**QUESTIONS FRÉQUEMMENT POSÉES (FAQ) - Hospitalisation à domicile**

**Questions et réponses sur l'hospitalisation à domicile**

**Version :** 23/05/2024

## **MÉDICAMENTS**

1. **Question : Où peut-on trouver la liste des médicaments admis en hospitalisation à domicile ?**

Réponse : La liste des médicaments remboursés dans le cadre de l'hospitalisation à domicile se trouve dans les fichiers de référence de l'INAMI via [ce lien](https://www.inami.fgov.be/fr/themes/soins-de-sante-cout-et-remboursement/les-prestations-de-sante-que-vous-rembourse-votre-mutualite/medicaments/remboursement-d-un-medicament/specialites-pharmaceutiques-remboursables/specialites-pharmaceutiques-remboursables-listes-et-fichiers-de-reference). Les médicaments sont listés dans le document Excel sous l'onglet "Home Hospitalisation".

1. **Question : Que contient exactement l'onglet "Home Hospitalisation" ? S'agit-il de tous les antibiotiques qui peuvent être administrés en hospitalisation à domicile et remboursés en catégorie A ? Les mêmes antibiotiques restent-ils en catégorie B pour une administration en dehors de l’hospitalisation à domicile ?** **Cela sera-t-il également visible dans la base de données SAM au fil du temps ?**

Réponse : Il est vrai que le tableau actuel dans nos fichiers contient les spécialités remboursables qui peuvent être administrées en hospitalisation à domicile et remboursées en catégorie A dans ce cas, et en catégorie B dans les autres cas. Ceci sera également prévu dans SAMv2.

1. **Question : Comment ajouter un médicament à la liste des médicaments autorisés pour l'hospitalisation à domicile ? Existe-t-il une procédure via l'AFMPS ?**

Réponse : La demande d'ajout ou de modification de la liste des médicaments autorisés en hospitalisation à domicile doit être introduite par e-mail auprès de l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé (AFMPS) à l'adresse suivante : [had-th@fagg-afmps.be](mailto:had-th@fagg-afmps.be) .

1. **Question : Une des conditions décrites est que le patient est traité avec un médicament mentionné dans la liste annexée à l’arrêté royal (voir aussi : question 1). La ceftazidime ne figure pas dans cette liste. Est-il vrai que cet antibiotique n'est pas remboursé lorsqu'il est administré dans le cadre d'une hospitalisation à domicile ? Y a-t-il une raison particulière à cela?**

Réponse : Les médicaments dont le principe actif est la ceftazidime ne sont pas repris dans la liste à ce jour (sauf en combinaison avec l'avibactam) et ne peuvent donc pas être utilisés dans le cadre de l'hospitalisation à domicile. Vu l'importance de la spécialité dans la pratique, l'INAMI a demandé à l'AFMPS d'inscrire rétroactivement la ceftazidime dans la liste. Dès que l'AFMPS aura pris une décision à ce sujet, la liste sera mise à jour.

1. **Question : Sur 359 médicaments remboursables en hospitalisation à domicile, 287 relèvent de la règle de la facturation à 85%. Cette règle est-elle applicable en hospitalisation à domicile?**

**Les 15 % restants des coûts ambulatoires totaux (parce que le patient ne paie rien) doivent-ils être pris en charge par l'hôpital ?**

Réponse : 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 de 15 % et est supportée par l'hôpital. Aucune distinction n'est faite entre les catégories de remboursement. Comme il s'agit également d'une délivrance par une pharmacie hospitalière, la règle de la facturation à 85% (c'est-à-dire 15% à charge de l'hôpital) reste donc valable pour l'hospitalisation à domicile.

1. **Question : Quels sont les pseudocodes à utiliser pour la facturation des antibiotiques pour les patients en hospitalisation à domicile ?**

Réponse : 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 antibiotiques, 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 |

1. **Question : Notre hôpital travaille actuellement avec un service de livraison postal pour la livraison de médicaments dans le cadre de l'hospitalisation à domicile. Nous envisageons de tester un service de livraison par drône, est-ce possible ?**

Réponse : 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.

## **FACTURATION**

1. **Question : Certaines prestations de la nomenclature (art. 8) effectuées dans le cadre d'une hospitalisation à domicile par une infirmière hospitalière ne peuvent pas être facturées car une notification est nécessaire (obligation prévue dans la nomenclature) et les hôpitaux ne peuvent pas envoyer les messages MyCarenet 4xxxxx.**

Réponse : Le flux 430 000 sera ouvert aux hôpitaux à partir du 1er mai 2024 (début des tests).

1. **Question : 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) ?**

Réponse : 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.

1. **Question : Pendant la période d'hospitalisation à domicile d’un patient, si celui-ci revient à l’hôpital pour une consultation avec le médecin spécialiste, que doit-il payer ?**

* **Honoraires de surveillance du médecin spécialiste et honoraire de consultation ?**
* **Honoraires de consultation uniquement ?**
* **Uniquement les honoraires de surveillance pour le médecin spécialiste ?**

**Si la consultation peut également être facturée, la prestation doit-elle figurer sur la facture de l'hospitalisation à domicile ou sur une facture séparée ?**

Réponse : 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.

1. **Questions relatives à la nouvelle nomenclature des soins infirmiers à domicile**

* **418574 : Mise en route de l'hospitalisation à domicile : honoraires forfaitaires pour les praticiens de l’art infirmier à domicile à facturer en tiers-payant (forfait unique par trajet de démarrage)**
* **418596 : Honoraires forfaitaires par jour de traitement : coordination des soins par le praticien de l'art infirmier à domicile depuis le domicile à facturer en tiers-payant**
* **418611 : Honoraires 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**

**Peut-on cumuler la nomenclature même si le patient a également une hospitalisation de jour ce jour-là ?**

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

**Les codes 425375 / 425773 (Honoraires forfaitaires par journée de soins comprenant un ou plusieurs des actes techniques spécifiques suivants : mise en place et/ou surveillance des perfusions (intraveineuses ou sous-cutanées)) sont-ils cumulables avec les codes 418574 / 418596 et 418611 ?**

Réponse : Lecumul des codes 425375 / 425773 avec les codes 418574 / 418596 et 418611est possible.

**Au démarrage, pouvons-nous également porter en compte le code 418574 une fois ?**

Réponse : Oui.

1. **Questions relatives à la nomenclature**

**Un arrêté royal sera-t-il publié** ?

Réponse : L'adaptation de la nomenclature des médecins et des infirmiers sera publiée. L'adaptation de la réglementation relative au remboursement des médicaments sera également publiée. Entretemps, la convention avec les hôpitaux est d'application.

**Quand l'article 8 sera-t-il modifié ?**

Réponse : Sur la base de l'avis de la Commission des Conventions des Infirmiers, cela sera réalisé après l'évaluation de l'hospitalisation à domicile conformément aux dispositions de la convention.

**Quand les tarifs et les valeurs W seront-ils publiés ?**

Réponse : 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.

**Pouvons-nous ajouter ces codes à notre logiciel de soins infirmiers ?**

Réponse : Bien sûr.

1. **Question : La nouvelle prestation n° 418611 est-elle destinée à être facturée par l'hôpital lui-même ? Malgré l'indication dans le tableau ci-dessous.**

Une image contenant texte, capture d’écran, ligne, Police

Description générée automatiquement

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

1. **Question : Les forfaits 418574 (mise en route de l'hospitalisation à domicile) et 418596 (coordination des soins) peuvent-ils être facturés par jour pour 2 formes de traitement ? Par exemple, un forfait par jour pour la coordination de la thérapie antitumorale et le même jour le forfait pour la coordination de la thérapie antibactérienne ?   
   Pour le forfait de mise en route, le texte indique "par année civile et par forme de traitement", pour ce qui qui concerne le forfait journalier pour la coordination des soins, le texte n’est pas aussi précis. Est-il possible de clarifier ce point ?**

Réponse : 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.

## **MATÉRIEL**

1. **Question : 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**](https://www.inami.fgov.be/fr/themes/soins-de-sante-cout-et-remboursement/les-prestations-de-sante-que-vous-rembourse-votre-mutualite/dispositifs-medicaux-materiel-medical/dispositifs-medicaux-non-implantables) **et l'**[**annexe de l'AR du 23.11.2021**](https://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/liste_lijst_DM_MH_diffuseurs_portable_cassettes_draagbare_diffusors_cassetten_FRNL.pdf)**). 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 ?**

Réponse : 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.

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](https://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/liste_lijst_DM_MH_diffuseurs_portable_cassettes_draagbare_diffusors_cassetten_FRNL.pdf). Ces diffuseurs et cassettes peuvent être utilisés en oncologie et en antibiothérapie.

Les diffuseurs portables peuvent être facturés aux patients traités par hospitalisation à domicile dans la catégorie B.

1. **Question : Dans le texte juridique, les mots "matériels" et "dispositifs médicaux" sont utilisés de manière interchangeable. Il n'est pas précisé pour quels matériels le patient doit payer un ticket modérateur. Exemples de matériel : seringue et aiguille, ligne de perfusion, Statlock, compresses, bandages, pompes, ...   
   Voir aussi la circulaire 2023/09 : "Pour les médicaments et dispositifs médicaux délivrés par le pharmacien hospitalier et qui sont nécessaires pour administrer un antibiotique ou un médicament oncologique, un ticket modérateur est bien possible."**

**Qu'est-ce qui est couvert par le ticket modérateur et qu'est-ce qui est couvert par les dispositifs médicaux ?**

Réponse : Le forfait pour le matériel (dispositifs médicaux) comprend les seringues et les aiguilles, les lignes de perfusion, les compresses, les bandages, etc. Lorsque la nomenclature prévoit un remboursement (par exemple dans le cas des pompes), la nomenclature peut être facturée et le patient peut être amené à payer ticket modérateurs. Il s'agit du même ticket modérateur que celui que le patient paie lorsqu'il est admis à l'hôpital/à l'hôpital de jour. Rien de plus ne peut être facturé aux patients, sauf si la nomenclature prévoit des tickets modérateurs.

1. **Question : Le pied à perfusion fait-il partie du matériel à fournir aux patients par l’hôpital ?**

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

1. **En cas d'interruption anticipée de l'hospitalisation à domicile : les frais de matériel couvrant le matériel déjà livré peuvent-ils continuer à être facturés (en rapport avec les médicaments qui peuvent être facturés) ?**

Réponse : 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.

1. **Question : Pour un patient qui sort de l'hôpital et qui bénéficie d'une hospitalisation à domicile pour une antibiothérapie mais qui nécessite également d'autres soins, comme des pansements, le matériel pour changer le pansement est-il également fourni par la pharmacie de l'hôpital ?**

Réponse : Non, seulement le matériel appartenant au traitement antibiotique.

1. **Question : Actuellement, la fourniture du pansement PICC line n’est possible qu’en milieu hospitalier. Pas de possibilité via les officines pharmaceutiques publiques?**

Réponse : Le matériel nécessaire à l'administration des médicaments est mis à disposition par l'hôpital par l'intermédiaire du pharmacien hospitalier.

## **ADMINISTRATION DES SOINS**

1. **Questions : Une maison de repos doit-elle faire appel à une infirmière "oncologique" (d'une société de soins à domicile) pour l'administration des soins oncologiques ? La maison de repos doit-elle en supporter le coût :**

* **Est-il obligatoire qu'une infirmière ayant une qualification professionnelle spécifique, en l'occurrence en oncologie, administre le médicament ?**
* **Devrions-nous accepter une infirmière externe contre rémunération ?**
* **Étant donné que l'hôpital dispose d'un personnel infirmier disponible 24 heures sur 24, nous pensons que cette tâche peut être effectuée en interne, car les injections intraveineuses sont autorisées en tant que procédure technique. Partagez-vous notre avis?**

Réponse **:** Aucun diplôme spécifique n'est exigé mais la convention avec les hôpitaux stipule ce qui suit :

*« L'administration de médicaments en situation d'hospitalisation au domicile doit être effectuée par des praticiens de l'art infirmier disposant des compétences, de la formation et/ou de l'expérience qui est nécessaire pour réaliser cette administration correctement, en toute sécurité et sur prescription du médecin spécialiste de l’hôpital. Le praticien de l’art infirmier doit aussi connaître la pathologie en lien avec le traitement et tous les problèmes associés. Il doit pouvoir expliquer au patient/à l’aidant proche les effets secondaires du traitement et plus largement les précautions à prendre et les risques encourus par le patient et son entourage (au sens large, y compris le voisinage) lorsqu’il s’agit d’un produit cytostatique. 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.****»*

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.

1. **Question : Les deux premières unités d'administration doivent-elles avoir la même voie d'administration pharmaceutique ? Certaines molécules existent sous forme intraveineuse (IV) et sous forme sous-cutanée (SC). Si l'administration à l'hôpital comporte une fois la forme IV et une fois la forme SC, l'administration de la forme SC peut-elle être commencée à domicile ?**

Réponse : 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 antibiotique n'**est possible **que** lorsque les médicaments sont administrés par voie **intraveineuse** et qu'une alternative orale n’est pas possible.

1. **Question : Les visites d'infirmières pour l'administration ne sont rentables que si elles ont lieu deux fois par jour, et non trois fois par jour comme c'est le cas actuellement.**

Réponse: L'administration de médicaments dans l'environnement du patient est certifiée par l'infirmier concerné conformément aux dispositions de l'article 8 de la nomenclature des prestations de soins de santé.

En cas d'administration de médicaments anticancéreux par voie intramusculaire, sous-cutanée ou hypodermique par l'infirmière dans l'environnement du patient, un forfait supplémentaire de 7,55 € par jour de traitement est dû. Cette prestation est cumulable avec les prestations de l'article 8 de la nomenclature des soins de santé.

1. **Question : Aucun paramètre de santé n'est pris pendant l'administration d'un antibiotique, sauf si l'état du patient est perturbé ou anormal.**

Réponse: En effet, il n'y a pas d'obligation de prise de paramètres avant l'administration d'un médicament. Comme à l'hôpital, l'infirmière doit observer l'état du patient et évaluer s'il est possible d'administrer le médicament et prendre les paramètres si elle le juge nécessaire.

1. **Question :**  **L’accord avec le service de soins à domicile depuis l’hôpital (SLA) pour la prise en charge du traitement HAD peut-il se faire (afin de garantir la continuité et la qualité des soins dispensés) avec le même service de soins à domicile pour tous les patients sortis en HAD ?**

Réponse: Rien n'est exclu.

## **PUBLIC CIBLE ET CHAMP D'APPLICATION**

1. **Question : Les numéros de nomenclature 418611, 418596, 418574 peuvent être attestés sous les rubriques suivantes :**

* ***1° : environnement domestique - semaine***
* ***2° : environnement domestique - week-end/vacances***
* ***3B° : maison de convalescence***
* ***3bis° : lieu de résidence ou de séjour des personnes handicapées***

***Dans les sections suivantes, ces numéros ne doivent pas être facturés car ils ne sont pas considérés comme l'environnement de vie du patient :***

* ***3A° : cabinet individuel de l'infirmier praticien ou cabinet de l'infirmier praticien faisant partie d'un groupe pluridisciplinaire de soins de santé primaires***
* ***3C° : le cabinet du praticien dans un hôpital ou une clinique ambulatoire en dehors d'un campus hospitalier avec le(s) médecin(s) spécialiste(s).***
* ***4° : centre de soins de jour pour personnes âgées***

**Est-il possible de le confirmer ?**

Réponse : C'est exact.

Les forfait de démarrage (418574) et les honoraires de coordination (418596) peuvent également être facturés dans la MRPA, la MRS et la MSP. En revanche, les honoraires d'administration (418611) ne peuvent pas être facturés dans ces trois types d'institutions, car il s'agit d'une prestation de soins faisant partie du forfait infirmier financé par les entités fédérées.

1. **Question : L'antibiothérapie inclut-elle les traitements pédiatriques ou est-elle réservée aux adultes ?**

Réponse: L'hospitalisation à domicile avec administration d'antibiotiques 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.

1. **Question : 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 ?**

Réponse **:** 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.

## **AUTRES**

1. **Question : Seuls l'antibiothérapie et certains traitements oncologiques sont-ils remboursés dans le cadre de l'hospitalisation à domicile ? Qu'en est-il du projet de thérapie par pression négative, pour lequel notre institution a été un projet pilote ? Dans le cadre de l'hospitalisation à domicile, nous avons également développé la nutrition parentérale à domicile. Les forfaits d'hospitalisation à domicile mentionnés dans la circulaire du 1er juillet 2023 peuvent-ils être appliqués à ces patients ? Si non, un projet pilote peut-il être mis en place dans notre établissement ?**

Réponse : Actuellement**,** en dehors des antibiotiques et des traitements oncologiques, aucun autre soin n'est remboursé dans le cadre de l'hospitalisation à domicile.

1. **Question : 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 ?**

Réponse : 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.

1. **Question : 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 ?**

Réponse : 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.

1. **Question : Des procédures standard ont-elles déjà été élaborées ? Qu'en est-il en cas d’urgence?**

Réponse : 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.

1. **Question : Quel est le rôle du pharmacien d'officine dans l'hospitalisation à domicile ? Comment est-il informé de l'hospitalisation à domicile ?**

Réponse : L'hospitalisation à domicile nécessite une coopération transmurale avec les infirmières impliquées en première ligne. Le(s) médecin(s) généraliste(s) titulaire(s) du DMG est (sont) impliqué(s) dans la décision d'hospitalisation à domicile prise par le médecin spécialiste traitant. Le début et la fin de l'hospitalisation à domicile sont clairement communiqués entre eux par tous les prestataires de soins concernés. Si le pharmacien à domicile est connu, il est également informé. Cette communication est assurée par l'équipe de soins de l'hôpital.

1. **Question : Lors de l’évaluation de l’hospitalisation à domicile prévue par la convention, une évaluation du rapport coût-efficacité pourraît-elle être réalisée ? Pourraît-on prendre en compte les éventuels surcoûts ou économies. (par exemple, ne pas avoir à payer de frais de garde d'enfants parce que le patient bénéficie d'une hospitalisation à domicile, impact d'une reprise précoce du travail, ...) ?**

Réponse : Un groupe de travail composé de représentants des commissions d’accords et conventions des hôpitaux, de médecins, de pharmaciens et d'infirmiers, ainsi que de représentants des associations de patients de l'observatoire des maladies chroniques évaluera cette forme d'intervention. A cette fin, ce groupe de travail préparera une proposition de cahier des charges en vue d'une externalisation. Il évaluera en premier lieu le système élaboré d'hospitalisation à domicile et examinera également dans quelle mesure ce système peut être étendu à d'autres groupes cibles/thérapies.

1. **Question : Qu'en est-il de la coordination des soins ? Qui désigne la personne de contact ? Qu'en est-il de l'évaluation à domicile?**

Réponse : 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).

1. **Question : Quelle est la différence entre l'OPAT et l'hospitalisation à domicile ?**

Réponse : 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.