

ANNEXE 1

QUESTIONS FRÉQUEMMENT POSÉES (FAQ) - Hospitalisation à domicile

Questions et réponses concernant l'hospitalisation à domicile

Version : avril 2026

A. MÉDICAMENTS

- 1) **Quelle est la différence entre les médicaments figurant sur la « liste de l'AFMPS » et ceux figurant sur la « liste de l'INAMI » dans le cadre de l'hospitalisation à domicile, et où puis-je trouver ces listes ?**

La liste de l'AFMPS fait référence à l'annexe de [l'arrêté royal du 22 juin 2023](#) fixant les conditions de délivrance des médicaments et des dispositifs médicaux dans le cadre de l'hospitalisation à domicile. Cette liste contient les principes actifs qui peuvent être délivrés par le pharmacien hospitalier dans le cadre de l'hospitalisation à domicile.

La liste de l'INAMI fait référence aux médicaments remboursés dans le cadre d'une hospitalisation à domicile. Elle se trouve dans les fichiers de référence relatifs aux spécialités pharmaceutiques remboursables de l'INAMI via [ce lien](#). Les médicaments sont mentionnés dans le document Excel sous l'onglet « Home Hospitalisation ». Toutefois, le fait qu'un médicament figure sur la liste de l'AFMPS ne signifie pas qu'il figure automatiquement sur la liste de l'INAMI. Cette liste est plus restrictive que celle de l'AFMPS et ne mentionne que les médicaments qui peuvent être administrés dans le cadre d'une hospitalisation à domicile pour un traitement antimicrobien ou oncologique (tel que défini dans la convention nationale avec les hôpitaux) et **qui sont remboursables** selon la catégorie de remboursement A (sans ticket modérateur). Ces médicaments sont enregistrés dans SAMv2.

- 2) **Comment un médicament peut-il être ajouté à l'une des listes de médicaments autorisés pour l'hospitalisation à domicile ?**

Une demande d'ajout d'une substance active à la liste de l'AFMPS (voir ci-dessus) peut être introduite auprès de l'AFMPS. La demande peut être introduite par une organisation ou par un groupe de personnes qui ont de l'expérience dans la pratique et des connaissances dans les bonnes pratiques cliniques. Vous trouverez plus d'informations sur la page web suivante : [Hospitalisation à domicile | AFMPS](#)

Si une nouvelle substance active a été ajoutée à la liste de l'AFMPS et est déjà remboursable, la **liste de l'INAMI** (voir ci-dessus) sera automatiquement mise à jour. Si elle n'est pas encore remboursable, le fabricant doit introduire un dossier auprès de la Commission de remboursement des médicaments (CRM, [plus d'infos](#)).

3) Une facturation partielle de certains médicaments est applicable à l'hôpital (78 % à partir du 1er janvier 2026). Cette règle s'applique-t-elle également à l'hospitalisation à domicile ?

Oui. Lors de la délivrance d'une spécialité remboursable en milieu hospitalier (tant pour la délivrance ambulatoire que pour la délivrance aux patients hospitalisés) pour laquelle il existe une alternative générique/biosimilaire, l'intervention de l'AMI est réduite et est supportée par l'hôpital. Étant donné qu'il s'agit également d'une délivrance par une pharmacie hospitalière, la règle de facturation à 78 % reste valable pour l'hospitalisation à domicile.

4) Quels pseudocodes doivent être utilisés pour facturer les médicaments antimicrobiens aux patients hospitalisés à domicile ?

Les médicaments sont tarifés avec des prix * (ambulatoire) et facturés sous des pseudo-codes ambulatoires (existants). Les médicaments antitumoraux appartiennent toujours à la catégorie de remboursement A. Les médicaments antimicrobiens, pour les patients en hospitalisation à domicile, sont remboursés dans la catégorie A, même s'ils appartiennent à une autre catégorie de remboursement. Les médicaments qui sont à l'origine de la catégorie Fb doivent être facturés en hospitalisation à domicile avec le pseudo-code (et selon les règles de remboursement) de la catégorie Fa.

Les pseudo-codes suivants (ambulatoires) pour la catégorie A doivent être utilisés :

Spécialités délivrées à des bénéficiaires non hospitalisés - catégorie SA	750912
Spécialités délivrées à des bénéficiaires non hospitalisés - catégorie SAgc	750853
Spécialités délivrées à des bénéficiaires non hospitalisés - catégorie SAR	753911
Spécialités délivrées à des bénéficiaires non hospitalisés - catégorie SFa	757632
Spécialités délivrées à des bénéficiaires non hospitalisés - catégorie A, Agc, Ar à 85 %	759091
Spécialités délivrées à des bénéficiaires non hospitalisés - catégorie Fa à 85 %	759135

5) Notre hôpital collabore actuellement avec une entreprise postale pour la livraison de médicaments destinés à l'hospitalisation à domicile. Est-ce possible ?

Les médicaments nécessitant une conservation au froid doivent être livrés selon les directives/règlements de l'AFMPS. Le transport des médicaments et des dispositifs médicaux au domicile du patient peut être délégué à des tiers sous la responsabilité du pharmacien hospitalier, mais uniquement dans des circonstances clairement définies dans une convention entre le transporteur et le pharmacien et conformément aux Bonnes Pratiques de Distribution.

B. MATÉRIEL ET DISPOSITIFS MÉDICAUX

6) Les diffuseurs portables et des cassettes sont généralement remboursés dans la catégorie B où le ticket modérateur est payé par le patient ambulatoire (voir le site web de l'INAMI et l'annexe de l'AR du 23.11.2021). Utilisés dans le cadre de l'hospitalisation à domicile, peuvent-ils être facturés dans la catégorie B ou doivent-ils être inclus dans le forfait avec le pseudocode 795373 ?

Le remboursement qui existe aujourd'hui pour ces appareils est également valable pour l'hospitalisation à domicile. Dans ce cas, le patient paie le ticket modérateur prévu par la réglementation. Les diffuseurs portables peuvent être facturés aux patients traités par hospitalisation à domicile dans la catégorie B.

En ce qui concerne les dispositifs médicaux, une liste exhaustive des pompes utilisables à usage unique en hospitalisation à domicile et délivrées par les pharmaciens hospitaliers est disponible. Les modalités de remboursement et la liste des pompes concernées sont disponibles sur le site de l'INAMI via [ce lien](#). Ces diffuseurs et cassettes peuvent être utilisés en oncologie et en thérapie antimicrobienne.

7) Dans la convention, les termes « matériel » et « dispositifs médicaux » sont utilisés de manière interchangeable. Il n'est pas clair pour quels matériels le patient doit payer un ticket modérateur. Qu'est-ce qui relève du forfait matériel et qu'est-ce qui relève des dispositifs médicaux ?

Le forfait pour le matériel (dispositifs médicaux) comprend les seringues et les aiguilles, les lignes de perfusion, les compresses, les bandages, etc. Rien de plus ne peut être facturé aux patients, sauf si la nomenclature prévoit des tickets modérateurs. En ce qui concerne les pompes, hormis les tickets modérateurs de certaines pompes dont le remboursement est prévu dans la nomenclature (comme une pompe à élastomère), aucun ticket modérateur ne peut être facturé.

8) Le pied à perfusion fait-il partie du matériel fourni aux patients par l'hôpital ?

Oui, il est remis aux patients par l'hôpital.

9) En cas d'interruption prématurée de l'hospitalisation à domicile, les forfaits matériels couvrant le matériel déjà livré peuvent-ils être facturés (comme pour les médicaments qui peuvent être facturés) ?

Le matériel délivré peut être facturé à condition que le matériel mis à disposition soit proportionnel au nombre de doses mises à disposition et au temps de traitement prévu.

10) Le matériel dont un patient a besoin après son hospitalisation pour des soins autres que l'hospitalisation à domicile, tel que les pansements ou le matériel pour les changer, peut-il également être délivré par la pharmacie de l'hôpital ?

Non, seulement le matériel appartenant au traitement antibiotique.

11) Actuellement, les pansements pour cathéter PICC ne peuvent être délivrés que dans les hôpitaux et ne sont pas disponibles dans les pharmacies publiques.

Le matériel nécessaire à l'administration des médicaments est mis à disposition par l'hôpital via le pharmacien hospitalier.

C. FACTURATION

12) D'autres prestations lors d'une hospitalisation à domicile, par exemple un test de laboratoire, peuvent-elles être incluses dans la facture de l'hospitalisation à domicile (type de facture 7 et pseudo-code de prestation 980) ?

Toutes les prestations dispensées au cours d'une hospitalisation à domicile (pour autant qu'elles soient facturables conformément aux règles d'application de la convention) peuvent être incluses dans la facture de l'hospitalisation à domicile. Les prestations ambulatoires en nature et l'hospitalisation à domicile peuvent être mentionnées sur une seule facture.

13) Si un patient se rend à l'hôpital pendant son hospitalisation à domicile pour une consultation avec le médecin spécialiste, que peut facturer ce dernier ? Si la consultation peut également être facturée, le service doit-il figurer sur la facture d'hospitalisation à domicile ou sur une facture séparée ?

Le jour même du traitement, le médecin spécialiste peut décider de facturer des honoraires de surveillance ou des honoraires de consultation. Ceux-ci ne peuvent toutefois pas être combinés. Pour la facturation, via le tiers payant, tout peut être repris sur la même facture.

14) Les forfaits pour les infirmiers à domicile (418574 : initiation / 418596 : coordination des soins / 418611 : administration par IM, SC ou HD) peuvent-ils être cumulés si le patient est également hospitalisé à l'hôpital ce jour-là ?

Le cumul entre les services d'hospitalisation de jour et les services de soins à domicile est possible.

15) Les codes 425375 / 425773 (honoraires forfaitaires par jour de soins, art. 8) peuvent-ils être cumulés avec les codes 418574 / 418596 / 418611 ?

Le cumul entre les codes 425375 / 425773 et 418574 / 418596 et 418611 est possible.

16) Les codes de pseudo nomenclature pour les médecins et les infirmiers, seront-ils repris dans la nomenclature des présentations médicales ?

Une adaptation de la nomenclature des médecins et infirmiers (article 8) est possible s'il s'avère que cela est souhaitable et réalisable après l'évaluation de l'hospitalisation à domicile. Les commissions de conventions respectives se prononceront à ce sujet. Il en va de même pour une adaptation de la réglementation relative au remboursement des médicaments. En attendant, la convention avec les hôpitaux reste d'application.

17) Quand les tarifs et les valeurs W seront-ils publiés ?

Ce sont les taux existants qui sont applicables pour la nomenclature ; et les "nouveaux" pseudo-codes qui figurent dans la convention. Aucune valeur W n'est publiée.

18) Le code 418611 (administration par le personnel infirmier d'agents antitumoraux par voie IM, SC ou HD) doit-il être facturé par l'hôpital lui-même ? Malgré l'indication dans le tableau ci-dessous.

Pseudocode	Libellé	Circuit de facturation	Facturé par	Montant
418611	Honoraire forfaitaire pour le praticien de l'art infirmier pour l'administration dans le milieu de vie du patient de médicaments anticancéreux par voie intramusculaire, sous-cutanée ou hypodermique à facturer en tiers-payant,	TP Electronique	INF/groupement	7,55 EUR

L'hôpital peut en effet facturer ce code. Un hôpital doit aussi être considéré comme un groupement ici.

19) Les forfaits 418574 (forfait de démarrage) et 418596 (coordination des soins) peuvent-ils être facturés par jour pour deux types de traitement si le patient suit à la fois une thérapie antitumorale et une thérapie antimicrobienne ?

En principe, une personne recevant un traitement antitumoral peut également avoir besoin d'une thérapie AB pour une infection causée par une immunité réduite. La thérapie AB devrait avoir commencé à l'hôpital en plus du traitement antitumoral et durer au moins 5 jours de traitement avec 2 unités d'administration à l'hôpital et sans alternative orale possible. Normalement, il devrait également y avoir une équipe de coordination mais, d'un autre côté, nous pouvons également imaginer que les prestataires de soins de santé engagés dans la thérapie antitumorale peuvent être d'autres personnes qui suivent la thérapie AB, mais la coordination de ces deux formes de traitement devrait toujours se faire en consultation.

Tant le forfait de démarrage que le forfait de coordination de l'hospitalisation à domicile peuvent être cumulés pour les deux formes de traitement. Toutefois, les honoraires de surveillance ne peuvent être facturés qu'une seule fois par jour (en application de l'article 25 de la nomenclature), même s'il y a traitement chimio et antibiotique le même jour. Le cumul d'une consultation et d'honoraires de surveillance le même jour n'est également pas possible.

20) Quels forfaits peuvent être facturés pour un patient dans une maison de soins psychiatriques, une maison de repos et une maison médicale ?

- Si le patient séjourne dans une maison de soins psychiatriques ou une maison de repos : 107192, 107214, 418574, 418596
- Si le patient est inscrit dans une maison médicale : 107192, 418574, 41859

L'article 8 de la nomenclature et les honoraires pour l'administration (418611) ne peuvent toutefois pas être facturés dans ces trois types d'établissements, car les présentations infirmières font partie du forfait infirmier financé par les entités fédérées ou la convention. Si l'administration est effectuée par un infirmier à domicile, des accords (financiers) doivent être conclus entre l'établissement et l'infirmier à domicile.

Les forfaits destinés aux hôpitaux (795211, 795255, 795270, 795292, 795351, 795373, 795395) ou au médecin spécialiste de l'hôpital (107170, 596750, 596772) peuvent être facturés aux patients séjournant dans une MSP, une MR ou une maison médicale.

21) Un DMG est-il requis pour l'hospitalisation à domicile et dans quelles conditions le médecin généraliste peut-il facturer le forfait d'initiation à l'hospitalisation à domicile ?

Un DMG n'est pas requis pour l'hospitalisation à domicile. Toutefois, un DMG est une condition préalable à la facturation des forfaits du médecin généraliste (107192 et 107214). Les forfaits pour un médecin titulaire d'un DMG peuvent également être facturés si le DMG n'est pas encore en ordre au moment du début de l'hospitalisation à domicile, à condition qu'il y ait eu au moins un contact avec le médecin généraliste qui n'a pas encore de DMG à ce moment-là. Ce médecin généraliste peut ensuite facturer le forfait avec effet rétroactif.

22) Dans quelle mesure l'hospitalisation à domicile est-elle remboursée par les assureurs hospitalisation ?

En principe, l'hospitalisation à domicile est remboursée par les assurances hospitalisation. Cependant, comme cela ne relève pas de l'assurance maladie obligatoire, l'INAMI ne peut pas répondre aux questions à ce sujet. Nous recommandons aux patients de contacter leur assureur.

23) Certains patients commencent par une hospitalisation à domicile, puis doivent être admis à l'hôpital. L'hospitalisation à domicile doit-elle être clôturée et rouverte lorsque le traitement reprend, ou le séjour peut-il rester ouvert et le codage peut-il être poursuivi ?

Lorsque l'hospitalisation à domicile est suivie d'une hospitalisation, il n'est pas nécessaire d'activer le pseudocode 795233 (fin de période pour réadmission). Les messages MyCareNet 721xxx (notification d'admission) interrompent automatiquement l'hospitalisation à domicile. Les codes de fin ne sont pas nécessaires dans ce cas. Si l'hospitalisation à domicile reprend après une hospitalisation, les codes de début doivent être réutilisés.

24) Comment un infirmier dans une maison de repos peut-il facturer les forfaits pour l'hospitalisation à domicile (coordination et démarrage) ?

La prestation peut être effectuée par un infirmier à domicile ou par un infirmier salarié de la maison de repos. Dans tous les cas, l'infirmier est le prestataire de soins et doit disposer d'un numéro INAMI.

- Si un infirmier à domicile indépendant effectue la prestation, il sera identifié comme tiers facturant et comme établissement percevant.
- Si un infirmier salarié fournit les prestations, il peut donner mandat à un bureau de tarification, qui agira alors en tant que tiers facturant. La maison de repos agit en tant qu'institution perceptrice.

D. ADMINISTRATION DES SOINS

25) Un infirmier à domicile doit-il avoir un titre professionnel spécial en oncologie pour administrer des médicaments antitumoraux à domicile ?

Non, il n'y a pas d'obligation légale d'avoir ce titre professionnel pour un traitement oncologique à domicile. **L'infirmier doit toutefois disposer des compétences et de l'expertise appropriées.** Cela signifie qu'il/elle doit être capable de travailler en toute sécurité avec des médicaments oncologiques (par exemple, toxicité, évaluation des risques, manipulation sûre), d'évaluer correctement la situation à domicile et d'administrer le traitement de manière techniquement correcte. La convention stipule que : « *Le traitement est coordonné avec l'équipe de soins de l'hôpital (infirmier coordinateur, infirmier spécialisé en oncologie, etc.). Cette équipe évalue, avec l'infirmière du domicile ou avec le service de soins infirmiers à domicile dans quelle mesure une formation supplémentaire est nécessaire ; le cas échéant l'hôpital concerné peut éventuellement fournir cette formation* ». Nous recommandons aux infirmiers et infirmières de contacter leur association professionnelle ; celle-ci propose peut-être des formations ou peut vous orienter vers la formation qui vous convient. Une formation à l'administration de médicaments oncologiques est fortement recommandée.

26) Une maison de repos doit-elle faire appel à une infirmière externe pour les soins oncologiques à domicile et en supporter elle-même les frais ?

Une infirmière du centre de soins résidentiel peut également administrer le médicament oncologique. Elle doit toutefois disposer de l'expertise requise. Nous renvoyons à cet égard à la question précédente.

Il nous semble logique de faire appel en premier lieu à l'infirmière de la maison de repos, pour autant qu'elle dispose des compétences, de la formation et/ou de l'expérience nécessaires pour mener à bien cette administration. Si ce n'est pas le cas, il faut faire appel à un infirmier externe. Toutefois, tous les soins infirmiers sont pris en charge par le forfait financé par les entités fédérées. Le forfait de démarrage (418574) et les frais de coordination (418596) peuvent être facturés par la MRPA/MRS (voir question 24), mais l'administration ne peut pas être facturée.

27) Les deux premières unités d'administration doivent-elles avoir la même voie d'administration pharmaceutique ? Certaines molécules existent sous forme intraveineuse (IV) et sous-cutanée (SC). Si l'administration à l'hôpital se fait 1 fois IV et 1 fois SC, peut-on commencer l'administration de la forme SC à domicile ?

Cela est possible pour l'hospitalisation à domicile dans le cadre d'un traitement antitumoral, les modes d'administration à l'hôpital ne doivent pas être identiques. La communication de l'hôpital doit être claire.

En hospitalisation à domicile, un traitement antimicrobien n'est possible que lorsque les médicaments sont administrés par voie intraveineuse et qu'une alternative orale n'est pas possible.

28) Faut-il mesurer des paramètres de santé pendant l'administration du médicament ?

Comme à l'hôpital, l'infirmier doit observer l'état du patient et évaluer si le médicament peut être administré. Si ce n'est pas le cas, l'équipe soignante de l'hôpital doit toujours en être informée.

29) Que faut-il mentionner dans la convention de collaboration entre le service de soins à domicile et l'hôpital pour le traitement dans le cadre d'une hospitalisation à domicile ?

L'INAMI ne met pas à disposition de modèle de convention de collaboration (« SLA »), mais des modèles ont déjà été élaborés sur le terrain. Il est recommandé de prendre contact avec les fédérations hospitalières et/ou les organisations infirmières.

E. PUBLIC CIBLE ET CHAMP D'APPLICATION

30) Qu'entend-on par « environnement de vie du patient » dans le cadre de l'administration en hospitalisation à domicile ?

On entend par environnement de vie du patient : le domicile du patient, une maison de repos, un centre de convalescence, un lieu de résidence ou de séjour pour personnes handicapées, des établissements de soins psychiatriques.

Ne sont pas considérés comme faisant partie de l'environnement de vie: le cabinet du praticien infirmier, un cabinet de groupe multidisciplinaire de soins de santé de première ligne, un hôpital, une polyclinique en dehors d'un campus hospitalier, un centre de soins de jour pour personnes âgées.

31) L'hospitalisation à domicile est-elle possible pour les enfants ?

L'hospitalisation à domicile avec administration des médicaments antimicrobiens n'est pas exclue pour des enfants dans cette convention. Quant au traitement oncologique, il est exclu pour l'instant. Selon le programme de soins pour les enfants, ces soins ne sont pas possibles en dehors des murs de l'hôpital.

32) Le patient doit-il être hospitalisé pour être admis en hospitalisation à domicile, ou cela peut-il commencer par une consultation ou à la demande du médecin généraliste à domicile ??

L'hospitalisation à domicile peut avoir lieu dès que les deux premières unités d'administration ont été administrées à l'hôpital. Cela implique qu'une hospitalisation (de jour) doit toujours avoir lieu avant que l'hospitalisation à domicile ne soit possible.

33) Seuls les traitements antimicrobiens et oncologiques peuvent-ils être remboursés dans le cadre de l'hospitalisation à domicile, ou d'autres formes de soins telles que la thérapie par pression négative ou la nutrition parentérale à domicile sont-elles également remboursables ?

À l'heure actuelle, seuls les traitements antimicrobiens et oncologiques sont remboursés dans le cadre de l'hospitalisation à domicile.

34) Quelle est la différence entre l'OPAT et l'hospitalisation à domicile ?

L'OPAT (Outpatient Parenteral Antimicrobial Therapy / Antibiothérapie parentérale ambulatoire) est une initiative de certains hôpitaux qui va de pair avec la notion d'hospitalisation à domicile. L'OPAT et l'hospitalisation à domicile diffèrent. Par exemple, l'hospitalisation à domicile telle qu'elle est réglementée dans la convention ne concerne que l'administration par voie intraveineuse, dont la première administration doit avoir lieu à l'hôpital et les médicaments doivent toujours être livrés par la pharmacie de l'hôpital. En outre, l'hospitalisation à domicile ne peut s'appliquer qu'aux médicaments appartenant aux principes actifs énumérés dans l'arrêté royal 23/6/2023 de l'AFMPS.

F. RÔLES ET RESPONSABILITÉS

35) Comment pouvons-nous informer les patients ? Existe-t-il des informations adaptées aux patients ?

Le site web PharmaInfo, accessible via [ce lien](#) vous permet d'accéder à de nombreuses informations destinées aux patients. Il est possible d'enregistrer la page web au format PDF afin de la mettre à la disposition du patient sous format électronique ou papier.

36) L'hôpital, plus précisément le médecin spécialiste responsable ou un médecin spécialiste désigné par ce dernier, doit toujours être immédiatement disponible en cas d'appel de personnes traitées à domicile, donner les instructions nécessaires et, en cas d'urgence, réadmettre immédiatement le bénéficiaire à l'hôpital. Pouvez-vous clarifier cette phrase ? Une permanence 24/7 est-elle exigée et qui est le médecin spécialiste désigné ?

Il appartient à l'organisation de l'hôpital qu'à tout moment, en cas de problème, un médecin puisse être contacté pour prendre une décision, informer ou rassurer le patient/les soignants.

37) La responsabilité du médecin hospitalier ne porte-elle que sur le séjour à domicile ? Le médecin généraliste est -il responsable de l'ensemble des médicaments du patient et de leur suivi ?

La décision de mise en œuvre de l'hospitalisation à domicile relève de la responsabilité de ce médecin spécialiste, en coordination avec le médecin généraliste titulaire du DMG du patient. Ce médecin spécialiste est également responsable de la surveillance du traitement à domicile.

La préparation, le transport et le contrôle de la délivrance des médicaments et dispositifs médicaux administrés dans le cadre de l'hospitalisation à domicile relèvent de la responsabilité du pharmacien hospitalier.

38) Des procédures standard ont-elles déjà été établies ? Que faire en cas d'urgence ?

L'hôpital dispose d'un protocole de soins qui comprend au moins : les caractéristiques spécifiques du groupe cible, les critères d'inclusion et les critères d'interruption, la procédure d'inclusion, les mesures spéciales pour les groupes vulnérables et pour éviter la sélection des patients, la description du trajet de soins, la garantie de la continuité et de la qualité des soins, les procédures en cas de complications, la coordination entre les différents partenaires, l'élimination des déchets, la formation des partenaires. Tous les prestataires de soins impliqués suivent ce protocole.

Les mesures nécessaires à l'administration de certains médicaments sont connues et expliquées à tous les prestataires de soins concernés (par exemple, suivi après l'administration du médicament, kit d'urgence disponible, etc.)

Les antécédents médicaux du bénéficiaire en matière d'hypersensibilité/réactions allergiques doivent être rigoureusement recueillis, enregistrés et mis à disposition. Le bénéficiaire /la famille/l'entourage doit être informé des signes et symptômes d'une réaction allergique ainsi que de tous les effets secondaires possibles (y compris à l'aide de la notice, si elle est disponible), et doit savoir comment réagir dans ces situations.

39) Quel est le rôle du pharmacien traitant dans le cadre de l'hospitalisation à domicile ? Comment est-il informé de l'hospitalisation à domicile ?

L'hospitalisation à domicile nécessite une collaboration transmurale avec les infirmiers concernés en première ligne. Le médecin généraliste (ou le cabinet médical) titulaire du DMG est associé par le médecin spécialiste traitant à la décision d'hospitalisation à domicile. Le début et la fin de l'hospitalisation à domicile sont clairement communiqués entre tous les prestataires de soins concernés. Si le pharmacien de référence est connu, il en est également informé. Cette communication est assurée par l'équipe soignante de l'hôpital.

40) Qu'en est-il de la coordination des soins ? Qui désigne la personne de contact ? Qu'en est-il de l'évaluation à domicile ?

La coordination des soins est assurée par une infirmière hospitalière. La coordination des soins comprend notamment les tâches suivantes : assurer le lien intra- et extrahospitalier (permanence téléphonique - si nécessaire en déplacement - soutien à la première ligne), organisation logistique des soins à domicile (planning et agenda des bénéficiaires,

médicaments, etc.), traitement des déchets, coordination des examens et des examens clinico-biologiques.

L'infirmière est également responsable de la coordination continue des soins avec les prestataires de soins concernés de l'hôpital (infirmière praticienne/médecin spécialiste).

41) Comment l'évaluation de l'hospitalisation à domicile a-t-elle été ou sera-t-elle réalisée ?

Un groupe de travail composé de représentants des commissions des conventions et des accords des hôpitaux, des médecins, des pharmaciens et des infirmiers, ainsi que de représentants des associations de patients, a été constitué afin d'évaluer l'hospitalisation à domicile. Dans un premier temps, il a été décidé de se concentrer sur l'information et l'harmonisation dans les domaines suivants : la communication avec le patient, l'échange de données entre les lignes de soins, les médicaments et les dispositifs médicaux, ainsi que la coordination des tâches, des rôles et des compétences.

42) Dans quelles conditions la responsabilité d'un patient peut-elle être transférée d'un hôpital à un autre pendant une période d'hospitalisation à domicile, et qu'est-ce que cela implique pour les deux hôpitaux ?

Pendant l'hospitalisation à domicile, la responsabilité d'un patient peut être transférée d'un hôpital à un autre, à condition que le médecin traitant de l'hôpital d'origine et celui de l'hôpital d'accueil donnent leur accord. Le patient doit également donner son consentement. L'hôpital d'accueil prend alors en charge les soins, les tâches et l'entière.