

## Avis du directeur général :

### Politique de remboursement des bandes réactives pour la glycémie

---

Le directeur général instaure des changements au remboursement des bandes réactives pour la glycémie (BRG) pour les prestataires admissibles du Programme de médicaments de l'Ontario (PMO). Ces changements entreront en vigueur le 1<sup>er</sup> août 2013.

#### Justification

Des études ont indiqué que les BRG présentent un avantage limité pour de nombreux patients diabétiques qui ne sont pas traités à l'insuline. En se basant sur les meilleures preuves, le gouvernement modifie le nombre de bandes réactives pour la glycémie qu'il remboursera aux personnes diabétiques tout en veillant à ce que celles qui ont besoin de ces bandes pour gérer leur diabète continuent de les obtenir. Les nouveaux changements du remboursement des BRG s'alignent sur les lignes directrices de l'Association canadienne du diabète (ACD) et encouragent l'adoption de pratiques de vérification appropriées pour que les patients en retirent des bienfaits optimaux.

Un rapport de juillet 2009 de l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (ACMTS) indique qu'en pratique les bandes réactives pour la glycémie ont des bienfaits cliniques limités pour de nombreux patients qui ne sont pas traités à l'insuline. L'ACD a aussi publié dans le numéro de septembre 2011 du *Canadian Journal of Diabetes* un [commentaire](#) à l'intention des fournisseurs de soins de santé dans lequel elle dit qu'il peut être raisonnable de limiter le nombre de bandes réactives remboursées aux patients qui prennent des médicaments oraux contre le diabète.

#### Règles générales et limites

Le Système du réseau de santé (SRS) suivra et déterminera les niveaux appropriés de remboursement des BRG en se fondant sur le traitement du diabète suivi par les prestataires admissibles du PMO.

Quand une demande de remboursement de BRG sera présentée au nom de prestataires admissibles du PMO, le SRS examinera automatiquement les demandes de remboursements de médicaments contre le diabète des **six premiers mois** pour relever les demandes de remboursement de produits d'insuline et d'autres médicaments contre le diabète. Il appliquera ensuite le nombre maximal ci-dessous de BRG pour l'autovérification qui peut être remboursé dans les 365 jours suivants :

Traitement du diabète	Maximum annuel de BRG pour une période de 365 jours
Gestion du diabète avec de l'insuline	3 000

Gestion du diabète avec des médicaments contre le diabète qui risquent fort de causer l'hypoglycémie* <sup>1</sup>	400
Gestion du diabète avec des médicaments contre le diabète qui risquent peu de causer l'hypoglycémie* <sup>2</sup>	200
Gestion du diabète au moyen du régime alimentaire et du mode de vie seulement (pas d'insuline ni de médicaments contre le diabète)	200

\* faible taux sanguin de sucre

1 Y compris, sans s'y limiter, glyburide, gliclazide, chlorpropamide, tolbutamide, repaglinide, nateglinide ou glimepiride

2 Y compris, sans s'y limiter, metformine, phosphate de sitagliptine monohydraté, saxagliptine, acarbose, rosiglitazone, pioglitazone, linagliptine ou liraglutide

Les prestataires auront droit au nombre indiqué de bandes à utiliser au cours d'une période de 365 jours, nombre qui englobera les demandes de remboursement en ligne et imprimées.

Les pharmaciens qui présentent une demande de remboursement d'insuline ou de médicaments contre le diabète avec une demande de remboursement de BRG, **devraient présenter la demande de remboursement de tous les médicaments contre le diabète avant d'entrer la demande de remboursement des BRG**. Ainsi, le profil pharmaceutique le plus à jour est pris en compte dans l'examen du traitement chronologique et les patients reçoivent le nombre approprié de bandes. De même, toutes les demandes de remboursement imprimées connexes devraient être présentées le plus tôt possible.

Quand une demande de remboursement sera présentée, le SRS passera en revue la période de 365 jours écoulée et calculera si le prestataire a atteint le maximum alloué pour cette période. S'il n'a pas atteint le maximum, il sera admissible à recevoir des bandes jusqu'à concurrence de la quantité maximale.

### Réponses du SRS aux demandes de remboursement

Si un patient dépasse le nombre maximal de bandes au cours d'une période de 365 jours, le pharmacien reçoit un code de réponse indiquant que le bénéficiaire a atteint la limite et que la demande est refusée. Le SRS peut envoyer deux codes de réponse dans ce scénario :

#### 1. OC – Réduction requise de la quantité

Ce code de réponse s'affichera si la demande de remboursement peut être acceptée en réduisant la quantité. Une ligne de message indiquera le nombre permis de bandes avant que le patient atteigne sa limite.

#### 2. LO – Prestation maximale dépassée

Ce code de réponse indique que le prestataire a dépassé sa limite allouée et ne peut pas recevoir de bandes supplémentaires à moins d'obtenir une dérogation.

## Dérogation

Il peut exister des *circonstances cliniques exceptionnelles* dans lesquelles les patients peuvent avoir besoin de bandes réactives supplémentaires. Quand un patient a atteint la limite de bandes disponibles pour une période de 365 jours, les pharmaciens peuvent employer deux codes d'intervention. Ils doivent fournir la documentation à l'appui de chaque code et la conserver pendant au moins deux ans à des fins de vérification.

### 1. Dérogation/code d'intervention « NF – Dérogation – Quantité appropriée »

Il est possible d'utiliser ce code d'intervention pour les patients qui ont besoin de plus de 200 bandes réactives au cours d'une période de 365 jours parce qu'ils ont eu au cours des six derniers mois des demandes de remboursement de l'insuline et/ou de médicaments contre le diabète (qui risquaient fort de provoquer une hypoglycémie) et n'étaient pas remboursés par le PMO. Les médicaments contre le diabète remboursés par un régime privé d'assurance-médicaments ou payés par le patient doivent être documentés et disponibles à des fins de vérification.

### 2. Dérogation/code d'intervention « MG – Dérogation – Raisons cliniques »

Ce code de dérogation permettra de rembourser 100 bandes réactives supplémentaires pour les patients auquel un professionnel de la santé a demandé de surveiller leur glycémie plus fréquemment pour des raisons cliniques. La documentation doit indiquer la raison du dépassement de la fréquence recommandée et le nom du professionnel de la santé traitant ainsi que le numéro d'identification de l'Ordre des pharmaciens de l'Ontario (OPO).

Type de dérogation	Code d'intervention	Exemples de raisons de dérogation	Documentation requise
Quantité appropriée	NF	<ul style="list-style-type: none"><li>Le patient a une demande de remboursement de l'insuline ou de médicaments contre le diabète qui risquent fort de provoquer une hypoglycémie et qui n'ont pas été remboursés par le PMO au cours des 6 derniers mois (p. ex., le patient les a payés de sa poche ou ils ont été payés par une assurance-médicaments privée).</li></ul>	Oui
Raisons cliniques de	MG	<ul style="list-style-type: none"><li>Le patient a eu</li></ul>	Oui

la fréquence accrue des vérifications demandée par un professionnel de la santé		<p>récemment une maladie de courte durée ou une infection qui a eu des conséquences sur le contrôle de la glycémie</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Problèmes dus à des interactions de médicaments</li> <li>• Le patient prend un nouveau médicament réputé causer une hyperglycémie (p. ex., stéroïdes)</li> <li>• Diabète gestationnel</li> <li>• Profession qui oblige à éviter strictement l'hypoglycémie (p. ex., pilote, contrôleur aérien, postes essentiels dans les chemins de fer)</li> </ul>	
---	--	--	--

**Nous avons besoin de votre aide**

Afin que les patients obtiennent la quantité appropriée de bandes pour surveiller leur état et que le remboursement ne pose pas de problème, nous vous recommandons fortement de les renseigner sur cette nouvelle politique ainsi que sur les pratiques et la fréquence de la vérification qui leur conviennent.

Le Ministère vous fournira une trousse comportant :

- Un document de questions et réponses contenant des renseignements sur les lignes directrices et les modifications connexes;
- Un carnet à feuilles détachables contenant des renseignements sur les limites du remboursement ainsi que des sources de renseignements sur la gestion du diabète.

Vous devriez recevoir cette trousse vers la fin juillet. En attendant, des versions imprimables des documents à remettre à vos patients se trouvent sur le site Web du Ministère à [www.health.gov.on.ca/diabetesteststrips](http://www.health.gov.on.ca/diabetesteststrips).

Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée offre également de l'éducation sur l'autogestion et de la formation pratique aux personnes diabétiques et aux fournisseurs de soins qui aident les patients à bien gérer leur santé. Pour obtenir d'autres renseignements à ce sujet, visitez le site [www.ontario.ca/diabetes](http://www.ontario.ca/diabetes).

**MedsCheck pour le diabète**

Le programme MedsCheck est un service de revue des médicaments offert sur rendez-vous dans une pharmacie de quartier. Il est différent du service de fourniture des médicaments. Les pharmaciens ont l'occasion de faire participer le patient à un examen axé sur les médicaments, de leur donner des conseils, de leur apprendre à utiliser des dispositifs, et de les renseigner sur la surveillance et sur le diabète.

Nous vous recommandons de profiter de l'occasion d'offrir une séance gratuite MedsCheck à vos patients pendant que vous discutez des pratiques de vérification de la glycémie et des nouvelles limites de remboursement. D'autres renseignements se trouvent à [www.ontario.ca/medscheck](http://www.ontario.ca/medscheck).