ANNEXE V

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

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

*Immédiates*

Le pharmacien de référence :

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

*Futures*

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

Le pharmacien de référence :

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

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

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

1. **Evaluation du processus**

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

Immédiats

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

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

* nombre de patients par pharmacie ;

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

* nombre de patients suivi par nombre total de patients ;

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

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

Futurs (lorsque le développement technique le permettra)

* nombre total de schémas de médication émis ;

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

* nombre de lignes de médication par schéma ;

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

* nombre de schémas de médication émis par patient ;

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

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

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

1. **Schéma de médication**

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

Il reprend :

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

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

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

1. **Groupes cibles**

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

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

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

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

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