilisation (période au cours de laquelle il reçoit une dose par gélule identique à celle du palier précédent) tout au long du programme.

Au maximum un palier de stabilisation de dose sera prescrit par consultation par le médecin initiateur du programme et ce pour une durée maximale de 30 jours.

Après la délivrance d’un palier de stabilisation de dose, le/la patient(e) devra obligatoirement se rendre à nouveau chez son médecin traitant pour recevoir une nouvelle prescription pour continuer le programme avec un nouveau palier de diminution de dose.

* Il/elle sait que le coût de de la spécialité ou du principe actif prescrit pour ce programme de sevrage est à sa charge.
* Tout au long du programme de sevrage, il/elle ne prendra le médicament en question que sous la forme de la préparation magistrale ; et il/elle s’engage à ne pas consommer ni se faire prescrire une benzodiazépine ou une molécule apparentée (Z-drug) autre que celle utilisée pour le programme de sevrage.
* Tout au long du programme de sevrage, il/elle informera tout médecin consulté de ce programme, afin d'éviter l’initiation de traitement avec un médicament similaire ;
* En vue d'un traitement et suivi adéquat, il/elle est d’accord que ses données de santé soient partagées entre les prestataires de soins avec lesquels il entretient une relation thérapeutique. Par conséquent, le médecin traitant et le pharmacien traitent, échangent et partagent les données de santé du patient ;
* Le patient se rend compte et accepte que, s'il ne respecte pas ou révoque l'un de ces accords, le remboursement du programme sera terminé ;
* Le pharmacien informera également le médecin si les informations du dossier pharmaceutique partagé du patient montrent que d'autres pharmaciens ont délivré une/des benzodiazépine(s) ou une/des molécule(s) apparentée(s) (Z-drug). Le pharmacien sera alors tenu d’arrêter le remboursement du programme.

Cet accord est rédigé en autant d'exemplaires qu'il y a de parties et chaque partie reconnaît en avoir reçu un.

|  |  |
| --- | --- |
| **MEDECIN**  | **PATIENT** |
| Cachet Dr | Nom |
| Signature Dr | Signature |
| Date | Date |

|  |
| --- |
| **PHARMACIEN** |
| Cachet Pharmacie |
| Signature |
| Date |

**Annexe** : table des molécules autorisées pour la prescription d'un programme de sevrage remboursé, avec une dose journalière maximale durant les 3 derniers mois et le facteur de conversion pour le diazépam.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nom** | **Durée d’action** | **Dose maximale journalière (mg)** | **Facteur de conversion vers le diazepam** |
| alprazolam  | ML | 3 | × 10 |
| bromazépam  | ML | 30 | × 1 |
| brotizolam  | UC | 0,75 | × 40 |
| clobazam  | L | 60 | × 0,5 |
| clorazépate  | L | 60 | × 0,75 |
| clotiazépam  | ML | 30 | × 2 |
| diazépam  | L | 30 | × 1 |
| ethylloflazépate  | L | 6 | × 5 |
| flunitrazépam  | C | 3 | × 10 |
| loprazolam  | C | 3 | × 10 |
| lorazépam  | ML | 7,5 | × 5 |
| lormetazépam  | C | 3 | × 10 |
| nitrazépam  | L | 15 | × 1 |
| nordazépam  | L | 45 | × 1 |
| oxazépam  | C | 150 | × 0,3 |
| prazépam  | L | 90 | × 0,5 |
| triazolam  | UC | 0,75 | × 80 |
| zolpidem  | C | 30 | × 1 |
| zopiclone  | C | 22,5 | × 1,33 |

Source : CBIP

UC = durée d’action ultracourte (T1/2 < 5h) ; C = courte durée d’action (T1/2 : 5 à 10h) ;

ML = durée d’action mi-longue ou intermédiaire (T1/2 : 10 à 20h) ; L = longue durée d’action (T1/2 > 20h).

Remarques pour la conversion des benzodiazépines et/ou produits apparentés vers le diazépam

* Après conversion, la dose quotidienne maximale prescrite de diazépam est de 30 mg.
* Les facteurs de conversion ne sont pas les mêmes pour tous les patients :

pour réaliser la conversion, il faut également tenir compte de la demi-vie du diazépam qui peut varier selon les caractéristiques du patient telles que l'âge et le métabolisme. Il existe également un risque de somnolence diurne.

* La conversion au diazépam peut être une option pour un patient qui :
* Utilise plusieurs benzodiazépines et/ou produits apparentés et qui souhaite intégrer le programme de sevrage.

Pour la détermination de la dose journalière de diazépam, la somme des équivalents individuels de diazépam pour chaque benzodiazépines et/ou produits apparentés doit être effectuée.

Les patients seront éligibles à un programme de sevrage remboursé 3 mois après la conversion.

* Fragmente la consommation d’une benzodiazépine en plusieurs prises par jour.

Passer à une molécule à longue durée d'action comme le diazépam avec une seule prise par jour peut alors être une solution (le programme de sevrage remboursé ne se faisant qu’avec la prise d’au maximum une gélule par jour).

ANNEXE VII.1

Description du projet

BUM Revue de la médication

|  |  |
| --- | --- |
| ***Description*** | Le BUM revue de la médication est une concrétisation du Suivi des Soins Pharmaceutiques (AR 2009 – Annexe 1 Guide des Bonnes Pratiques Pharmaceutiques Officinales) par le pharmacien de référence, est centré sur le patient et s'inscrit dans le cadre de la collaboration multidisciplinaire. Il vise à optimiser les traitements médicamenteux ainsi que la concertation multidisciplinaire.Le BUM revue de la médication est une analyse structurée du traitement médicamenteux qui a pour but d'optimiser l'utilisation des médicaments, de réduire les problèmes liés aux médicaments (PLM) et d'améliorer les objectifs de santé. Ceci comprend tant la détection des PLM, que la proposition et la mise en œuvre d'interventions.Le BUM revue de la médication est effectué en concertation avec le patient et/ou son mandataire. L’objectif est d'évoluer vers une revue de la médication lors de laquelle les données cliniques peuvent également être prises en compte lors de l'analyse et avec une concertation spécifique (au niveau du patient) entre le médecin traitant et le pharmacien de référence. |
| ***Collaboration avec le médecin*** | La polymédication est un problème complexe impliquant à la fois médecin et pharmacien, chacun avec ses propres compétences. C'est une problématique qui exige une approche multidisciplinaire. Dans l'intérêt du patient, une collaboration entre médecin et pharmacien est nécessaire.Pour assurer cette collaboration, le pharmacien et le médecin s'entendent sur les modalités de collaboration et de communication avant de proposer une revue de la médication. Le BUM revue de la médication implique un échange d’informations avec le médecin traitant . Le pharmacien doit informer le médecin traitant du patient lors de l’initiation du service et l’informer du résultat de la revue de la médication (qui peut consister en un plan d’action).Lors de la réalisation de la revue de médication, le pharmacien et le médecin se concertent conformément aux accords conclus.La concertation peut prendre place lors des différentes étapes de la revue de la médication :* Initiation du service
* Elaboration du plan d’action
* Partage du plan d’action
* Mise en œuvre du plan d’action

Le pharmacien de référence assure le suivi de la mise en œuvre du plan d’action.Le médecin peut également prendre contact avec le pharmacien s’il l’estime nécessaire. |
| ***Critères******d’inclusion*** | Le **groupe cible** est constitué de patients vivants à domicile polymédiqués (≥ 5 médicaments chroniques\* remboursés différents) qui ont besoin d’un accompagnement ou d’un suivi personnalisé. L’attention est mise sur :* les patients qui présentent une plus grande fragilité\*\* ou
* les patients qui prennent un médicament à risque tel que anticoagulant, antiagrégant, insuline ou antidiabétique à risque d'hypoglycémie, association d’antihypertenseurs, AINS, corticostéroïde oral ou médicament à marge thérapeutique étroite (ex. méthotrexate) (Source : PCNE, Working symposium 2019 – How to find the right patients for specific pharmacy services?).

\* chronique = au moins 160 Defined Daily Dose délivrées au cours des 12 derniers moisLe service est réservé aux patients ayant choisi un pharmacien de référence.\*\* *Il n'y a pas d’outil de référence pour la détection de la fragilité. La fragilité peut être comprise comme désignant des personnes âgées présentant des troubles physiques, cognitifs, psychologiques ou sociaux ou des personnes ayant un faible niveau de littératie en santé ou d'alphabétisation (Source : KNMP).* |
| ***Protocole*** | La revue de la médication comporte au minimum les étapes suivantes :1. Initiation du service et invitation
2. Préparation de l’entretien
3. Anamnèse pharmacothérapeutique (entretien avec le patient)
4. Analyse pharmacothérapeutique et élaboration du plan d’action
5. Partage du plan d’action avec le médecin traitant
6. Discussion du plan d’action avec le patient
7. Satisfaction du patient
8. Modification du schéma de médication en fonction du plan d’action
 |
| ***Initiation*** | Ce service est initié :* soit par le pharmacien de référence,
* soit sur prescription du médecin,
* soit à la demande du patient,
* soit en concertation entre le médecin et le pharmacien pour leurs patients communs.

Les patients qui appartiennent au groupe cible peuvent bénéficier d’une revue de la médication remboursée toutes les 2 années-calendrier. Une revue de la médication supplémentaire peut exceptionnellement être effectuée si le médecin la prescrit (R/ BUM Revue de la médication) en raison d’un besoin spécifique du patient. |
| ***Elaboration du plan d’action*** | Le pharmacien réalise une analyse pharmacothérapeutique des informations issues de la préparation de l’entretien et de l’anamnèse pharmacothérapeutique. Il liste les problèmes liés aux médicaments et établit un plan d’action.Des outils spécifiques validés comme l’outil GheOP3S sont utilisés pour détecter les PLM potentiels.Conformément aux accords conclus, le pharmacien et le médecin se concertent pour la préparation de l’entretien et/ou l’analyse pharmacothérapeutique et/ou l’élaboration du plan d’action.Le plan d’action est destiné à servir d’outil de communication et reprend au moins les informations suivantes :* Données du patient et de la pharmacie
* Identité du pharmacien qui a réalisé la revue de la médication
* Date de l’anamnèse pharmacothérapeutique
* Schéma de médication initial
* PLM constatés
* Interventions proposées

Les interventions proposées sont :* soit des interventions pharmaceutiques c’est-à-dire qui peuvent être mises en œuvre par le pharmacien lui-même. Par ex. initier ou arrêter un MNSP (Médicaments Non Soumis à Prescription), adapter la dose d’un MNSP, aide à l’observance, éducation du patient.
* soit des propositions d’action qui seront soumises au médecin (et/ou à d’autres prestataires de soins, par ex. infirmier à domicile, podologue, …).
 |
| ***Partage et mise en œuvre du plan d’action*** | Le plan d’action du BUM revue de la médication est partagé avec le médecin traitant et le patient. Si plusieurs prescripteurs sont concernés, ceux-ci peuvent aussi être informés.Conformément aux accords conclus, le pharmacien et le médecin se concertent au sujet des propositions d’action dans l’intérêt de la santé et/ou de la qualité de vie du patient.Le pharmacien discute du plan d’action avec le patient. Il propose la mise en œuvre des interventions pharmaceutiques et le cas échéant, des interventions validées par son médecin.  |
| ***Suivi du plan d’action*** | Le pharmacien indique si et quelles actions proposées ont été retenues sur le schéma de médication. |
| ***Conditions*** | Pour le pharmacien :* Être pharmacien de référence du patient
* Disposer d’une zone de confidentialité où peut se tenir l’entretien
* Enregistrement via l’E-form
 |
| ***Rémunération*** | P x 42,20 (hors TVA) |
| ***Mise en oeuvre*** | **Communication**Une approche conjointe a été définie avec les médecins en ce qui concerne la communication vers les 2 groupes de prestataires : 1. Communication générale commune
2. Moments d'information communs médecins-pharmaciens
3. Concertations locales interactives (p.ex. CMP)

Les associations de patients et les patients sont également informés de ce service.Les modalités pratiques de collaboration et les accords doivent être définis avant la revue de la médication.**Formation**Un plan de formation ambitieux a été élaboré pour offrir à tous les pharmaciens l'opportunité d'affiner les connaissances et les compétences nécessaires. Le plan de formation inclut tant les aspects scientifiques et de communication que les aspects pratiques.Les pharmaciens qui ne sont pas encore familiarisés à la réalisation d'une revue de la médication par une formation, doivent avoir suivi au préalable une formation à la revue de la médication.**Soutien**La Task Force prévoit d’apporter un soutien suffisant aux pharmaciens pour la mise en œuvre du service :* Impressions (par ex, pour annoncer et réaliser le service)
* Eform : fil conducteur et outil d’enregistrement
* Aide pour l'identification des patients
* Points de contact
 |
| ***Evaluation du projet*** | Le secteur pharmaceutique s’engage à évaluer en continu les services existants (BUM asthme, pharmacien de référence) et les nouveaux services et à les adapter si nécessaire.La Task Force (avec les représentants de l’ensemble du secteur de la pharmacie, le monde académique, les organisations professionnelles et les médecins) assure un suivi et une évaluation du projet en déterminant et en suivant des indicateurs de qualité afin de mesurer la mise en œuvre et la qualité du service.Un groupe de travail Evaluation sera mis en place au sein duquel siégeront des représentants de la Task Force, du monde académique et des organismes assureurs afin de déterminer les indicateurs.Cela se fait sur la base de l’évaluation d’indicateurs de processus et de résultats de la revue de la médication au niveau macro (cf. infra). L'évaluation permet d'objectiver le travail du pharmacien et de l'ajuster si nécessaire.L’objectif de l’évaluation est multiple :1. Promouvoir la qualité
2. Améliorer la mise en œuvre

*A développer en collaboration avec des représentants des universités*T3-T4 2022 : détermination des indicateurs du BUM revue de la médication et des services existants (indicateurs de structure, de processus et si possible de résultat)T3-T4 2023 :évaluation de l'adoption du projet(par ex, nombre de pharmacies, nombre de revues de la médication, personnes à l’initiative des revues de la médication)Evaluation pharmacien de référenceT2 2024 : évaluation des indicateurs de processus et de résultat(par ex, PLM, interventions, ... et au niveau de la population analyse de l'utilisation rationnelle de médicaments tels que IPP, antidépresseurs ou nitrofurantoïne)Les données enregistrées dans les Eforms seront utilisées pour l'évaluation au niveau macro (par ex, échange avec médecin, résultat de la revue). |

ANNEXE VII.2

Protocole BUM Revue de la médication

1. **Critères d’inclusion**
* Le groupe cible est constitué de patients polymédiqués (≥ 5 médicaments chroniques remboursés différents - au niveau ATC-5, c. à d. au niveau principe actif ou association de principes actifs ; au moins 160 DDD\* délivrées au cours des 12 derniers mois) qui ont besoin d’un accompagnement ou d’un suivi personnalisé.

L’attention est mise sur les patients qui présentent une plus grande fragilité\*\* ou qui prennent un médicament à risque tel que anticoagulant, antiagrégant, insuline ou antidiabétique à risque d'hypoglycémie, association d’antihypertenseurs, AINS, corticostéroïde oral ou médicament à marge thérapeutique étroite (ex. méthotrexate) (Source : PCNE, Working symposium 2019 – How to find the right patients for specific pharmacy services?).

* Patient ambulant (patient ne séjournant pas en maison de repos et de soins ou en centre de jour).
* Patient ayant signé une convention Pharmacien de référence.

*\*DDD = defined daily dose. La DDD est définie comme la dose d’entretien journalière moyenne pour un médicament utilisé par un adulte dans son indication principale. La DDD est définie par un panel d’expert de l’OMS pour chaque principe actif qui fait partie de la classification internationale ATC. La DDD ne doit pas être confondue avec la dose prescrite adaptée au patient.*

*\*\* Il n'y a pas d’outil de référence pour la détection de la fragilité. La fragilité peut être comprise comme désignant des personnes âgées présentant des troubles physiques, cognitifs, psychologiques ou sociaux ou des personnes ayant un faible niveau de littératie en santé ou d'alphabétisation (Source : KNMP).*

1. **Déroulement du BUM revue de la médication**

La revue de la médication comporte au minimum les étapes suivantes :

1. Initiation du service et invitation du patient
2. Préparation de l’entretien
3. Communication vers le médecin
4. Anamnèse pharmacothérapeutique (entretien avec le patient)
5. Analyse pharmacothérapeutique et élaboration du plan d’action
6. Partage du plan d’action avec le médecin traitant
7. Discussion du plan d’action avec le patient
8. Satisfaction du patient
9. Modification du schéma de médication en fonction du plan d’action
* ***Initiation du service et invitation du patient***

Identification des patients qui satisfont aux critères d’inclusion.

Proposition et explication au patient de la valeur ajoutée de la revue de la médication.

Demande de l'accord du patient.

Conformément aux accords conclus, le pharmacien informe le médecin traitant du patient de l'initiation de la revue de la médication.

* ***Préparation de l’entretien***

Collecte préliminaire des données sur base des données de délivrance, du dossier pharmaceutique (partagé) et du schéma de médication.

* + ***Communication vers le médecin***

Le pharmacien informe le médecin et, si nécessaire, des accords sont conclus entre eux pour la mise en œuvre du plan d’action.

* ***Anamnèse pharmacothérapeutique (entretien avec le patient)***

Le but de cet entretien structuré est que le pharmacien obtienne une **vision claire et complète de la pharmacothérapie du patient**. Le pharmacien recueille les informations sur l'utilisation réelle des médicaments et produits de santé, sur l’expérience et les attentes du patient par rapport à ses médicaments. Le pharmacien est attentif au niveau de littéracie du patient, aux problèmes éventuels tels que le manque de connaissances, les problèmes d'observance thérapeutique (sur- et sous-traitement), l’utilisation incorrecte des médicaments, les difficultés cognitives et/ou fonctionnelles, les effets indésirables et les éventuelles plaintes non (suffisamment) traitées.

* ***Analyse pharmacothérapeutique et élaboration du plan d’action (voir aussi 3.)***
1. **Identifier et confirmer les problèmes liés aux médicaments (PLM)**sur la base de l’entretien avec le patient, du dossier pharmaceutique partagé, des connaissances et des outils.
Le pharmacien est attentif aux problèmes tels que usage inapproprié des médicaments (p.ex. moments de prise), inobservance thérapeutique, interactions médicamenteuses, durée de traitement inappropriée, posologie inappropriée, médication manquante ou inappropriée et cascades médicamenteuses.
2. **Lister les PLM**

Le pharmacien donne priorité aux PLM qui constituent effectivement un problème et/ou sont potentiellement dangereux pour le patient.

1. **Déterminer les interventions** pour améliorer le traitement médicamenteux du patient. Les interventions sont soit des interventions pharmaceutiques c’est-à-dire qui peuvent être mises en œuvre par le pharmacien lui-même, soit des propositions d’action qui peuvent être prises en charge par le médecin (et/ou d’autres prestataires de soins).
	* ***Partage du plan d’action avec le médecin***

Conformément aux accords conclus, le pharmacien partage le résultat de la revue de la médication(qui peut contenir un plan d’action) avec le médecin traitant. Il met à sa disposition le rapport pharmaceutique du BUM Revue de la médication. Lorsque plusieurs prescripteurs sont concernés, ceux-ci peuvent également être informés.

Conformément aux accords conclus, une concertation peut être organisée entre le pharmacien et le médecin traitant concernant les actions de suivi dans l’intérêt de la santé et/ou de la qualité de vie du patient.

* + ***Discussion du plan d’action avec le patient***

Le pharmacien discute du plan d'action avec le patient et lui présente les interventions. Il implique le patient dans son traitement médicamenteux et lui explique les raisons des interventions proposées (interventions pharmaceutiques et, si d’application, interventions validées par le médecin). Le pharmacien note les interventions retenues dans le schéma de médication. En concertation avec le patient, et le cas échéant avec le médecin, le pharmacien décide quelles interventions seront mises en œuvre et veille à ce que le patient reçoive le schéma de médication adapté.

* ***Satisfaction du patient***

Le pharmacien vérifie auprès du patient si la revue de la médication lui a été utile.

* + ***Délivrance du schéma de médication adapté***

Le pharmacien adapte le schéma de médication en fonction des interventions acceptées par le patient et le lui remet.

1. **Documentation de la revue de la médication**

Le pharmacien documente la revue de la médication - l’anamnèse pharmacothérapeutique et l'analyse pharmacothérapeutique - et établit un plan d’action.

Le plan d’action est le résultat de la revue de la médication et reprend au moins les informations suivantes :

* Données du patient et de la pharmacie
* Identité du pharmacien qui a réalisé la revue de la médication
* Date de l’anamnèse pharmacothérapeutique
* Schéma de médication initial
* PLM constatés
* Interventions proposées (interventions pharmaceutiques et propositions d’action)

Le plan d’action est joint au dossier pharmaceutique du patient.

1. **Partage des données**

Le rapport pharmaceutique « Revue de la médication » est partagé avec le patient et le médecin traitant, et éventuellement avec d'autres prestataires de soins ayant une relation thérapeutique avec le patient, au moyen des outils disponibles.

ANNEXE VIII

**Protocole BUM BPCO**

« Entretien d’accompagnement de bon usage des médicaments - BPCO » : Lors de cet entretien, nous souhaitons évaluer les attentes et les expériences du patient par rapport à ses médicaments et sa pathologie. En fonction des besoins identifiés, des informations et des conseils adaptés sont données au patient. L’objectif est d’adapter au mieux les soins aux besoins individuels du patient et de créer un environnement favorable à des stratégies d'autogestion efficaces.

Le BUM BPCO est une mise en œuvre concrète du Suivi des Soins Pharmaceutiques (AR 2009 - Annexe 1 Guide des bonnes pratiques pharmaceutiques) et est réalisé en concertation avec le patient.

1. **Critères d’inclusion**
* Le groupe cible est constitué de **patients atteints de BPCO** qui ont besoin d'un accompagnement personnalisé de leur pharmacien. Le pharmacien donne la priorité aux personnes mal observantes à leur traitement d'entretien, qui utilisent beaucoup le traitement de crise, aux fumeurs, aux personnes sévèrement essoufflées, ... ou à la demande du médecin traitant.
* Patient ambulant (ne séjournant pas en MR(S))
* Patient de 50 ans et plus
* Médicaments concernés :
	+ Uniquement les médicament remboursés
	+ **Spécialités monocomposées à longue durée d’action (**LABA ou LAMA, classes ATC : R03AC12, R03AC13, R03AC18; R03BB04, R03BB05, R03BB06, R03BB07) ou **associations** **à longue durée d’action** (LABA + LAMA ; LABA + CSI ; LABA\_LAMA + CSI ; classes ATC : R03AL03, R03AL04, R03AL05, R03AL06; R03AK06, R03AK07, R03AK08, R03AK10, R03AK11, R03AK12, R03AK14; R03AL08, R03AL09, R03AL11, R03AL12)
	+ Tous les médicaments concernés ont la BPCO comme indication approuvée
	+ En traitement (au minimum 1 délivrance au cours des 12 derniers mois)
	+ Aérosol-doseur ou inhalateur à poudre
1. **Initiation BUM BPCO**

Cette prestation est initiée :

* Soit par le pharmacien
* Soit sur prescription du médecin
* Soit à la demande du patient

Les patients appartenant au groupe cible sont éligibles à un maximum de 2 BUM BPCO remboursés par année civile (un entretien d’information et un entretien de suivi).

Si le BUM BPCO est prescrit par un médecin, le critère d'âge ne doit pas être pris en compte.

1. **Déroulement du BUM BPCO**

Le BUM BPCO comporte au minimum les étapes suivantes :

1. Initiation du service et invitation du patient
2. Préparation de l’entretien
3. Entretien d’information
	1. analyse des besoins et des connaissances du patient
	2. information adaptée du patient
4. Entretien de suivi
5. Information du médecin (conformément aux accords conclus + l’accord du patient)
	* ***Initiation du service et invitation du patient***

Identification des patients qui satisfont aux critères d’inclusion.

Proposition et explication au patient de la valeur ajoutée du BUM BPCO.

Demande de l'accord du patient et consentement écrit (signature) au suivi des soins pharmaceutiques (uniquement si le patient ne l’a pas déjà donné dans le passé dans le cadre du pharmacien de référence ou d’un autre service de suivi des soins pharmaceutiques).

* + ***Préparation de l’entretien***

Collecte préliminaire des données de délivrance et du dossier pharmaceutique (partagé)

afin d’évaluer :

* + La sévérité de la BPCO : traitement d’entretien, traitement de crise et comédication
	+ L’observance thérapeutique
	+ Le statut vaccinal
	+ ***Entretien patient= Entretien d’information***

Le pharmacien **recueille les informations** sur l'utilisation, les connaissances, l’expérience et les attentes du patient concernant ses médicaments pour le traitement de la BPCO et sa pathologie. Le pharmacien est attentif aux problèmes éventuels tels que le manque de connaissances, les problèmes d'observance thérapeutique (sur- et sous-traitement), l'utilisation incorrecte des inhalateurs, les effets indésirables ou le contrôle insuffisant de la maladie.

Le pharmacien **fournit des informations** adaptées aux besoins, aux connaissances et aux éventuels problèmes rencontrés par le patient. Il le motive à à adopter un mode de vie sain.

Le pharmacien note les éventuels points d’attention et les actions proposées.

* + ***Information du médecin***

Pour assurer la collaboration, le pharmacien et le médecin s'entendent sur les modalités de collaboration et de communication

Sous réserve de l'accord du patient, le pharmacien informe le médecin conformément aux accords conclus du résultat du BUM BPCO (observations, par exemple inhalateur inadapté, non observance au traitement, compréhension du patient, etc. et interventions).

Lorsque le BUM COPD est prescrit, le pharmacien informe toujours le prescripteur du résultat du BUM BPCO.

* + ***Entretien de suivi***

Un entretien de suivi est proposé au patient et programmé. Ce second entretien consiste à passer en revue avec le patient entre autres les points d’attention et les points d'action convenus lors du premier entretien.

1. **Eléments abordés entre autres lors du BUM BPCO**
* Pathologie BPCO
* Mode d’action et importance des médicaments
* Utilisation des inhalateurs (adéquation et technique)
* Observance thérapeutique
* Comédication pertinente (antitussifs, mucolytiques, O2, CSO, théophylline, etc.)
* Symptômes (cfr questionnaire CAT : essoufflement, toux, expectorations, sensation d’étouffement, fatigue, manque d’énergie)
* Effets indésirables
* Vaccination
* Mode de vie sain
	+ Cessation tabagique
	+ Activité physique (possibilités existantes de revalidation pulmonaire)
	+ Alimentation saine
	+ Profession à risque/pollution de l’air
1. **Documentation du BUM BPCO**

Le pharmacien documente les observations et les interventions proposées lors de l’entretien d’accompagnement.

En attendant la réalisation d'un eform (prévue pour 2024), la documentation du BUM se fait de telle manière que le pharmacien et son équipe y aient facilement accès.

1. **Rémunération**

Le pharmacien reçoit un honoraire spécifique par entretien d’accompagnement de P x 10,47 (= 23,68 € HTVA en 2024).

Pas de ticket modérateur pour le patient.

1. **Conditions**

L'entretien d’accompagnement est réalisé par un pharmacien à un endroit de la pharmacie et à un moment adaptés, afin de respecter la confidentialité et la discrétion de l'entretien. Le pharmacien prépare l’entretien et prend suffisamment de temps pour discuter des différents points avec le patient.

1. **Mise en oeuvre**

Une communication sera organisée vers :

* 1. Les organisations représentatives de médecins généralistes et de pneumologues et les associations de patients
	2. Les associations locales de pharmaciens et les membres individuels
	3. Le grand public

Des efforts seront faits pour organiser et assister à des moments de concertation interactifs locaux (par exemple CMP).

Les instituts de formation continue et les associations professionnelles locales seront invités à inclure les affections respiratoires dans leur offre de formation.

Du matériel pédagogique (ex. fiches d’information, protocole, brochures patients, etc.) sera développé et mis à disposition des pharmaciens.

À un stade ultérieur (2024), après l'évaluation du BUM Asthme, un eform sera développé pour aider les pharmaciens à mener des entretiens d’accompagnement, à garantir la qualité et à évaluer la mise en œuvre du service.

1. **Evaluation**

Le secteur pharmaceutique s’engage à évaluer les services BUM BPCO et BUM Asthme et à les adapter si nécessaire.

Il sera demandé au GT Evaluation Revue de la médication (composé de représentants du secteur pharmaceutique, du monde académique et des mutualités) chargé de déterminer les indicateurs du BUM Revue de la médication d'évaluer également la mise en œuvre et la qualité des BUM BPCO et Asthme et d'être responsable de la définition et du suivie des indicateurs de ces 2 services.

L’objectif de l’évaluation est multiple :

1. Promouvoir la qualité

2. Améliorer la mise en œuvre

Elaboré au sein du GT Evaluation : inidcateurs BUM BPCO et BUM Astma – voir documents “Indicatoren GGG COPD” en “Indicatoren GGG Astma”

Q3-Q4 2023 : détermination des indicateurs BUM BPCO – indicateurs du BUM Asthme ((par analogie avec l’évaluation du BUM Revue de la médication + pharmacien de référence):

**Indicateurs d’adoption**

1. Nombre de pharmacies distinctes ayant facturé un BUM BPCO 1 pour au moins 2 patients

et nombre de pharmacies distinctes ayant facturé un BUM BPCO 1 pour au moins 2 patients/nombre total de pharmacies (%)

1. Nombre de pharmacies distinctes ayant facturé un BUM BPCO 1 et un BUM BPCO 2 pour au moins 2 patients

et nombre de pharmacies distinctes ayant facturé un BUM BPCO 1 et un BUM BPCO 2 pour au moins 2 patients / nombre total de pharmacies (%)

1. Nombre de BUM BPCO 1 facturés par officine où un BUM BPCO 1 a été facturée, avec la répartition par officine proposant un BUM BPCO 1
2. Top 50 des pharmacies ayant facturé le plus de BUM BPCO 1
3. Nombre de patients distincts pour qui un BUM BPCO 1 a été facturé et nombre de patients distincts pour qui un BUM BPCO 1+2 a été facturé

Et Nombre de patients distincts pour qui un BUM BPCO 1 et un BUM BPCO 2 ont été facturés/ nombre de patients distincts pour qui un BUM BPCO 1 a été facturé (%)

1. Quels sont les patients atteints de BPCO qui ont bénéficié d'un BUM : âge, médication, ….

**Indicateurs spécifiques**

1. Indicateur concernant l'utilisation des CSI

Nombre de patients ≥ 50 ans sous CSI/LABA / Nombre de patients ≥ 50 ans sous LABA + LAMA + LABA/LAMA + CSI/LABA + LABA/LAMA/CSI

Nombre de patients sous CSI/LABA 12 mois après le BUM BPCO 1 / Nombre de patients sous CSI/LABA 12 mois avant le BUM BPCO 1

1. Indicateur de vaccination contre la grippe

Nombre de patients vaccinés contre la grippe / Nombre de patients sous médicaments contre la BPCO

Nombre de patients vaccinés contre la grippe 12 mois après le BUM BPCO 1 / Nombre de patients ayant bénéficié du BUM BPCO 1

1. Indicateur de vaccination contre les infections à pneumocoques

Nombre de patients vaccinés contre les infections à pneumocoques / nombre de patients sous médicaments contre la BPCO

Nombre de patients vaccinés contre les infections à pneumocoques 12 mois après le BUM BPCO 1 / Nombre de patients ayant bénéficié du BUM BPCO 1

1. Indicateur médication de la crise (bronchodilatateurs à courte durée d'action : SABA + SAMA + (SABA/SAMA)

nombre de patients ayant reçu 3 conditionnements ou plus de SABA + SAMA + (SABA/SAMA) après le BUM BPCO 1 / nombre de patients ayant reçu 3 conditionnements ou plus de bronchodilatateurs à courte durée d'action 1 an avant le BUM BPCO 1

1. Patients utilisant de la cortisone par voie orale (voir asthme)

Ratio Nombre de patients avec au moins 1 conditionnement de Médrol 32mg 12 mois après le BUM BPCO1 / nombre de patients ayant bénéficié du BUM BPCO 1

Nombre de patients ayant reçu au moins un conditionnement de Médrol 32mg 12 mois avant le BUM BPCO 1 / nombre de patients ayant bénéficié du BUM BPCO 1

Ratio Nombre de patients ayant reçu au moins un conditionnement de Médrol 32 mg après le BUM BPCO 1 / nombre de patients ayant utilisé au moins une délivrance de Médrol 32 mg 12 mois avant la BUM BPCO

Q1 – Q2 2025 : (en fonction de la date d’implémentation)

Évaluation annuelle de l’adoption du projet (ex. nombre de pharmacies, nombre de BUM BPCO/Asthme)

Q1 2026 : évaluation des indicateurs de processus et de résultat

Evaluation annuelle des indicateurs de processus et de résultat (ex. PLM, interventions, … et analyse au niveau de la population de l’utilisation des inhalateurs et/ou des co-médications)

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)