

CADRE PLURIANNUEL POUR LE PATIENT AVEC LES PHARMACIENS D'OFFICINE

15 mars 2017

OPHACO
OFFICE DES PHARMACIES COOPÉRATIVES DE BELGIQUE
VERENIGING DER COÖPERatieve APOTHEKEN VAN BELGIË



.be

SOMMAIRE

1. AVANT-PROPOS	3
2. INTRODUCTION	5
3. OBJECTIF	6
4. DES SOINS PHARMACEUTIQUES DE QUALITÉ, ACCESSIBLES ET ABORDABLES	8
4.1. La répartition	8
4.2. Le service de garde	10
4.3. Les préparations magistrales	11
4.4. Les services et soins en ligne	12
5. LES SOINS INTÉGRÉS EN FAVEUR DES MALADES CHRONIQUES	14
5.1. Le pharmacien de référence	14
5.2. Les développements digitaux	15
5.3. La profession	16
5.4. Délivrance de médicaments dans le secteur des MRS/MRPA	18
6. VALORISATION DU RÔLE DE PRESTATAIRE DE SOINS DU PHARMACIEN D'OFFICINE	19
6.1. Principes	19
6.2. Rémunérations entrant en ligne de compte pour une réorientation	20
6.3. Tâches de soins entrant en ligne de compte pour une rémunération	21
6.4. Méthode de rémunération des nouvelles tâches de soins	22
6.5. Cadre budgétaire	23
7. TIMING	25
7.1. Cadre réglementaire et modifications légales	25
7.2. Délivrance de médicaments dans le secteur des MRS/MRPA	26
7.3. Développements digitaux et prestation de services en ligne	26
7.4. Préparations magistrales	26
7.5. Valorisation du rôle de prestataire de soins du pharmacien d'officine	27
8. CONCLUSION	28

1. AVANT-PROPOS

Dans ce cadre pluriannuel, je souhaite, en concertation avec les organisations professionnelles, l'Association Pharmaceutique Belge (APB) et l'Office des Pharmacies Coopératives de Belgique (OPHACO), définir une série de lignes politiques pour le secteur des pharmacies d'officine afin de lui permettre d'offrir des soins pharmaceutiques optimaux, adaptés aux besoins évolutifs du patient.

Nous le savons, les maladies sociétales, le vieillissement de la population et une offre croissante de soins (pharmaceutiques) personnalisés génèrent de grands **défis** (budgétaires). En même temps, des **opportunités** intéressantes se présentent : les développements technologiques en matière de communication électronique sécurisée de données médicales rendent possible une administration simplifiée et une meilleure collaboration entre prestataires de soins. Parallèlement à cela, des technologies mHealth prometteuses qui arrivent sur le marché permettent de suivre à distance les paramètres de santé du patient et de l'assister dans son observance thérapeutique. Grâce à cette révolution numérique, les patients ont, de plus en plus, la capacité et la volonté d'être eux-mêmes aux commandes. Ils veulent décider eux-mêmes quel pharmacien leur apportera le soutien nécessaire pour optimiser leur usage des médicaments. Des initiatives numériques peuvent donner aux patients un rôle plus actif dans leur propre parcours de soins et favoriser leur autonomie. Enfin, les innovations dans le domaine des médicaments eux-mêmes sont nombreuses. Des médicaments innovants « de niche » et certains types de produits complexes dotés de nouvelles formes d'administration sur mesure pour le patient, exigent une meilleure connaissance tant du produit que du patient.

Cette évolution très forte de la réalité sociétale et budgétaire impose de **nouveaux mécanismes de gouvernance** afin de stimuler et de poursuivre le développement, par les pharmaciens d'officine, d'une offre de soins pharmaceutiques de grande qualité, financièrement accessibles non seulement pour le patient mais aussi pour l'assurance

maladie. Le but est de définir ces mécanismes dans ce cadre pluriannuel. Celui-ci s'intègre dans les contours énoncés dans l'accord de gouvernement et s'aligne sur les principes et initiatives définis dans les plans et accords-cadres existants que j'ai lancés au cours de cette législature, comme le plan e-Santé, le Pacte d'avenir pour le patient avec l'industrie pharmaceutique, le Plan soins intégrés en faveur des malades chroniques et la réforme du paysage hospitalier et du financement des hôpitaux.

Ce cadre pluriannuel regroupe plusieurs initiatives politiques et définit un **trajet de développement pour les pharmacies indépendantes et coopératives** en vue de promouvoir la qualité de vie des patients au travers d'un usage effectif, sûr et efficace des médicaments. J'invite par ailleurs le secteur à poursuivre la réflexion et à développer une vision durable et orientée vers les patients qui pourra être déployée au cours des prochaines années.

Maggie De Block

Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

2. INTRODUCTION

Le pharmacien d'officine est un maillon important de notre système de soins. Il a pour mission la **délivrance responsable des médicaments**. Pour ce faire, il suit les directives de bonnes pratiques pharmaceutiques officinales. Conformément à l'article 7 de la loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé (LEPSS), le pharmacien d'officine aide le patient à atteindre des objectifs généraux de santé tels que la prévention, l'identification et la résolution de problèmes liés à l'usage de médicaments. De tels problèmes peuvent se rapporter notamment à l'efficacité du traitement, aux effets indésirables, aux interactions, au double usage, à une observance insuffisante, etc. Outre la délivrance de soins pharmaceutiques, le pharmacien d'officine peut aussi jouer un rôle social important en tant que personne de confiance pour le patient. Il peut orienter et adresser les patients qui présentent des problèmes de santé, contribuer à la détection précoce de pathologies chroniques et jouer également un rôle en matière de sensibilisation à un style de vie sain, dans le cadre notamment de campagnes de prévention et de promotion de la santé.

Ces dernières années, l'environnement et le contexte économique dans lesquels le pharmacien remplit ces tâches ont changé. En ce qui concerne la délivrance des spécialités pharmaceutiques remboursables en officine ouverte au public, la **masse de rémunération** du pharmacien est soumise aux évolutions relatives au prix et à la consommation des médicaments, telles que la baisse du prix des médicaments hors brevet, un glissement au profit de conditionnements de médicaments plus grands et une prescription plus

rationnelle et meilleur marché par les médecins. Cette masse de rémunération globale du pharmacien d'officine est toutefois restée plus ou moins stable ces dernières années en ce qui concerne les médicaments remboursés.

Le nombre de pharmacies a diminué – de manière très lente mais constante – au cours de ces 15 dernières années à la suite de fermetures et de fusions. Cette évolution a été facilitée par le moratoire sur les nouvelles implantations en vigueur depuis 1999. Malgré ce moratoire, le **nombre de pharmacies par habitant dans notre pays reste l'un des plus élevés d'Europe**. Dans le paysage officinal, aux côtés des pharmacies de ville traditionnelles et des pharmacies rurales, dont les débouchés sont bien définis géographiquement, des « pharmacies de passage » se sont installées à des nœuds stratégiques comme des gares, des hôpitaux et des centres commerciaux. Ces pharmacies ont une clientèle issue tant de leur propre commune que de communes plus lointaines et qui s'y rend souvent *en passant* pour des médicaments non soumis à prescription ou des produits de parapharmacie ; deux catégories de produits qui s'achètent aussi de plus en plus souvent en ligne. Suite notamment à l'arrivée de « pharmacies de supermarché », les pharmaciens d'officine, qui se sont également profilés dans le segment de la parapharmacie au cours de ces dernières décennies, sont confrontés aux règles économiques du marché libre.

C'est à la lumière des évolutions susmentionnées que le pharmacien d'officine ouverte au public doit **être reconnu en tant que partenaire de soins à part entière au sein d'un paysage de soins multidisciplinaire**.

3. OBJECTIF

Dans l'accord de gouvernement du 9 octobre 2014, les principes généraux de la politique des soins de santé ont été exposés :

« Un des objectifs centraux du gouvernement est de garantir pour tous les citoyens un système de soins de santé de haute qualité, payable et accessible, adapté aux besoins évolutifs du patient, en maintenant les principes de liberté de choix du patient et de liberté diagnostique et thérapeutique.

L'augmentation de la demande de soins de santé des patients chroniques et des personnes âgées doit être accueillie dans des structures adéquates, les soins de santé de première ligne et la collaboration autour du patient et avec lui doit être stimulée. L'offre de soins doit faire l'objet d'une évaluation permanente en fonction de critères scientifiquement étayés relatifs à la nécessité, l'efficacité et le rapport coût/efficacité. Le processus de soins doit être piloté et contrôlé d'une façon moderne et informatisée, avec davantage d'attention pour la qualité. »

Ce cadre pluriannuel pour le patient avec les pharmaciens d'officine a l'ambition de réaliser cet objectif pour le secteur des pharmacies ouvertes au public, qui peuvent jouer un rôle essentiel dans la réforme des soins chroniques ainsi qu'en matière de bon usage des médicaments et d'observance thérapeutique.

Plus loin dans le texte, l'accord de gouvernement mentionne déjà quelques orientations pour les pharmaciens d'officine :

« Nous confirmons le rôle de pharmacien d'officine au sein des soins de santé de première ligne. Le gouvernement va renforcer le rôle et l'indépendance des pharmaciens. La concertation entre médecins et pharmaciens sera encouragée. Le système actuel d'indemnités sera évalué afin d'assurer une rémunération correcte du rôle de dispensateur de soins du pharmacien. Le projet-pilote « schéma de médication » sera évalué et – lié à l'enregistrement électronique – largement mis en œuvre en cas d'évaluation positive. »

À la lumière de ces orientations, ce cadre pluriannuel ambitionne une délivrance optimale des soins pharmaceutiques pour le patient. **Trois leviers** pour le développement professionnel des pharmaciens d'officine permettront de concrétiser cet objectif :

1/ Ce cadre pluriannuel reconnaît l'évolution du rôle du pharmacien d'officine en tant que prestataire de soins pharmaceutiques, mais aussi en tant qu'acteur de soins facilement accessible et proche de chaque citoyen. Le développement de ce rôle sera poursuivi selon la ligne définie, à savoir des **soins pharmaceutiques de qualité, accessibles et abordables** pour le patient. La réforme de la loi de répartition, l'amélioration de la qualité des préparations magistrales et le soutien apporté au service de garde des pharmaciens s'inscrivent dans ce contexte.

Par ailleurs, le cadre réglementaire relatif à la prestation de services en ligne par la pharmacie d'officine, sera élargi pour permettre la commande en ligne et la livraison à domicile de médicaments sur prescription, tout en garantissant la sécurité et la qualité des soins pharmaceutiques.

2/ Les pharmaciens se préparent aussi à contribuer aux **soins intégrés en faveur des malades chroniques**.

Le partage de données par des services sécurisés d'e-Santé sera encouragé pour les patients ayant donné leur consentement éclairé à cet effet, et ce, dans le respect de leur vie privée. Le pharmacien est chargé du suivi et du contrôle structurés du traitement médicamenteux des patients polymédiqués. Il assume aussi son rôle en prévention primaire et secondaire. Une attention particulière est accordée à l'organisation de la concertation médico-pharmaceutique, à l'usage rationnel des médicaments et à la délivrance de qualité des médicaments dans le secteur des maisons de repos.

Enfin, le concept de « pharmacien de référence » sera instauré. Les patients chroniques vont pouvoir désigner le pharmacien de référence de leur choix pour le suivi de leur traitement médicamenteux. Le pharmacien de

référence sera géographiquement proche et aura une relation de confiance avec son patient. Il se chargera notamment de la tenue et de la mise à jour d'un schéma de médication et formera, avec le médecin généraliste, voire éventuellement d'autres prestataires de soins, une équipe de soins qui encadrera le patient chronique.

3/ La rémunération des soins pharmaceutiques sera réformée de façon approfondie et progressive pour **valoriser le rôle de prestataire de soins du pharmacien d'officine**. La rémunération de base sous forme d'un honoraire de dispensation qui, en ce qui concerne les spécialités pharmaceutiques remboursées, constitue environ trois quarts de la masse de rémunération du pharmacien d'officine, sera maintenue afin de garantir la stabilité nécessaire. Les honoraires pour la délivrance de médicaments sur la base d'une prescription en dénomination commune internationale seront progressivement supprimés pour renforcer la rémunération lors du service de garde et pour rémunérer le rôle de prestataire de soins rempli par le pharmacien de référence sous la forme d'une rémunération par capitation pour les patients avec lesquels une relation de suivi pharmaceutique de longue durée est établie.

4. LES SOINS PHARMACEUTIQUES DE QUALITÉ, ACCESSIBLES ET ABORDABLES

4.1. LA RÉPARTITION

La **loi de répartition** des pharmacies a pour but d'organiser une répartition correcte des pharmacies ouvertes au public en limitant le nombre de pharmacies à un maximum par commune, avec une zone d'influence démo-géographique optimale par pharmacie. La base juridique en est définie au chapitre 2 de la LEPSS. Son exécution figure dans l'AR du 25 septembre 1974 concernant l'ouverture, le transfert et la fusion d'officines pharmaceutiques ouvertes au public.

Un moratoire sur l'ouverture d'une pharmacie est en vigueur depuis le 8 décembre 1999 et court jusqu'au 8 décembre 2019. Un **transfert** vers une autre localisation reste toutefois possible sous certaines conditions. Il y a trois possibilités pour transférer une pharmacie :

1/ transfert à proximité immédiate ;

2/ transfert au sein de la même commune ou vers une commune limitrophe si une amélioration de la répartition démographique ou géographique peut être démontrée ;

3/ transfert vers une localisation où certains critères démographiques et géographiques n'ont pas encore été atteints.

L'AR du 25 septembre 1974 concernant l'ouverture, le transfert et la fusion d'officines pharmaceutiques ouvertes au public sera révisé.

L'objectif est de parvenir à des accroissements d'échelle et une diminution du nombre de pharmacies en stimulant les fusions, en limitant les fermetures temporaires et en maintenant le moratoire. La loi de répartition sera adaptée au niveau des points suivants :

- Le transfert d'une pharmacie existante dans un rayon de 250 mètres sera toujours considéré comme un transfert à **proximité immédiate** et restera autorisé, sans périmètre de protection.
- La possibilité de transférer une pharmacie sur la base d'une **amélioration de la répartition démo-géographique** sera supprimée. En effet, le concept d'une répartition géographique ou démographique améliorée se révèle difficile à objectiver dans la pratique.
- Une nouvelle possibilité sera créée pour permettre le transfert d'une pharmacie. Celle-ci consistera à **déplacer une pharmacie si une fusion est réalisée en même temps**. Les conditions suivantes devront être respectées :
 - ▶ La nouvelle pharmacie fusionnée transférée devra être située dans un rayon de 3 km de la localisation d'une des pharmacies réalisant la fusion.
 - ▶ Afin d'éviter que des pharmacies ne disparaissent en des endroits où les besoins de soins sont bien réels, le nombre de pharmacies, après fusion, dans chacune des communes où les pharmacies qui fusionnent étaient situées :

- i. ne pourra pas être inférieur au nombre de pharmacies pouvant être autorisées en vertu de l'article 1^{er}, § 2,
 - ii. et la localisation antérieure de l'une des pharmacies qui fusionnent ne pourra pas non plus se trouver à une distance telle que visée à l'article 1^{er}, § 3bis, a, b ou c, de la pharmacie la plus proche, et elle doit couvrir les besoins du nombre minimum d'habitants correspondant à cette distance (telle que visée à l'article 1^{er}, § 3bis, a, b ou c).
- ▶ Afin d'éviter, d'autre part, une surconcentration à l'endroit où la pharmacie fusionnée sera transférée, les pharmacies existantes bénéficieront d'un périmètre de protection, qui sera de 100 m, 500 m ou 1 km, en fonction du nombre d'habitants dans la commune où viendra s'implanter la pharmacie résultant de la fusion.
 - ▶ Aucun périmètre de protection ne sera octroyé à la pharmacie fusionnée transférée. En effet, la fusion est déjà récompensée par l'avantage lié au déplacement de l'officine. Cette nouvelle possibilité de transfert contribuera à réduire le nombre de pharmacies tout en autorisant une certaine liberté de mouvement.
- Aux critères démographiques définis à l'article 1^{er}, § 2, il sera ajouté qu'**au moins une pharmacie d'officine ouverte au public pourra être autorisée dans chaque commune**. La réglementation actuelle empêche en effet l'installation d'une pharmacie d'officine ouverte au public dans les communes de moins de 2.000 habitants, sauf si celle-ci est transférée d'une commune limitrophe sur la base de la preuve d'une amélioration de la répartition géographique ou démographique.
 - **Les fusions**, non couplées à un transfert, continueront à être encouragées pour poursuivre la réduction du nombre de pharmacies et stimuler l'accroissement d'échelle. La législation actuelle prévoit déjà que, lors d'une fusion de pharmacies, tout transfert dans un rayon de 1,5 km (excepté à proximité immédiate) est impossible pour une période de 10 ans. Cette mesure sera maintenue, mais le périmètre de protection sera adapté en fonction du nombre d'habitants dans la commune concernée. En effet, quelques fusions suffisent parfois pour bloquer totalement, dans une ville de taille moyenne, des transferts qui pourraient pourtant être utiles. À l'avenir, le périmètre de protection sera de 500 m, 1 km ou 1,5 km, en fonction du nombre d'habitants dans la commune où la pharmacie fusionnée sera implantée.
 - Le **moratoire** sur les ouvertures sera prolongé de 5 ans.
 - **Les fermetures temporaires** seront limitées à 1 an. Les fermetures temporaires permettent de fermer une pharmacie pour un laps de temps limité, puis de la rouvrir sans que l'autorisation ne vienne à échéance. La durée totale de cette fermeture temporaire s'élève actuellement à 10 ans. Une période aussi longue facilite la spéculation et les pharmacies 'dormantes'. Désormais les fermetures temporaires seront mieux suivies et l'exécution en sera automatique, en tenant compte du premier jour de fermeture réel. La durée d'un an pourra être exceptionnellement prolongée en cas de force majeure dûment fondé et documenté (travaux routiers, maladie de longue durée, procédures de permis d'urbanisme, fouilles archéologiques, dépollution des sols, etc.). Une mesure de transition sera appliquée pour les pharmacies qui sont actuellement temporairement fermées.
 - **L'obtention obligatoire de l'avis** du gouverneur provincial, de la commission médicale provinciale, des organisations professionnelles pharmaceutiques les plus représentatives et du fonctionnaire, visée dans l'arrêté royal du 17 décembre 2008 relatif à la surveillance à exercer par l'Agence Fédérale des Médicaments et des Produits de Santé (afmps) sera supprimée.
 - Il sera examiné si **la tâche de la commission d'implantation** peut être restreinte et/ou reprise par l'afmps.
 - Dans le cadre de la **transparence** de la prise de décision, tant les demandes que les décisions en matière de transferts seront publiées en ligne, étant donné que celles-ci sont susceptibles de générer des zones d'exclusion pour des transferts ultérieurs. Cela peut éviter le dépôt de demandes non fondées.
 - La nouvelle réglementation sera **évaluée après un an** et adaptée si nécessaire.

4.2. LE SERVICE DE GARDE

Le service de garde garantit la continuité des soins pharmaceutiques en dehors des heures d'ouverture « normales » ; soit tous les jours de 19 à 8 heures, soit le dimanche et les jours fériés. Il s'agit d'un service important pour les patients en cas d'urgence et qui est organisé par les cercles de garde locaux des pharmaciens. Pendant la journée (de 8 à 22 heures), le patient peut vérifier quel est le **pharmacien de garde le plus proche** sur les sites www.pharmacie.be/ www.apotheek.be, sur la porte de la pharmacie ou en appelant un numéro payant. Après 22 heures (et jusqu'à 8 heures du matin), le patient ne peut, dans certaines régions du pays, qu'appeler un numéro payant pour savoir qui est le pharmacien de garde. Un centre d'appel est joignable 24h/24 et 7j/7 à cette fin. Pour celui-ci, les pharmaciens travaillent avec une société externe qui se charge de répondre aux appels en plusieurs langues. Cependant, en plus du coût pour les patients (1,5 euro/minute et 3 euros maximum/appel), le *call barring* (c-à-d le blocage des numéros payants par l'opérateur télécom à la demande du consommateur), constitue un frein à l'accès aux informations sur les pharmacies de garde.

En vue de rendre ces informations accessibles et transparentes pour les patients, les informations relatives aux services de garde seront intégrées dans le service gratuit du **système 1733**. Le déploiement de ce système ne se fera toutefois, au plus tôt, qu'au début 2018. En attendant cette intégration dans le 1733, les informations sur les pharmacies de garde seront publiées, y compris après 22 heures, sur les sites www.pharmacie.be / www.apotheek.be. Les pharmaciens s'engagent aussi à toujours afficher l'adresse de la pharmacie de garde la plus proche dans leur pharmacie. Les patients auront ainsi accès gratuitement à tout moment à l'information correcte concernant le service de garde.

L'article 6 §2 de la convention nationale entre pharmaciens et organismes assureurs stipule qu'un **honoraires de garde** forfaitaire supplémentaire, dont le montant actuel est de 5,16 euros (P = 2,8), peut

être porté en compte à l'assurance obligatoire des soins de santé, et ce, pour la délivrance urgente de médicaments sur prescription, pour autant qu'il y ait des prescriptions remboursables. Le caractère urgent de la délivrance est mentionné par le médecin sur la prescription ou, à défaut de cette mention, constaté et mentionné sur la prescription par le pharmacien qui, au moment de la délivrance, est inscrit sur un rôle de garde. L'honoraires de garde ne peut être facturé qu'une seule fois par prescription ou par groupe de prescriptions délivrées en même temps, quel que soit le nombre de spécialités remboursables figurant sur la prescription ou le groupe de prescriptions. Pour les médicaments sans prescription urgente et pour les produits de parapharmacie, c'est le principe du marché libre qui prévaut. Le pharmacien de garde porte en compte du patient un honoraires de garde qu'il peut fixer librement.

Un **honoraires de disponibilité** adéquat sera instauré pour les services de garde pendant la nuit (après 22 heures et jusqu'à 8 heures, cf. infra). Durant ces services de garde donnant droit à un honoraires de disponibilité, aucun honoraires de garde ne pourra être facturé à l'Inami. Pour les services de garde en journée et le soir jusqu'à 22 heures, l'honoraires de garde reste prévu par l'Inami lorsque des médicaments remboursables sont délivrés sur la base d'une prescription urgente. Dans ces cas-là, aucun honoraires de garde ne sera plus facturé au patient s'il dispose d'une prescription pour des médicaments non remboursables, sauf lorsqu'il s'agit manifestement d'un cas non urgent (par ex. une prescription qui date de plus d'un mois). Cela signifie qu'un patient pourra obtenir, le soir et en journée, auprès du pharmacien de garde tous les médicaments prescrits – remboursables ou non – sans frais supplémentaires. Il n'y aura donc plus de seuil financier pour les patients entamant immédiatement un traitement médicamenteux prescrit après une consultation en soirée chez un médecin généraliste ou un autre prestataire des soins.

Ce nouveau système de rémunération requiert une révision des dispositions de l'article 6 §2 de la **convention entre les pharmaciens et les organismes**

assureurs. La non-facturation d'un honoraire de garde au patient, en journée et le soir, pour des médicaments prescrits présuppose un engagement du pharmacien à l'égard des patients.

Le secteur est responsable de la mise en place d'un service de garde correct et met **une base de données** du service de garde à la disposition de l'Inami.

4.3. LES PRÉPARATIONS MAGISTRALES

Une préparation magistrale est un médicament **préparé et délivré** en pharmacie selon une prescription destinée à un patient donné (ou à un animal donné). Il peut s'agir d'une formule très spécifique ou conforme aux indications d'un ouvrage de référence officiel (par exemple la pharmacopée belge ou européenne ou le Formulaire Thérapeutique Magistral, mais également des formulaires étrangers) ou dans laquelle une spécialité pharmaceutique est incorporée. La préparation peut être remboursée par l'assurance maladie à condition d'être composée de matières premières figurant sur la liste des matières premières remboursables. Les préparations magistrales permettent d'adapter le dosage et/ou la forme galénique d'un médicament à l'état du patient et peuvent constituer une alternative aux médicaments pour lesquels le dosage ou la forme galénique requise ne sont pas disponibles sous la forme de spécialité pharmaceutique ou quand le patient est allergique à des composants spécifiques. En outre, plusieurs médicaments peuvent être combinés en une seule préparation, ce qui peut, dans certains cas, favoriser l'observance thérapeutique chez les patients polymédiqués. Enfin, un certain nombre de composants actifs, indispensables pour certains traitements, sont tout simplement indisponibles sous la forme de spécialité pharmaceutique.

La **base juridique** pour les préparations magistrales est répartie sur plusieurs réglementations : 1) la loi du 25 mars 1964 – loi sur les médicaments, 2) l'AR du 21 janvier 2009 portant instructions pour les pharmaciens, 3) l'AR du 17 juillet 2014 modifiant l'AR du 21 janvier 2009 portant instructions pour les pharmaciens, en ce qui concerne la délégation des instructions de personnes autorisées à la délivrance des médicaments au public et

l'autorisation de la préparation, 4) l'AR du 19 décembre 1997 (et ses modifications ultérieures) relatif au contrôle et à l'analyse des matières premières utilisées par les pharmaciens d'officine et 5) l'AR du 12 octobre 2004 (et ses modifications ultérieures) fixant les conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des préparations magistrales et des produits assimilés. Enfin, la résolution européenne CM/ResAP(2011)1 et le Guide des Bonnes Pratiques Pharmaceutiques Officinales (GBPPO), annexé à l'AR du 21 janvier 2009 portant instructions pour les pharmaciens, sont également importants.

Le patient a droit à des préparations magistrales de haute qualité. Le remboursement des matières premières et le financement des honoraires pour les préparations magistrales par l'assurance maladie se fondent sur l'hypothèse que ces préparations sont en effet de grande qualité. Le secteur assume lui-même la responsabilité de garantir la qualité des préparations magistrales et officinales. Les associations de pharmaciens s'engagent à élaborer et mettre en œuvre un **programme d'autocontrôle** pour ces préparations magistrales et officinales. Ce programme d'autocontrôle sera soumis à l'afmps pour évaluation. Les résultats globaux de ces contrôles effectués par le secteur même seront communiqués clairement à l'afmps, à l'Inami et aux pharmaciens sur le terrain en vue de les sensibiliser et de les responsabiliser (*benchmarking*).

Outre l'autocontrôle, la **formation continue et la concertation médico-pharmaceutique (CMP)** doivent aussi contribuer à une meilleure qualité des préparations magistrales. Les prescripteurs doivent également pouvoir prendre leurs responsabilités et être sensibilisés à une prescription de préparation magistrale rationnelle et de qualité. Ceci est possible sur la base de l'AR du 8 juillet 2014 relatif à la formation continue des pharmaciens et l'accréditation d'un programme de promotion de la qualité dans le cadre du budget qui avait été dégagé par l'Inami pour la CMP.

L'article 33 de l'AR du 21 janvier 2009 permet aux pharmaciens d'officine de déléguer la préparation de six classes de magistrales (entre autres, les préparations stériles) à un détenteur d'autorisation de préparation.

Cette restriction est provisoirement maintenue. En revanche, la possibilité de sous-traiter entre pharmaciens d'officine est rarement utilisée en pratique. Or la sous-traitance et la spécialisation parmi les pharmaciens d'officine peuvent améliorer la qualité de la préparation magistrale. C'est pourquoi **un cadre juridique** sera élaboré pour la sous-traitance des préparations magistrales afin de faciliter une telle forme de spécialisation et de collaboration. Ce cadre pourra porter sur des accords en matière de responsabilité, d'exigences de qualité, de délais de livraison, etc. Un suivi sera mis en place pour examiner si les pharmaciens d'officine utilisent effectivement cette possibilité de spécialisation et si la qualité des préparations magistrales s'améliore de manière significative. Une évaluation pourra être faite ultérieurement afin de voir si et comment il est souhaitable d'élargir les possibilités de sous-traitance des magistrales à des détenteurs d'autorisation de préparation.

Une attention spécifique doit aussi être portée au concept des «**préparations magistrales orphelines**». L'indisponibilité des médicaments pour les maladies orphelines est un problème connu. En outre, les magistrales orphelines peuvent offrir une alternative bon marché à la *drug rediscovery* et/ou à des médicaments onéreux. Une monographie sur les matières premières nécessaires doit toutefois être disponible pour que celles-ci puissent effectivement être préparées. Le texte révisé mais non publié de l'AR du 19 décembre 1997 relatif au contrôle et à l'analyse des matières premières qui peuvent être utilisées par le pharmacien d'officine prévoit la rédaction de ces monographies par la Commission de la Pharmacopée belge. Cet AR sera amendé afin de permettre aux pharmacies ouvertes au public – en plus des pharmacies hospitalières – d'utiliser les matières premières orphelines reconnues et de réaliser des préparations magistrales orphelines. La Commission de la Pharmacopée belge devra également, pour chaque préparation magistrale orpheline, mettre une formulation validée et une monographie à disposition, pour publication dans le FTM. La réglementation de l'Inami devra aussi être adaptée pour rendre possible le remboursement des magistrales orphelines. Pour ce faire, une modification de l'AR du 12 octobre 2004 est nécessaire et est en cours d'analyse au sein du Conseil Technique Pharmaceutique (CTP) de l'Inami.

Depuis le 24 mai 2016, le **Formulaire Thérapeutique Magistral (FTM)** est aussi disponible en ligne. Une offre flexible et accessible de formules et de protocoles de préparation validés doit pouvoir être facilement élargie par ce biais sur la base des critères établis par l'afmps (par exemple : la reconnaissance des formules issues des formulaires étrangers validés).

Pour conclure, une adaptation de la **base de remboursement des matières premières** aux prix réels du marché par le Conseil Technique Pharmaceutique et la Commission de Conventions Pharmaciens-organismes assureurs (CCP) est prévue. Parallèlement à cela, un budget déterminé sera également réservé pour de nouvelles initiatives magistrales et/ou le remboursement de magistrales orphelines dans un avenir proche.

4.4. LES SERVICES ET SOINS EN LIGNE

La Belgique possède une législation stricte concernant **la vente en ligne de médicaments sans ordonnance et de dispositifs médicaux**. La base légale en est définie à l'article 3 §4 de la loi du 25 mars 1964 sur les médicaments. La vente par une pharmacie en ligne est limitée, dans notre pays, aux médicaments qui ne sont pas soumis à une prescription et aux dispositifs médicaux visés à l'annexe XIII, points 1.1 à 1.5 et 1.7 de l'AR du 18 mars 1999 relatif aux dispositifs médicaux, et est réservée aux détenteurs d'autorisation d'officines ouvertes au public. La pharmacie en ligne est considérée comme une extension virtuelle de l'officine physique. L'AR du 21 janvier 2009 portant instructions pour les pharmaciens impose, dans l'intérêt de la sécurité et de la qualité des soins pour le patient, des conditions cumulatives strictes à la vente en ligne de médicaments.

Pour certains groupes de patients – des patients moins mobiles, par exemple ou des patients chroniques ayant un schéma de médication fixe ou des patients ayant un horaire de travail contraignant – la pharmacie en ligne peut apporter un complément intéressant aux officines physiques. Les besoins de la société en matière de livraison de médicaments à domicile prennent toujours plus d'importance à la lumière du nombre croissant de patients âgés sous traitement chronique qui, à l'avenir,

resteront vivre chez eux de façon autonome et seront suivis à domicile. L'authentification numérique par lecture de la carte d'identité électronique et la prescription électronique (Recip-e) rendent techniquement possibles une extension de l'achat en ligne et la livraison à domicile aux médicaments soumis à la prescription. La pharmacie d'officine évoluera avec **les attentes de la société sur les plans économique et technologique**. L'offre de tels services ne peut toutefois être développée qu'en tenant compte de l'encadrement nécessaire des soins pharmaceutiques et avec les mêmes garanties en matière d'authentification, de déontologie, de sécurité, de suivi systématique et de soins pharmaceutiques de qualité que celles qui sont d'application dans une pharmacie d'officine, et ce, pour exclure à tout moment les problèmes de santé, les atteintes à la vie privée et la distribution de médicaments falsifiés.

Les directives pour la délivrance des médicaments et les soins pharmaceutiques figurant dans le **Guide des Bonnes Pratiques Pharmaceutiques Officinales (GBPPO)** sont donc pleinement applicables, à savoir :

- 1/** Accueil et contrôle administratif
- 2/** Validation de la demande
- 3/** Information et conseils
- 4/** Enregistrement dans le dossier pharmaceutique
- 5/** Accompagnement de médication

Sur la base d'une **relation thérapeutique** existante et si le pharmacien qui délivre peut, au besoin, contacter le patient (par exemple, pour valider la demande de délivrance), une prestation de service en ligne, en ce compris la livraison à domicile de médicaments et de produits remboursables, doit être disponible pour les patients qui le souhaitent. En concertation avec les associations des pharmaciens et les autorités concernées (dont l'afmps), la cellule politique entamera des initiatives juridiques visant à rendre possibles, via Internet, les conditions permettant de constater une relation thérapeutique ainsi que pour la disponibilité et la livraison raisonnable à domicile de tous les médicaments et produits remboursables. Ces développements devront se faire dans le respect de l'esprit de ce cadre pluriannuel en matière d'augmentation de la qualité des soins.

Enfin, on examinera si le stockage des médicaments et des dispositifs médicaux peut, moyennant le respect des normes de qualité en vigueur, se faire «**extra-muros**» dans un local adapté à cet effet et lié à une pharmacie d'officine ouverte au public autorisée, et quelles en seraient les conditions nécessaires (par ex. un seul local maximum, sous la responsabilité du pharmacien titulaire, en présence permanente d'un pharmacien, notification auprès de et inspection par l'afmps).

5. LES SOINS INTÉGRÉS EN FAVEUR DES MALADES CHRONIQUES

5.1. LE PHARMACIEN DE RÉFÉRENCE

Il est essentiel que les patients souffrant d'une maladie chronique bénéficient d'un suivi proactif de leur santé. Une réaction *ad hoc* en cas de plaintes ou d'incidents ne suffit pas. Pour ce faire, ils doivent pouvoir faire appel à des prestataires de soins qui les connaissent et avec lesquels ils peuvent construire une relation thérapeutique durable. Cela crée aussi la nécessité pour ces prestataires de soins de se concerter, de travailler ensemble à des objectifs de santé cohérents et de partager des données pertinentes. Le rôle du médecin de famille à cet égard est reconnu et rémunéré via le Dossier Médical Global. Le pharmacien a également sa place dans ce contexte. Par analogie avec le médecin de famille, il doit aussi être reconnu en tant que pharmacien de référence qui, lui aussi, tient à jour le dossier pharmaceutique du patient et doit être rémunéré à cet effet. Le pharmacien de référence peut apporter une plus-value en assumant des soins pharmaceutiques proactifs, en faisant de l'orientation et de la prévention et en participant à la collaboration interdisciplinaire au sein de l'équipe de soins de ses patients chroniques. Le concept de pharmacien de référence est uniquement destiné aux **patients ambulatoires** puisque les patients en institutions de soins bénéficient d'un autre modèle de soins.

Le pharmacien de référence est le pharmacien d'officine choisi par les patients chroniques pour l'accompagnement et le suivi de leur usage des médicaments. Le patient est libre de choisir son pharmacien de référence et peut

changer de pharmacien de référence à tout moment ; il peut aussi aller chercher ses médicaments dans plusieurs pharmacies s'il le souhaite. Le pharmacien de référence collabore à l'exécution du plan de soins établi par le médecin, en concertation avec le patient et les prestataires de soins concernés. Le pharmacien de référence s'engage vis-à-vis de son patient et de son équipe de soins à **réaliser l'intention thérapeutique du médecin en ce qui concerne le traitement médicamenteux dans les soins ambulatoires**. Il veille aussi à ce que ses patients et leurs équipes de soins disposent des informations pertinentes concernant la médication active sous la forme d'un schéma de médication clair, complet et actualisé et à ce que ses confrères pharmaciens aient accès à l'historique des médicaments délivrés via le Dossier Pharmaceutique Partagé (DPP), comme le décrit le point d'action 3 du Plan d'action e-Santé. Bien entendu, ce partage de données ne peut se faire qu'avec le consentement éclairé du patient, par le biais des canaux les plus sécurisés.

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. En outre, le pharmacien de référence peut réaliser une révision de la médication et fournir au patient des outils visant à améliorer leur adhésion thérapeutique. Le cas échéant, le pharmacien de référence peut proposer un entretien d'accompagnement pour le bon usage de la médication, pour favoriser l'adhésion thérapeutique ou centré sur une pathologie

spécifique. Fin 2018, le pharmacien bénéficiera du soutien technologique nécessaire grâce au projet VIDIS (cf. infra) qui permettra d'établir le schéma de médication de façon structurée et interdisciplinaire. La validation des posologies et l'enregistrement d'informations complémentaires sur le bon usage des médicaments (par ex. moments de prise, instructions spécifiques pour une forme galénique donnée, etc.) feront toujours partie des missions du pharmacien.

5.2. LES DÉVELOPPEMENTS DIGITAUX

La poursuite du développement d'un dossier pharmaceutique local structuré dans le logiciel à la disposition du pharmacien d'officine est une condition importante au suivi pharmaceutique individualisé des patients atteints de pathologies chroniques et/ou particulières, au suivi des risques iatrogènes ou d'une adhésion thérapeutique déficiente. Les développements digitaux doivent favoriser le dialogue et la collaboration entre les prestataires de soins et permettre de réduire les charges administratives des pharmaciens - mais aussi des patients - et ce, afin de pouvoir se concentrer plus encore sur les soins pharmaceutiques. Les étapes principales à cet égard sont exposées dans le **Plan d'action e-Santé** qui sera implémenté dans les prochaines années. Ce plan comporte 20 points d'action concrets, subdivisés en objectifs distincts auxquels un timing spécifique est lié. Plusieurs points d'action sont pertinents pour le pharmacien d'officine.

VIDIS

Le *Virtual Integrated Drug Information System* (VIDIS) sera mis en place au cours de cette législature. VIDIS est un système de communication électronique destiné à la gestion de tous les aspects du traitement médicamenteux d'un patient. Il constitue un outil de soutien à la CMP au niveau du patient. VIDIS combine les fonctions suivantes :

- **Echange end-to-end** et exploitation des données/informations concernant le traitement médicamenteux d'un patient.
- Soutien des flux de travail de tous les acteurs selon leurs compétences spécifiques et de la collaboration multidisciplinaire **human-to-human** (H2H) autour du patient.

- Intégration virtuelle des systèmes existants sur la base d'une interopérabilité **system-to-system** (S2S) en complétant au maximum les maillons manquants par l'extension des systèmes existants et, si nécessaire, par le développement de nouveaux systèmes.

Le déploiement du projet VIDIS se fera en plusieurs phases. L'objectif final est d'améliorer la qualité des soins. Les **objectifs** spécifiques sont :

- 1/** Un système de communication intégré pour la gestion de tous les aspects du traitement médicamenteux d'un patient.
- 2/** Le partage de données et d'informations
 - entre les acteurs de soins ambulatoires ;
 - entre les secteurs ambulatoire et hospitalier ;
 - avec et par le patient et son entourage.
- 3/** Un schéma de médication partagé et orienté patient
 - mis à jour en temps réel ;
 - consultable et utilisable par tous les acteurs concernés ;
 - aidant le patient à prendre correctement ses médicaments.

Le secteur des pharmaciens et les autorités compétentes s'engagent à mettre en œuvre le projet VIDIS dans le cadre du plan d'action e-Santé.

MOBILE HEALTH

Outre les outils à la disposition du pharmacien, de plus en plus d'applications mobiles de santé, qui soutiennent au maximum l'**autogestion du patient** (malade chronique) vont faire leur apparition au sein de la première ligne. En ce qui concerne les soins pharmaceutiques, l'attention se porte notamment sur ce que les patients peuvent faire eux-mêmes en matière d'amélioration de l'observance thérapeutique (par ex. des applications diffusant des messages motivants et des notifications rappelant les moments de prise sur la base d'un schéma de médication validé).

Pour les patients qui suivent un traitement nécessitant de nombreux autocontrôles (par ex. les

patients diabétiques), des applications mobiles telles que des appareils de télémonitoring de paramètres de santé peuvent aussi contribuer à un traitement plus efficace. En tant que point de contact facilement accessible au sein de la première ligne, le pharmacien se trouve dans une position privilégiée pour accompagner au mieux le patient dans ce domaine.

La pharmacie d'officine est un endroit approprié pour offrir aux usagers potentiels des **applications validées et sécurisées** dans le domaine de la médication, d'un style de vie sain et du monitoring de paramètres de santé, sans toutefois faire office de canal de vente exclusif. Si un remboursement est mis en place pour la délivrance d'applications « mobile health » (cf. point d'action 19 du Plan d'action e-Santé), le circuit de la pharmacie permettra aux usagers de bénéficier de l'application éventuelle du tiers payant.

5.3. LA PROFESSION

Le développement de la profession de pharmacien se déroule dans le contexte d'un système de soins en mutation, qui exige plus d'efficacité, de responsabilité et de collaboration entre les différents acteurs de soins au sein d'un modèle intégré. Les soins pharmaceutiques font partie des missions légales du pharmacien d'officine. Cela sera réaffirmé dans la réforme de la loi LEPSS. Le développement du **suivi des soins pharmaceutiques** sera poursuivi (cf. infra).

Outre sa tâche de soins en tant que telle, le pharmacien d'officine est aussi garant de la **disponibilité de médicaments et de produits de santé de qualité, sûrs et fiables**, de l'application de la législation en vigueur et de la pharmacovigilance. L'authentification existante des médicaments, l'application imminente de la *Directive Médicaments Falsifiés* (DMF) ainsi que la réglementation prévue pour les dispositifs médicaux et son système d'identification unique UDI (*Unique Device Identification*) en sont des exemples.

Aujourd'hui, la proximité de la pharmacie et la relation de confiance avec le pharmacien de référence sont sous-exploitées dans le cadre de la **prévention** et de l'**orientation** des patients. La prévention primaire et la promotion d'un style de vie sain seront formellement reconnues comme tâches que le pharmacien d'officine peut effectuer. La prévention secondaire, c'est-à-dire la prévention des effets indésirables des médicaments, sera également confirmée comme étant une tâche du pharmacien d'officine. Le profil de compétence du pharmacien d'officine et la loi LEPSS seront adaptés en ce sens. Le pharmacien a pour mission de motiver et de soutenir les patients afin qu'ils prennent eux-mêmes leur santé en mains. Ainsi, le pharmacien d'officine encourage l'arrêt du tabagisme, une alimentation saine, l'activité physique, la protection solaire, etc. Demander conseil au pharmacien peut se faire à tout moment, sans rendez-vous, ce qui fait de lui l'un des prestataires de soins les plus accessibles. Grâce à cette grande accessibilité, le pharmacien d'officine peut détecter des patients à risque, les accompagner et les référer à un autre professionnel. Ceci peut se faire, par exemple, en participant activement à des campagnes de santé publique (sur la prévention des chutes, la détection précoce du diabète, le dépistage du cancer, etc.), mais aussi en réalisant un screening ciblé sur la base du dossier pharmaceutique (par ex. la vaccination contre la grippe de groupes-cibles spécifiques). Il peut également donner des conseils aux patients sur les mesures à prendre pour combattre la propagation de certaines maladies (telles que les IST, la grippe ou une infestation des poux).

En ce qui concerne la **détection précoce des pathologies chroniques**, le pharmacien (de référence) peut aussi jouer un rôle important au travers de différentes initiatives telles que référer des patients qui présentent des plaintes ne pouvant pas être traitées par automédication ou face à des signaux d'alarme suggérant une pathologie sous-jacente grave. La détection précoce de maladies chroniques chez des personnes qui ne font pas, ou irrégulièrement, appel aux soins médicaux est dans l'intérêt de la santé publique et du budget de l'assurance maladie. La proximité du pharmacien, ses contacts fréquents et son niveau de formation constituent à cet égard une opportunité.

Le pharmacien peut faire usage d'**outils digitaux** pour aider ses patients en matière de bon usage des médicaments ou en matière d'adhésion thérapeutique (par ex. avec des techniques d'entretien motivationnel), pour détecter et aider les patients en surconsommation de psychotropes, etc. Dans ce contexte, le pharmacien veille à délivrer, en cas de prescription en DCI, le plus possible le même médicament (générique) afin d'éviter les problèmes de double médication.

Il y a plusieurs types de pharmaciens :

- Le pharmacien d'industrie est un titre qui n'est pas reconnu officiellement. L'Arrêté Royal du 14 décembre 2006 (art. 84 et suivant) mentionne uniquement la « personne qualifiée » (QP = *Qualified Person*).
- Le titre de pharmacien hospitalier est protégé par l'Arrêté Ministériel du 11 juin 2003.
- Le titre de spécialiste en biologie clinique est protégé par le diplôme (Arrêté Ministériel du 3 septembre 1984).
- Le titre professionnel de pharmacien d'officine n'est actuellement pas reconnu légalement.

Vu l'évolution actuelle de la profession et la révision du profil de compétence du pharmacien d'officine, il est essentiel de reconnaître officiellement ce **titre professionnel**. Cela permettra aux pharmaciens d'acquérir des compétences relatives à la pratique professionnelle. Les conditions formelles pour l'obtention de ce titre professionnel devront être définies. Elles pourront être : posséder le diplôme de pharmacien et participer à la formation continue obligatoire telle que décrite dans l'AR du 8 juillet 2014. Ces modalités pour l'obtention de la reconnaissance du titre professionnel seront discutées au sein de l'organe consultatif fédéral des pharmaciens (cf. ci-dessous).

Pour soutenir le développement de la profession, par analogie avec les autres professions de soins, un **organe consultatif fédéral pour pharmaciens** sera constitué au sein du Service Public Fédéral Santé Publique. Cet organe pourra être composé des représentants des facultés des sciences pharmaceutiques des universités belges et des organisations professionnelles représentatives des

pharmaciens. Cet organe consultatif sera intégré dans la structure consultative globalisée prévue par la réforme de la LEPSS et qui octroie un rôle de coordination au Conseil des professions des soins de santé.

L'organe consultatif fédéral peut émettre des **avis**, entre autres, au sujet :

- du développement de la profession de pharmacien et du concept de soins pharmaceutiques ;
- des tâches et responsabilités des pharmaciens et des conditions pour acquérir les différents titres professionnels ;
- des profils de compétence des différentes spécialités de la profession de pharmacien ;
- de l'agrément et de l'audit des services de stage et des maîtres de stage.

Le rôle et l'indépendance du pharmacien d'officine doivent être garantis et renforcés, comme le prévoit l'Accord de gouvernement. L'annexe (GBPPO) de l'AR du 21 janvier 2009 portant instructions pour les pharmaciens sera adapté en ce sens.

Dans l'AR du 8 juillet 2014 relatif à la **formation continue** des pharmaciens d'officine ouverte au public, le rôle des universités n'a pas été retenu. En particulier pour la reconnaissance des activités de formation organisées, il est important que l'implication des universités soit une réalité.

Par ailleurs, on examinera si les conditions de formation, décrites dans l'AR du 5 février 1997 relatif au titre professionnel et aux conditions de qualification pour l'exercice du métier d'**assistant pharmaceutico-technique** (APT) et compte tenu de la liste des actes qui peuvent lui être délégués par un pharmacien, sont adéquates et si elles doivent être adaptées le cas échéant. Un avis à ce sujet sera demandé au Conseil national des Professions Paramédicales. La description des tâches de l'APT comporte du travail logistique et administratif à exécuter en pharmacie sous la surveillance d'un pharmacien, l'exécution de préparations magistrales et officinales et la délivrance

de médicaments et de produits de santé. L'APT a pour mission de soutenir le pharmacien dans sa pratique quotidienne pour permettre à celui-ci de se concentrer sur les soins pharmaceutiques. La formation des APT est très variable : une attestation FOREM d'assistant pharmaceutico-technique, un Bachelier Technologue de laboratoire médical ou un diplôme du 3^e degré de l'enseignement technique comme assistant pharmaceutico-technique. Cette diversité complique l'établissement d'un profil de compétence univoque. L'APT ne possède pas les compétences pour faire du suivi des soins pharmaceutiques. Le titulaire, le coordinateur de qualité de la pharmacie et le pharmacien qui supervise le travail ont pour responsabilité de veiller à ce que les restrictions au niveau des tâches de leur(s) assistant(s) soient respectées.

Dans le cadre de l'autocontrôle par l'afmps, une évaluation des canaux de distribution des dispositifs médicaux sera préparée afin de rendre plus efficace le **contrôle sur les dispositifs médicaux**. Sur la base d'une cartographie des acteurs et des types de dispositifs médicaux, cette évaluation sera réalisée avec tous les acteurs concernés (fabricants, distributeurs, grossistes, pharmaciens, hôpitaux, prestataires de soins). L'APB et l'OPHACO participeront également à cette évaluation.

Enfin, ce cadre pluriannuel confirme pour cette législature que l'officine publique restera dans notre pays le canal exclusif pour la délivrance des **médicaments non soumis à prescription**. En Belgique, les patients disposent en effet d'un réseau de pharmacies très performant et accessible. Par ailleurs, il est dans l'intérêt de la santé du patient de se faire accompagner par un expert en matière de médicaments, à savoir le pharmacien d'officine, lorsqu'il choisit des médicaments en vente libre ou, si nécessaire, d'être référé à un autre professionnel de santé. Le pharmacien veille également à donner les conseils nécessaires sur le bon usage et les effets indésirables des médicaments.

5.4. DÉLIVRANCE DE MÉDICAMENTS DANS LE SECTEUR DES MRS/MRPA

Depuis le 1^{er} avril 2015, le pharmacien est obligé de facturer certains médicaments qui sont délivrés dans des pharmacies publiques, à l'unité (par ex. par comprimé) au patient et à l'assurance maladie. Ceci s'inscrit dans le cadre d'une mesure d'économie qui vise à maîtriser le volume des médicaments facturés à l'assurance maladie. La tarification à l'unité est obligatoire pour les formes « orales-solides » (par exemple comprimés ou capsules) des spécialités pharmaceutiques remboursables délivrées par les pharmacies publiques aux **résidents des maisons de repos pour personnes âgées (MRPA) ou des maisons de repos et de soins (MRS)**. Pour remédier aux problèmes de logiciel et d'organisation, une implémentation progressive de la tarification obligatoire par unité a été acceptée jusque fin août 2015. Une **évaluation** approfondie de cette mesure sera faite début 2017. En fonction des résultats, l'honoraire hebdomadaire pourra être ajusté.

Les conclusions de l'étude **Come-On** sur la gestion de médication, l'usage d'un formulaire et la concertation médico-pharmaceutique (CMP) dans les MRS/MRPA sont attendues dans le courant de 2017. Au terme de cette expérimentation, le Comité de l'assurance ou un groupe de travail qu'il aura désigné procédera à son évaluation globale et formulera des propositions de recommandations à la ministre concernant la politique de soins médico-pharmaceutiques en maisons de repos pour personnes âgées et en maisons de repos et de soins.

La préparation de la médication destinée à un patient individuel à un moment de prise spécifique, c'est-à-dire la Préparation de Médication Individuelle (PMI) ne peut se faire actuellement que dans un local d'une pharmacie ouverte au public. On examinera sous quelles conditions des **activités de PMI** pourraient aussi être exécutées **en dehors de l'officine (« extra-muros »)** dans un local approprié lié à une pharmacie d'officine ouverte au public. Cela permettra aux pharmacies d'officine qui ne disposent que d'un espace limité à leur adresse de prendre aussi des initiatives pour faire de la PMI automatisée dans des conditions garantes de qualité. La cellule politique fixera, en concertation avec les associations des pharmaciens et l'afmps, le cadre juridique pour cette activité « *extra-muros* ».

6. VALORISATION DU RÔLE DE PRESTATAIRE DE SOINS DU PHARMACIEN D'OFFICINE

6.1. PRINCIPES

En 2010, le système de rémunération du pharmacien pour les médicaments remboursables évoluait de la « marge » vers des « honoraires », principalement. La rémunération fut ainsi partiellement dissociée du prix de ces produits. L'adaptation du système de rémunération doit se poursuivre, de manière à cibler plus encore et à encourager les soins pharmaceutiques en vue d'une production de santé optimale pour le patient. Cela demandera une **réforme** approfondie, qui sera programmée et exécutée par étapes et en phases successives, en concertation avec les parties concernées, et qui s'étendra sur plusieurs années. Les mesures décrites ci-dessous forment le point de départ et le contenu de la réforme qui sera menée au cours des prochaines années ; par la suite, des mesures supplémentaires seront également nécessaires.

Pour renforcer et renouveler le rôle du pharmacien, en particulier le pharmacien de référence, le fil conducteur à suivre se compose des points d'attention suivants :

- un **glissement progressif d'une rémunération par délivrance d'un produit vers une rémunération des soins (pharmaceutiques) au patient**, la priorité étant donnée à l'optimisation de l'usage des médicaments en vue d'améliorer la qualité de vie du patient, en fonction de ses besoins ;
- concrétiser la fonction du **pharmacien de référence**, qui gère les soins pharmaceutiques

du patient chronique en collaboration avec le médecin généraliste qui tient le DMG ;

- un glissement progressif et partiel vers une **rémunération par capitation** pour le pharmacien de référence pour certains patients ;
- le gouvernement et les organisations professionnelles planifient ensemble les nouvelles rémunérations qui seront instaurées de manière à utiliser de façon optimale, par année, **le budget** disponible et à permettre la mise en place progressive, sur le terrain, de la gestion du changement nécessaire.

La réforme doit soutenir les pharmaciens à contribuer aux **soins intégrés pour les malades chroniques**. En effet, c'est un des objectifs stratégiques importants durant cette législature en ce qui concerne les soins de santé. De manière générale, l'accent est mis sur l'optimisation de l'usage des médicaments et l'amélioration de l'observance thérapeutique. Outre une valorisation des tâches et des objectifs du pharmacien, un système de rémunération valorisant constituera le moteur principal pour soutenir les changements nécessaires auxquels le pharmacien d'officine sera confronté au cours des prochaines années.

En ce qui concerne le concept de « soins pharmaceutiques », sa définition restera celle stipulée dans le GBPPO, au point 7 de l'annexe de l'AR du 21 janvier 2009 portant instructions pour les pharmaciens. Les soins pharmaceutiques placent le patient au centre, sont axés

sur les résultats (et donc mesurables) et sont organisés en concertation avec les autres prestataires de soins. Le patient doit avoir un rôle actif dans le choix des soins pharmaceutiques qui lui sont proposés et doit avoir la certitude que sa vie privée sera respectée à tout moment. De nombreux patients chroniques sont capables de prendre soin d'eux-mêmes et de gérer eux-mêmes leurs soins. En premier lieu, cela veut dire qu'ils peuvent eux-mêmes prendre les rendez-vous nécessaires et qu'ils sont en mesure de comprendre et de suivre les conseils et recommandations de leurs prestataires de soins.

L'**honoraire de base** est maintenu et consiste en la rémunération des soins pharmaceutiques de base tels que décrits au point 7.1 du GBPPO susmentionné.

Les nouvelles rémunérations qui entrent en ligne de compte pour renforcer le rôle des pharmaciens au niveau des soins pharmaceutiques en vue d'une production de santé optimale pour le patient s'inscrivent en premier lieu dans le cadre visant à favoriser les **soins intégrés pour les patients chroniques**.

Le **suivi des soins pharmaceutiques** (point 7.2 du GBPPO) est un concept qui est avant tout orienté patient. Il consiste en un suivi individualisé du traitement pharmaceutique du patient qui fait suite à un accord entre le patient, le pharmacien et, le cas échéant, le médecin. Pour toutes les rémunérations dans le cadre du suivi des soins pharmaceutiques, la transparence vis-à-vis du patient est nécessaire. Celui-ci doit savoir quelle rémunération le pharmacien perçoit et pourquoi. La preuve du paiement du patient sera adaptée en ce sens, conformément à la loi sur la transparence.

Etant donné que les soins intégrés multidisciplinaires pour les patients chroniques donnent priorité à la collaboration entre les prestataires des soins, **le suivi individualisé** des patients pour lesquels des honoraires spécifiques de soins chroniques sont prévus, doit toujours être communiqué au médecin traitant.

Selon la réglementation, le suivi des soins pharmaceutiques est en premier lieu destiné à certains patients atteints d'une pathologie particulière ou ayant un état physiologique particulier, présentant des risques

iatrogènes ou une mauvaise observance thérapeutique. Le **groupe-cible** pour lequel le suivi des soins pharmaceutiques possède une plus-value, est en premier lieu celui des patients chroniques.

6.2. RÉMUNÉRATIONS ENTRANT EN LIGNE DE COMPTE POUR UNE RÉORIENTATION

Suite à une modification du budget en 2017 et dans le cadre de l'établissement des budgets 2018 et 2019, des moyens pourront être libérés au sein du budget propre au secteur pour valoriser et développer le suivi des soins pharmaceutiques. La répartition des sous-budgets sera fixée au niveau de la Commission de Conventions Pharmaciens-organismes assureurs (CCP) en fonction des réalisations sur le terrain. Les honoraires suivants sont prioritaires :

- **Honoraire d'entretien d'accompagnement de nouvelle médication (ENM) (2,5 millions d'euros TVAC)**

Le budget prévu pour l'ENM Asthme n'est que partiellement utilisé à l'heure actuelle (0,6 million d'euros). Le budget restant est disponible pour élargir et réformer l'ENM Asthme et ainsi mettre en place le « BUM pathologie Asthme » : élargissement aux patients chroniques souffrant d'asthme ou de bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO).

- **Honoraires de garde (4,9 millions d'euros)**

La masse de rémunération actuelle des honoraires de garde peut être libérée pour développer, parallèlement à une réallocation budgétaire d'une partie des honoraires DCI, un nouveau système de rémunération pour la garde, composée d'une combinaison d'honoraires de disponibilité et d'honoraires de garde (cf. supra).

- **Honoraires prescription en Dénomination Commune Internationale (DCI) (12,4 millions d'euros TVAC)**

Le pharmacien reçoit un honoraire pour la délivrance d'un médicament intégré dans le système de remboursement de référence et qui a été prescrit en DCI. Cet honoraire sera libéré pour des tâches de suivi des soins pharmaceutiques.

• Honoraires dans le secteur des MRS et MRPA

Dans le secteur des MRS et MRPA, l'honoraire de base et les honoraires Chapitre IV et DCI ont déjà été convertis en 2015 en un honoraire hebdomadaire par patient (18,6 millions d'euros TVAC). Les honoraires perçus en cas de prescription en DCI de formes non orales solides (\pm 132.000 euros) peuvent être utilisés pour financer de nouvelles initiatives, comme la tenue et la mise à jour de schémas de médication, la réalisation de PMI et la prise en charge de tâches de soins pharmaceutiques supplémentaires conformément aux recommandations de l'étude Come-On.

6.3. TÂCHES DE SOINS ENTRANT EN LIGNE DE COMPTE POUR UNE RÉMUNÉRATION

Les tâches de soins suivantes entrent en ligne de compte pour une réallocation budgétaire :

• Pharmacien de référence

Aujourd'hui, les pharmaciens d'officine bénéficient d'un honoraire de dispensation qui rémunère les soins pharmaceutiques de base. Pour développer des services de suivi des soins pharmaceutiques et ainsi optimiser l'usage des médicaments, les conditions nécessaires doivent être réunies. Le pharmacien de référence pourra prendre cela en charge. La mission assumée par le pharmacien de référence (cf. supra) n'est pas une intervention unique. Il s'agit d'un engagement de longue durée qui exige une attention et un effort constants. Il est dès lors logique que le pharmacien de référence soit rémunéré pour ces tâches au travers d'une rémunération par capitation perçue pour les patients avec lesquels il a établi une relation de suivi de soins pharmaceutique de longue durée.

• Entretiens de Bon Usage des Médicaments (BUM)

Les entretiens d'accompagnement actuels menés à l'initiation d'une nouvelle médication contre l'asthme seront maintenus et élargis :

- ▶ à d'autres situations et pathologies pour lesquelles des preuves existent (**BUM pathologie**). Cet entretien d'accompagnement s'adressera aux patients qui souffrent d'une pathologie chronique

et aura pour but d'améliorer la littératie en santé et l'autonomie du patient : une meilleure connaissance de sa maladie, l'importance du traitement, comment réagir face à des effets indésirables, connaissance des signaux d'alarme, etc ;

- ▶ à l'usage chronique des médicaments quand la maladie n'est pas sous contrôle, par exemple par un mauvais usage ou un manque d'observance thérapeutique (**BUM adhésion thérapeutique**). Cet entretien sera proposé à un patient chronique dont l'observance est sous-optimale. Il consistera à parcourir avec le patient les problèmes rencontrés et à proposer des solutions visant à améliorer l'adhésion. Le pharmacien en profitera pour rappeler aussi l'importance du traitement et du suivi médical ;
- ▶ en cas de polymédication, quand un patient prend cinq médicaments ou plus pendant une longue période, et ce, pour optimiser et consolider le schéma de médication en concertation avec le patient et le prescripteur (**BUM polymédication**).

Un entretien d'accompagnement est réalisé sur proposition d'un médecin (de famille), du patient ou du pharmacien (de préférence, le pharmacien de référence), moyennant le consentement éclairé du patient. Le pharmacien qui réalise un entretien d'accompagnement, en informe toujours le médecin traitant. Pour chaque type de BUM, un contenu adapté et **des indicateurs clés de performance (KPI)** réalistes, qui devront être parcourus au cours d'un ou plusieurs entretiens, seront fixés. Le contenu et les KPI seront validés par la CCP, sur la base d'un fondement et de preuves scientifiques, de l'orientation résultats et de la qualité du BUM.

• Préparation de Médication Individuelle ou autres outils de soutien à l'adhésion thérapeutique

La Préparation de Médication Individuelle (PMI), telle que décrite dans l'AR concerné de décembre 2012, consiste à préparer des unités par moment de prise sur la base d'un schéma d'administration validé. Conformément aux recommandations du GBPPO, le suivi des soins pharmaceutiques peut être complété par de la PMI ou d'autres formes novatrices de soutien à l'adhésion thérapeutique. Ceci peut se faire de

manière manuelle ou automatisée et être géré par le pharmacien (de référence) lui-même ou être sous-traité par un collègue spécialisé. Sur prescription du médecin, les patients en perte d'autonomie entreront en ligne de compte pour le remboursement de ce service.

Le rapport coût-efficacité (des différentes composantes) de la PMI et d'autres formes novatrices de soutien à l'adhésion thérapeutique sera examiné dans des projets pilotes de soins intégrés en faveur des malades chroniques qui testeront ces outils de soutien à l'adhésion thérapeutique. Ces derniers ne pourront être employés qu'à la demande du patient et en tenant compte de sa situation spécifique.

Afin de garantir à chaque patient une prestation de service correcte et de qualité pour chaque tâche de soin (pharmacien de référence, BUM, PMI), des garanties de qualité et de prestation de service réalistes doivent être convenues sous forme de KPI, de monitoring, de benchmarking, de contrôles effectifs, etc.

6.4. MÉTHODE DE RÉMUNÉRATION DES NOUVELLES TÂCHES DE SOINS

En vue de mener une politique homogène concernant les patients ayant le statut de malade chronique, le pharmacien de référence recevra, par analogie à la rémunération octroyée au médecin généraliste qui gère le dossier médical global de patients chroniques, une rémunération par capitation. Concrètement, il s'agit de **patients de la tranche d'âge 45-74 ans qui bénéficient du statut de malade chronique et ont un DMG chez leur médecin de famille**. Cette mesure favorise le développement du DMG et du DPP, en premier lieu pour les patients qui en ont le plus besoin et pour qui la collaboration et la communication entre prestataires de soins sont importantes dans le cadre des soins intégrés. En 2017, le statut de «malade chronique» et le fait d'avoir un DMG seront communiqués de manière électronique par les organismes assureurs aux pharmaciens via MyCareNet.

Les patients atteints de diabète de type 2 inclus dans un **pré-trajet de soins diabétiques** et bénéficiant

d'une éducation à l'adhésion thérapeutique dispensée par le pharmacien pourront aussi faire le choix d'un pharmacien de référence. Dès lors, le pharmacien pourra également recevoir l'honoraire par capitation pour ces patients. Cet élargissement du groupe-cible s'inscrit dans le cadre du soutien aux initiatives multidisciplinaires de la première ligne.

Pour les médecins, on était parti du principe que 365.440 patients entraient en ligne de compte. Une **rémunération par capitation** de 30 euros par an sera octroyée aux pharmaciens de référence pour le même groupe de patients. L'impact budgétaire total peut ainsi être estimé à maximum 11 millions d'euros. La rémunération par capitation ne sera pas indexée automatiquement. Les pharmaciens dépendront donc de l'évolution du nombre de DMG pour malades chroniques pour l'obtention de cette rémunération. La catégorie d'âge définie (45-74 ans) aura également un effet restrictif.

Pour ces raisons, une rémunération par capitation pourra également être octroyée au pharmacien de référence qui, moyennant un accord **entre le patient, le pharmacien et le médecin**, effectuera le suivi des soins pharmaceutiques pour un patient. Le suivi des soins pharmaceutiques présuppose une bonne collaboration entre le médecin et le pharmacien.

Par conséquent, **trois groupes-cibles** de patients pourront choisir un pharmacien de référence :

- les patients ayant le statut de «malade chronique» ainsi qu'un DMG et appartenant à la tranche d'âge 45-74 ans ;
- les patients inclus dans un pré-trajet diabète et bénéficiant d'une éducation à l'adhésion thérapeutique ;
- les patients auxquels un suivi des soins pharmaceutiques est proposé.

Les BUM (pathologie, polymédication et adhésion thérapeutique) seront rémunérés **par prestation**. Cette rémunération interviendra a posteriori, après vérification des conditions d'EBM, du respect des KPI qui, lors de la mise en place des BUM, auront été développés à l'aide d'une méthode scientifiquement éprouvée, etc.

La CCP fixera les tarifs des BUM en concertation avec la cellule politique. Les nouveaux BUM et leur impact budgétaire seront évalués après un an, puis chaque année, le cas échéant, adaptés (vers le bas ou vers le haut).

6.5. CADRE BUDGÉTAIRE

La masse d'honoraires des pharmaciens reste comprise dans l'objectif budgétaire partiel des prestations pharmaceutiques. À partir de l'année budgétaire 2017, un montant « masse d'honoraires spécialités des pharmacies ouvertes au public » sera fixé sur la base des estimations techniques issues des données de Pharmanet et sur lesquelles s'appliqueront les dispositions de l'article 18 de la loi SSI. La législation sera adaptée dans ce sens. Ce montant sera ajouté à titre informatif à la rubrique 3 de la note budgétaire soumise au Comité de l'Assurance (CA) et au Conseil Général (CG).

La masse d'honoraires sera estimée annuellement lors des estimations techniques de septembre sur la base des données provenant de Pharmanet. À l'instar des autres secteurs des soins de santé, le budget sera ainsi fixé annuellement par le **Conseil Général, le troisième lundi d'octobre**, lors de la préparation du budget initial de l'année suivante. Tout comme dans les autres secteurs, ceci se fera sur la base des estimations techniques les plus récentes et en tenant compte des mesures prises. Si le Conseil Général ne parvient pas à un accord, il reviendra à la ministre de prendre la décision après consultation en conseil des ministres.

En cas de **dépassement de la masse d'honoraires**, on procédera de la même manière que dans les autres secteurs sur la base des articles 18 et 40 de la loi SSI. La rétribution automatique qui était jusqu'à présent en vigueur sera supprimée. La législation sera modifiée en conséquence.

La trajectoire de changement des pharmaciens demandera du temps et, pour cette raison, devra se faire de façon progressive. L'ensemble du cadre juridique et réglementaire doit être mis en œuvre au cours de cette législature afin d'ancrer le cadre pluriannuel de façon

durable. Compte tenu du changement progressif que traversera le secteur, la réorientation des moyens sera étalée sur plusieurs années et pourra mener, certaines années, à une sous-utilisation de la masse réorientée. Tout comme dans les autres secteurs, il n'y aura pas de droit de tirage vis-à-vis de cette masse sous-utilisée. À l'instar de tous les autres secteurs, le budget réaffecté sera garanti deux ans maximum. La masse à réorienter et sa destination seront déterminées par le Conseil Général lors de l'établissement du budget initial. Le budget approuvé détaillera le montant de la masse d'honoraires totale, ainsi que le montant réaffecté et son utilisation pour des honoraires rémunérant des tâches de soins. En cours d'exercice budgétaire, des **réaffectations** de budget pourront être réalisées par le biais d'un amendement budgétaire pour autant qu'elles s'inscrivent dans le cadre défini dans le présent document et qu'elles respectent la neutralité budgétaire. À l'instar de tous les autres secteurs des soins de santé, aucun droit de tirage ne sera autorisé à cet égard.

Compte tenu des nouvelles tâches de soins pour les malades chroniques, on commencera en 2017 par le déploiement du pharmacien de référence pour les malades chroniques. Le budget requis pour la **rémunération par capitation** du pharmacien de référence sera dégagé au niveau de l'honoraire DCI des pharmaciens en ajustant la valeur de la lettre clé. En outre, 2 millions d'euros seront libérés chaque année du budget dédié aux soins intégrés en faveur des malades chroniques.

Le service de garde des pharmaciens sera réformé en 2018. La compensation financière pour le pharmacien de garde sera renforcée. Du budget sera libéré à cette fin en ajustant la valeur de la lettre clé de l'honoraire DCI.

La valeur de la lettre clé de l'honoraire DCI sera ainsi ramenée à zéro dès l'entrée en vigueur de ces deux mesures.

En 2018 et 2019, les **BUM** pourront être **étendus** et une rémunération pourra être octroyée pour les formes novatrices de soutien à l'observance thérapeutique (par exemple PMI). Le budget nécessaire devra être libéré au sein des moyens propres au secteur.

La libération de budgets et l'implémentation de nouveaux projets de soins se feront graduellement et sur proposition de la CCP qui, pour chaque projet, définira le contenu ainsi qu'un calendrier budgétaire réaliste. Ceci sera ancré dans un avenant à la convention nationale entre pharmaciens et organismes assureurs qui sera soumis pour approbation à la Commission de Contrôle Budgétaire (CCB), au CA et au CG. La réaffectation des honoraires débutera dans le courant de cette législature et pourra se poursuivre après celle-ci. Une partie des rémunérations entrant en ligne de compte pour une réorientation (cf. 7.2) pourra donc aussi être réorientée après cette législature.

Dans tous les cas, on partira, durant cette législature, de l'**estimation budgétaire pluriannuelle** suivante pour la masse d'honoraires globale :

- 2017 : 564,1 millions d'euros ;
- 2018 : 572,7 millions d'euros ;
- 2019 : 580,5 millions d'euros.

Au moment de fixer cette planification pluriannuelle, les hypothèses suivantes ont servi de point de départ :

- plus de baisse du nombre de conditionnements en 2018 et 2019 ;

- indexation annuelle des honoraires à hauteur de 2 %, ce qui représente une dépense supplémentaire d'environ 10 millions d'euros par an ;
- poursuite de la baisse de la marge économique à concurrence de 1,8 million par an (ce qui correspond à la différence entre la réestimation 2016 et l'estimation 2017).

S'il devait ressortir, des estimations techniques ou des réalisations, un dépassement des plafonds susmentionnés pour l'année concernée, il sera demandé à la CCP d'élaborer une mesure d'économie structurelle compensatoire à hauteur du dépassement constaté et portant sur la masse d'honoraires globale. En attendant l'élaboration et l'entrée en vigueur de cette mesure compensatoire, la CCP abaissera temporairement un honoraire choisi par les pharmaciens afin de générer le même résultat budgétaire que la mesure d'économie compensatoire.

Si, dans le cadre de la politique budgétaire du gouvernement, ce dernier n'était pas en mesure de respecter ce cadre budgétaire, des efforts supplémentaires pourront être demandés, et ce, même si les objectifs du présent cadre pluriannuel risquent, ce faisant, d'être mis en péril.

7. TIMING

Le tableau ci-dessous propose un planning annuel indicatif des différentes initiatives discutées dans ce cadre pluriannuel.

7.1. CADRE RÉGLEMENTAIRE ET MODIFICATIONS LÉGALES

2017	2018	2019
<ul style="list-style-type: none">• Révision de la réglementation de répartition.• Publication de la pharmacie de garde après 22 h.• Révision de l'AR formation continue.• La prescription électronique constitue un document valide pour la délivrance et le remboursement et elle « prime ».• Réglementation de la validité de la « preuve de prescription électronique » pour la délivrance et le remboursement en cas de force majeure.• Recalibrage du prix des matières premières.• Développement d'un cadre juridique pour permettre la sous-traitance de la magistrale.	<ul style="list-style-type: none">• Création du Conseil national d'avis des pharmaciens.• Concertation sur les critères de formation des assistants pharmaceutico-techniques.• Révision de la définition de la profession de pharmacien d'officine dans la LEPSS (AR78).• Introduction du titre professionnel de pharmacien d'officine.• Permettre des activités PMI « extra-muros ».• Adaptation de la convention en fonction des honoraires de garde.	<ul style="list-style-type: none">• Prolongation du moratoire.• Statut officiel pour les matières premières orphelines et remboursement via la pharmacie ouverte au public.

7.2. DÉLIVRANCE DE MÉDICAMENTS EN MAISON DE REPOS

2017	2018	2019
<ul style="list-style-type: none"> • Evaluation TàU et ré-estimation de l'honoraire hebdomadaire TàU. • Analyse des résultats de l'étude Come On. 	<ul style="list-style-type: none"> • Possibilité de réallocation avec neutralité budgétaire pour le financement de nouvelles tâches de soins sur la base de l'étude Come-On. 	<ul style="list-style-type: none"> • Possibilité de réallocation avec neutralité budgétaire pour le financement de nouvelles tâches de soins sur la base de l'étude Come-On.

7.3. DÉVELOPPEMENTS DIGITAUX ET PRESTATION DE SERVICES EN LIGNE

2017	2018	2019
<ul style="list-style-type: none"> • Archive pour les prescriptions électroniques. • La prescription électronique prime sur « la preuve de prescription électronique » papier à partir du 01/01/2017. • Tous les pharmaciens d'officine peuvent partager des schémas de médication sur une plateforme digitale sécurisée. • Explorer le remboursement de « mobile health ». 	<ul style="list-style-type: none"> • Prescription, délivrance et tarification « Paperless » des médicaments. • Le schéma de médication remplace la preuve de prescription électronique. • Réglementation de la vente en ligne de médicaments soumis à prescription. • Réglementation « mobile health ». 	<ul style="list-style-type: none"> • Déploiement du système VIDIS.

7.4. PRÉPARATIONS MAGISTRALES

2017	2018	2019
<ul style="list-style-type: none"> • Autocontrôle avec sensibilisation et responsabilisation des pharmaciens et financement de cet autocontrôle par le biais d'une partie des moyens du « compte n° 1 ». • Formation permanente et CMP sur les préparations magistrales. • Développement d'un cadre juridique pour permettre la sous-traitance de la magistrale. 		

7.5. VALORISATION DU RÔLE DE PRESTATAIRE DE SOINS DU PHARMACIEN D'OFFICINE

2017	2018	2019
<ul style="list-style-type: none"> • Rémunération du pharmacien de référence par capitation pour les patients chroniques. • Adaptation de la valeur de la lettre clé pour les honoraires DCI. • Elargissement des ENM en BUM Asthme pour les patients chroniques (en utilisant la masse budgétaire «ENM» prévue à cet effet). • Description d'une liste d'indicateurs et de critères qui permettront de réaliser les nouveaux services de manière optimale et qui entrent en ligne de compte pour des incitants financiers. 	<ul style="list-style-type: none"> • Un honoraire de disponibilité pour les gardes de nuit (22 h - 8 h) est instauré. L'honoraire actuel pour la délivrance urgente est maintenu moyennant une petite réforme (8 h - 22 h). Ce « système mixte » est financé par la masse de rémunération actuelle des honoraires de garde + une partie des honoraires DCI. • Adaptation de la valeur de la lettre clé pour les honoraires DCI. • Pour la délivrance urgente de médicaments prescrits, remboursables ou non, plus aucun honoraire n'est réclamé au patient par le pharmacien pendant la garde. • Le rapport coût-efficacité des formes novatrices de soutien à l'adhésion thérapeutique sera examiné dans des projets pilotes de soins intégrés en faveur des malades chroniques qui utiliseront ces outils de soutien. • Des fonds propres peuvent être libérés pour l'élargissement du BUM. 	<ul style="list-style-type: none"> • Des fonds propres peuvent être libérés pour l'élargissement du BUM et pour des formes novatrices de soutien à l'adhésion thérapeutique.

8. CONCLUSION

Ce cadre pluriannuel fait une série de pas importants vers des soins pharmaceutiques de qualité, accessibles et abordables ; il renforce et renouvelle le rôle des pharmaciens d'officine au sein de la première ligne de soins et ambitionne une numérisation accrue des processus de prestation de services de soins pharmaceutiques. Il offre de **nouvelles perspectives à la fois pour le patient et pour le pharmacien.**

Les patients ont droit à des médicaments de qualité ainsi qu'à un soutien optimal de la part de leur pharmacien (de référence), et ce, malgré les besoins croissants en soins et la pression sur le budget des soins de santé. Grâce à ce cadre pluriannuel, les patients auront accès à de nouveaux services tels que le suivi proactif de leur médication par leur pharmacien de référence. Ceci doit contribuer à des soins plus intégrés pour les malades chroniques, à de meilleurs résultats quant à leur usage des médicaments, et surtout à une amélioration de leur santé et de leur qualité de vie. Grâce à la réforme de la loi de répartition, à la diffusion des informations relatives aux services de garde après 22 h sur les sites www.pharmacie.be / www.apotheek.be et à l'élargissement des prestations de service en ligne à partir du réseau existant de pharmacies d'officine, davantage de possibilités et de meilleures garanties d'accès aux médicaments et aux soins pharmaceutiques vont être créées pour tous. Et cela, sans coûts supplémentaires pour le patient, bien au contraire : les honoraires de garde pour les prescriptions de médicaments urgents seront supprimés, même si ces médicaments ne sont pas remboursés par l'assurance maladie, tandis que l'accès en ligne à des médicaments sur ordonnance deviendra possible,

avec le même encadrement en termes de soins et de sécurité que celui de la pharmacie physique. En outre, des développements au niveau numérique, l'e-Santé et la « mobile health » permettront aux patients d'avoir un accès en temps réel à leur schéma de médication complet, exact et mis à jour ainsi qu'à des formes novatrices de soutien à l'adhésion thérapeutique.

Le **pharmacien d'officine** a l'opportunité de se (re)profiler et de se développer davantage au sein de la première ligne. Les prestations intellectuelles du pharmacien d'officine en tant qu'expert du médicament et conseiller en matière d'usage des médicaments dans un cadre de soins multidisciplinaires seront ainsi valorisées au travers d'une réforme des honoraires. Pour la première fois, la fonction du pharmacien de référence sera reconnue et développée. Le titre professionnel de pharmacien d'officine sera officiellement reconnu. La prévention et la promotion de modes de vie sains seront formellement reconnues en tant que tâches du pharmacien d'officine. Par analogie à d'autres professions de soins, un organe consultatif national des pharmaciens sera établi. Le pharmacien va devenir un acteur à part entière dans le processus de soins de chaque patient. Les règles de répartition des pharmacies d'officine seront adaptées en fonction de l'accessibilité aux médicaments et aux soins pharmaceutiques et devront apporter une solution aux aspirations sur le terrain. Une opportunité est également offerte pour l'accroissement d'échelle, la diversification et les gains d'efficacité qui peuvent être bénéfiques pour la qualité des soins pharmaceutiques et faciliter la distribution des médicaments. Une spécialisation pourra intervenir dans le domaine des préparations magistrales,

qui restent réservées aux pharmaciens d'officine. Des opérations logistiques telles que le reconditionnement et le stockage des médicaments pourront, moyennant les précautions nécessaires en termes de qualité, également être organisées «extra-muros», ce qui permettra aussi une augmentation de l'efficacité. La simplification administrative générée par la numérisation et l'automatisation permettra aux pharmaciens d'officine de se concentrer davantage sur leurs tâches de soins.

Et qu'en est-il donc des **pouvoirs publics**? Ils voient le pharmacien de référence assumer un rôle actif dans la réforme vers des soins chroniques intégrés pour une meilleure santé, ils ouvrent des perspectives pour un usage des médicaments plus efficace en termes de

coûts et ils prennent des mesures concrètes en vue de solutions durables pour des soins pharmaceutiques de qualité et accessibles. Ce cadre pluriannuel est cohérent avec les réformes en cours, telles que la révision de la loi sur l'exercice des professions de soins de santé, connue sous le nom «d'AR 78», et d'autres accords-cadres, tels que le Pacte d'avenir pour le patient avec l'industrie pharmaceutique, le pacte relatif aux dispositifs médicaux et celui signé avec les organismes assureurs. Ainsi, la politique de santé, telle que décrite dans l'accord de gouvernement fédéral, se réalise pas à pas, désormais aussi dans le secteur des pharmacies d'officine. L'objectif restant toujours le même : de meilleurs soins et plus de santé pour le patient tout en gardant le budget sous contrôle.

Maggie De Block

Ministre des Affaires sociales
et de la Santé publique

Marcel Hermans

Président, OPHACO

Lieven Zwaenepoel

Président, APB

Copyright :

Éditeur responsable : Maggie De Block

Photos : Thierry Strickaert (front) & Rudi van Beek (back)

