INESSS
LE SAVOIR PREND FORME

AVRIL 2025

ÉTAT DES CONNAISSANCES

Hospitalisation à domicile dans les établissements de santé au Québec : considérations pour soutenir le déploiement des programmes

Une production de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS)

Direction de l'évaluation des médicaments et des technologies à des fins de remboursement

Québec

Hospitalisation à domicile dans les établissements de santé au Québec : considérations pour soutenir le déploiement des programmes

Rédaction
Carole Campion
Danielle de Verteuil

Collaboration
Lyes Bachatene
Géraldine Foin
Aurélie Godbout

Coordination scientifique
Sara Beha
Julie Nieminen

Coordination économique
Loïg Gaugain

Direction
Mélanie Caron
Mélanie Martin

Le contenu de cette publication a été rédigé et édité par l'INESSS.

Membres de l'équipe de projet

Auteures principales
Carole Campion, Ph. D.
Danielle de Verteuil, Ph. D.

Collaborateur et collaboratrices internes
Lyes Bachatene, Ph. D.
Géraldine Foin, Ph. D.
Aurélie Godbout, MD, M. Sc.

Coordonnatrices scientifiques
Sara Beha, M. Sc.
Julie Nieminen, Ph. D.

Coordonnateur économique
Loïg Gaugain, M. Sc.

Directrice adjointe, volet innovation technologique et biologie médicale et génomique
Mélanie Martin, Ph. D.

Directrice
Mélanie Caron, Pharm. D, ICD.D.

Repérage de l'information scientifique
Renaud Lussier, Ph. D., M.S.I.

Soutien documentaire
Bin Chen, techn. docum.

Équipe de l'édition

Jean Talbot
Nathalie Vanier

Sous la coordination de
Catherine Olivier, Ph. D.

Avec la collaboration de
Gilles Bordage, révision linguistique
Marie St-Amour, traduction

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2025
ISBN 978-2-555-00768-0 (PDF)

Tous droits réservés
© Gouvernement du Québec, 2025

Ce document peut être utilisé, reproduit, imprimé, partagé et communiqué, en tout ou en partie, à des fins non commerciales, éducatives ou de recherche uniquement, à condition que l'INESSS soit dûment mentionné comme source. Les photos, images, figures ou citations peuvent être associées à des droits d'auteur spécifiques et nécessitent une autorisation de la part de l'INESSS avant utilisation. Tout autre usage de cette publication, y compris sa modification en tout ou en partie ou visant des fins commerciales, doit faire l'objet d'une autorisation préalable de l'INESSS. Une autorisation peut être obtenue en formulant une demande à droitdauteur@inesss.qc.ca.

Pour citer ce document : Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Hospitalisation à domicile dans les établissements de santé au Québec : considérations pour soutenir le déploiement des programmes. État des connaissances rédigé par Carole Campion et Danielle de Verteuil. Québec, Qc : INESSS; 2025. 34 p.

L'Institut remercie les membres de son personnel qui ont contribué à l'élaboration du présent document.

Comité consultatif

Pour ce rapport, les membres du comité consultatif sont :

M. Christian Chabot, patient partenaire, Québec

M^me^ Joanie Chouinard, infirmière clinicienne au soutien à domicile en maladie chronique, Bas-Saint-Laurent

M. Sébastien Dupuis, pharmacien d'établissement à l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal, chef du département de pharmacie du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Nord-de-l'Île-de-Montréal

D^re^ Eleanor Elstein, cardiologue au Centre universitaire de santé McGill (CUSM) et professeure associée à la Faculté de médecine et des sciences de la santé à l'Université McGill, Montréal

M^me^ Antoinette Ghanem, infirmière (retraitée), experte en soins virtuels au Québec, Montréal

D^r^ Jonathan Lévesque, pneumologue et chef du service de pneumologie de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, professeur agrégé de clinique du Département de médecine et spécialités médicales à la Faculté de médecine de l'Université de Montréal, directeur médical du Service régional de soins à domicile (SRSAD) en maladies pulmonaires chroniques de Montréal

M. Roland Lord, usager partenaire, Unité virtuelle de soins du Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) des Laurentides

M^me^ Marlène Nantel, infirmière clinicienne, assistante du supérieur immédiat de l'Unité virtuelle de soins du CISSS des Laurentides

M. Alain Paradis, chargé de projet de l'Unité virtuelle de soins du CISSS des Laurentides

D^r^ Luc Tailleur, médecin de famille à l'Hôpital Saint-François d'Assise, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Panel permanent des usagers et des proches de la Direction de l'évaluation et du soutien à l'amélioration des modes d'intervention – services sociaux et santé mentale

Pour ce rapport, les usagers, proches aidants et citoyens consultés sont :

M^me^ Julie Bergeron

M. Simon Courtemanche

M^me^ Angela Fragasso

M. Denis Lefebvre

M. Louis Lochhead

M. Yvon Massicotte

Autres contributions

L'Institut tient aussi à remercier les personnes suivantes qui ont contribué à la préparation de ce rapport en fournissant soutien, information et conseils clés :

M^me^ Dominique Nadeau, infirmière et conseillère à la qualité de la pratique de l'Ordre des infirmiers et infirmières du Québec (OIIQ)

M^me^ Solange Gagné, spécialiste informatique de gestion, anciennement pilote technologique en télésanté au CISSS de la Gaspésie

M. Philippe Voyer, infirmier et professeur titulaire à la Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval

M^me^ Julie Rivard, pharmacienne, professionnelle scientifique à la Direction de l'évaluation des médicaments et des technologies à des fins de remboursement de l'INESSS

D^r^ Éric Belleville, urgentologue et directeur médical de l'Unité virtuelle de soins du CISSS des Laurentides

M^me^ Erin Cook, directrice de la qualité, transformation, évaluation, valorisation, éthique clinique et organisationnelle et des soins virtuels au CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal

D^r^ Lawrence Rudski, cardiologue, directeur du Centre intégré en cardiologie et chirurgie cardiaque et directeur médical des soins virtuels pour le CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal

M^me^ Émilie Lebee Thomas, **M^me^ Cécile Bordenave** et **M^me^ Élena Ketterer**, de l'Agence nationale de la performance sanitaire et médico-sociale (ANAP), en France

L'Institut tient également à remercier toutes les personnes ayant répondu au questionnaire en ligne ou ayant transmis des commentaires par courriel ou via la page projet.

Déclaration d'intérêts

D^r^ Éric Belleville est médecin-conseil depuis 2021 pour Braver Inc., un logiciel de communication interprofessionnel de la santé, pour lequel il a des options d'achat.

M. Roland Lord est usager partenaire à l'Unité virtuelle de soins du CISSS des Laurentides.

D^r^ Luc Tailleur participe à titre de consultant médical d'une organisation privée à un appel d'offres ministériel concernant le Centre ambulatoire gériatrique de Lévis. Il était également médecin responsable d'un projet clinique de recherche concernant la Clinique des aînés, une forme d'hospitalisation à domicile, au CIUSSS de la Capitale-Nationale.

M. Philippe Voyer mène des projets dans les CISSS et CIUSSS sur les technologies en santé, a participé à des travaux de l'INESSS concernant des technologies en santé et conseille plusieurs compagnies technologiques dans le développement de leurs produits pour s'assurer qu'ils sont adaptés aux soins infirmiers gériatriques.

Responsabilité

L’Institut assume l’entière responsabilité de la forme et du contenu définitifs de ce document. Les conclusions et les recommandations ne reflètent pas forcément les opinions des personnes consultées aux fins de son élaboration.

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ I
SUMMARY IV
SIGLES ET ACRONYMES VII
INTRODUCTION 1
1 MÉTHODOLOGIE SOMMAIRE 3
2 DÉFINITION ET VISÉE DE L'HOSPITALISATION À DOMICILE AU QUÉBEC 4
2.1 L'HAD pour éviter ou raccourcir le séjour à l'hôpital 4
2.2 L'HAD cible des patients avec une condition aiguë dans un état stable 5
2.3 Un modèle de soins et services généralement bien accueilli 5
2.4 Une orchestration nécessaire du modèle de soins et services d'HAD avec d'autres services existants 6
2.5 Une définition à clarifier et une terminologie qui suscite des questionnements 8
3 SURVOL DE CERTAINES EXPÉRIENCES D'HAD AU QUÉBEC 9
3.1 Initiatives d'HAD au Québec 9
3.2 Description de deux expériences d'HAD au Québec 10
3.3 Des modalités de programme adaptées aux milieux 11
3.3.1 Porte d'entrée et évaluation de l'admissibilité 11
3.3.2 Coordination de l'HAD 11
3.3.3 L'équipe d'HAD 12
3.3.4 Modalités de suivi 12
3.3.5 Gestion de la médication 13
3.3.6 Congé 13
3.4 Opérationnalisation similaire des services 13
3.5 Une mise en œuvre complexe 14
4 CONSIDÉRATIONS POUR FAVORISER LE PRÉDÉPLOIEMENT DE L'HAD AU QUÉBEC 15
4.1 Un processus complexe de repérage des patients 15
4.2 Un besoin de mobilisation des équipes de soins en HAD 16
4.3 L'accès à des technologies adaptées aux besoins et simples d'utilisation 18
4.4 Un partenariat solidifié par la communication et le soutien des patients et de leurs proches 20
4.5 Un circuit du médicament à repenser 22
4.6 Des évaluations pour assurer la pérennité des programmes d'HAD 23
CONCLUSION 25
RÉFÉRENCES 27

ANNEXE A....31
Méthodologie pour la collecte et l'analyse des données issues de consultations....31
ANNEXE B....33
Méthodologie pour la collecte et l'analyse de données issues d'un questionnaire....33
ANNEXE C....34
Stratégie de repérage de l'information scientifique....34

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 Modalités de soins et services à domicile au Québec....7
Tableau 2 Défis et pistes de solution pour le repérage des patients admissibles à l'HAD selon les personnes consultées....16
Tableau 3 Défis et pistes de solution pour la mobilisation de l'équipe de soins en HAD selon les personnes consultées....18
Tableau 4 Défis et pistes de solution pour les technologies de suivi à distance selon les personnes consultées....19
Tableau 5 Défis et pistes de solution pour l'implication des patients et des personnes proches aidantes dans l'HAD selon les personnes consultées....21
Tableau 6 Défis et pistes de solution pour le circuit du médicament de l'HAD selon les personnes consultées....23
Tableau 7 Défis et pistes de solution pour soutenir la pérennité des programmes d'HAD selon les personnes consultées....24
Tableau C-1 Base de données bibliographiques....34

LISTE DES FIGURES

Figure 1 Trajectoire type d'un patient en hospitalisation à domicile....4

RÉSUMÉ

Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) vise le déploiement d'une offre d'hospitalisation à domicile (HAD) dans toutes les régions de la province d'ici 2026. Afin d'y parvenir, le MSSS a propulsé en 2023 le prédéploiement de l'HAD par la mise sur pied de plusieurs projets pilotes, avec l'appui financier de l'Institut de la pertinence des actes médicaux (IPAM). Dans ce contexte, le MSSS souhaite être informé sur les aspects à considérer pour favoriser un déploiement pérenne de l'HAD pour la population adulte nécessitant des soins physiques dans les établissements de santé et de services sociaux au Québec. Le MSSS a donc confié à l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) le mandat de brosser un portrait de la situation sur l'HAD au Québec.

Afin de décrire la visée de l'HAD au Québec, d'explorer l'expérience de certains milieux pilotes et de partager les défis et pistes de solution adaptées au contexte québécois, une revue exploratoire de la littérature scientifique et grise a été bonifiée par des démarches consultatives auprès de différentes parties prenantes. Ces démarches ont pris la forme d'un appel à contribution public pour identifier des informateurs clés, une rencontre avec le panel des usagers et des proches aidants de la Direction de l'évaluation et du soutien à l'amélioration des modes d'intervention – services sociaux et santé mentale de l'INESSS, des rencontres ad hoc avec différentes parties prenantes telles que des responsables de programmes d'HAD, une rencontre avec un comité consultatif multidisciplinaire, ainsi qu'une consultation au moyen d'un questionnaire en ligne à l'intention de citoyens, d'usagers et de personnes proches aidantes .

Définition et visée de l'hospitalisation à domicile au Québec

- La mise en place de l'HAD au Québec vise principalement à améliorer l'expérience et à optimiser le parcours de soins des patients présentant une condition aiguë et stable.
- Les patients hospitalisés à domicile reçoivent les mêmes services que ceux séjournant à l'hôpital, y compris les accès prioritaires aux examens diagnostiques et aux consultations médicales. Les patients bénéficient notamment d'un suivi médical à distance et de visites à domicile au besoin.
- Afin de favoriser son adoption, l'HAD doit avoir une définition claire de son rôle, qui répond à des besoins spécifiques du système de santé et qui s'inscrit dans un continuum de soins en complémentarité avec les services de soins existants.

Survol de certaines expériences d'hospitalisation à domicile

- Le prédéploiement de l'HAD est en cours au Québec par le biais de plusieurs projets pilotes. Étant donné ce développement récent, peu de publications scientifiques rapportent l'expérience québécoise en HAD. Deux programmes qui diffèrent dans leur niveau de maturité et leur situation géographique sont présentés dans cet état des connaissances.

- Les modalités d'HAD peuvent varier en fonction du contexte et des besoins des établissements. L'hôpital est la principale porte d'entrée vers l'HAD. Un suivi médical virtuel est assuré par l'équipe d'HAD, et les soins à domicile, lorsque requis, sont prodigués par les services de soutien à domicile (SAD). La gestion de la médication est assurée par la pharmacie d'établissement.
- La mise en œuvre d'un programme d'HAD nécessite de nombreuses collaborations et démarches pour favoriser l'adhésion des différentes parties prenantes au sein de l'hôpital et des ordres professionnels.

Considérations pour favoriser le déploiement optimal de l'hospitalisation à domicile au Québec

- Le repérage des patients potentiellement admissibles à l'HAD est une étape complexe, qui requiert une étroite collaboration entre l'équipe d'HAD et le personnel de l'hôpital. La méconnaissance de l'HAD peut être une barrière à cette collaboration et limiter le repérage des candidats potentiels.
- Une stratégie de gestion du changement est nécessaire pour assurer une mise en œuvre efficace et favoriser l'adhésion des différentes parties prenantes. Elle combine la formation du personnel soignant, les communautés de pratique et l'inclusion des différents services touchés, y compris la pharmacie et les services de soutien à domicile, aux étapes de planification et de coordination.
- Les technologies choisies pour accompagner l'HAD doivent répondre à un besoin et tenir compte de la facilité d'utilisation et du besoin de soutien de l'utilisateur (patient, personne proche aidante ou personnel de soins).
- Une communication claire, adaptée et complète du déroulement, des bénéfices potentiels et des risques de l'HAD doit être offerte au patient et aux proches avant le début du séjour. Des mesures de soutien (p. ex. aide financière, répit, soutien à domicile) pour le patient et pour la personne proche aidante doivent également accompagner la mise en œuvre d'un programme.
- L'établissement d'un circuit du médicament uniformisé pour la province, sécurisé et adapté aux soins virtuels, incluant l'HAD, permettrait de clarifier les enjeux de préparation et de livraison des médicaments dans ces modèles de soins et services.
- Dans un contexte de système apprenant, le déploiement de ce type de programme devrait s'inscrire dans une visée de création de valeur pour les patients, pour le système ainsi que pour la société québécoise. L'appréciation de son potentiel de création de valeur pourra être effectuée par une analyse de son alignement sur les finalités du système de santé et de services sociaux en utilisant une approche multidimensionnelle (dimensions populationnelle, clinique, organisationnelle, économique et socioculturelle).

- La mesure du succès et des retombées des projets d'HAD devrait également tenir compte d'une période d'adaptation après leur mise en œuvre et aller au-delà de la volumétrie. Elle devrait notamment inclure des indicateurs de réponse aux besoins, comme la satisfaction des patients et des personnes proches aidantes, et le degré d'engagement des professionnels.
- L'HAD s'ajoute à un écosystème de services qui présentent déjà des enjeux de pénurie de personnel. Une planification à long terme est nécessaire afin d'assurer la pérennité des programmes d'HAD.

En résumé, l'HAD pourrait jouer un rôle complémentaire aux services existants dans le système de santé au Québec. À l'instar des programmes d'HAD à l'international, certains défis doivent toutefois être surmontés pour assurer une mise en œuvre réussie. En tirant profit de l'expérience de projets mis en place au Québec et à l'international, les principaux acteurs pourront contribuer activement à l'évolution et à l'amélioration continue de ce modèle de soins et services.

SUMMARY

Hospital at home in Québec healthcare institutions: considerations to support program implementation

The Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) is aiming to implement hospital at home (HAH) services in all regions of the province by 2026. To achieve this goal, the MSSS has launched the pre-deployment of HAH with several pilot projects in 2023, with financial support from the Institut de la pertinence des actes médicaux (IPAM). In this context, the MSSS wishes to be informed on the aspects to be considered to promote the sustainable implementation of HAH for the adult population requiring physical care in Québec's health and social services institutions. The MSSS has therefore mandated the Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) to draw up a portrait of the HAH situation in Québec.

In order to describe the scope of HAH in Québec, explore pilot experiences and share challenges and possible solutions adapted to the provincial context, a scoping review of the scientific and grey literature was complemented by consultations with various stakeholders. This approach included a public call for contributions to identify key informed parties, a meeting with the users' and caregivers' panel of the INESSS Direction de l'évaluation et du soutien à l'amélioration des modes d'intervention - services sociaux et santé mentale, *ad hoc* meetings with various stakeholders such as HAH program managers, a meeting with a multidisciplinary advisory committee, and an online questionnaire for citizens, users and caregivers.

Definition and aim of hospital at home in Québec

- The implementation of HAH in Québec is primarily aimed at improving the experience and optimizing the care pathway for patients with acute and stable conditions.
- Patients hospitalized at home receive the same services as those staying in hospital, including priority access to diagnostic tests and medical consultations. In particular, patients benefit from remote medical follow-up and home visits as needed.
- To promote its adoption, HAH needs a clear definition of its role, which should cover specific needs of the healthcare system and complement existing care services as part of a continuum of care.

Overview of hospital at home experiences

- The pre-deployment of HAH is underway in Québec through several pilot projects. Given such recent development, few scientific publications report on the Québec HAH experience. Two programs differing in their level of maturity and geographical location are presented in this report.

- HH modalities may vary according to the context and needs of each institution. The hospital is the main gateway to HH. Virtual medical follow-up is provided by the HAH team, and home care, when required, is provided by home support services. Medication management is handled by the hospital pharmacy.
- Implementing a HAH program requires numerous collaborative efforts and initiatives to promote adhesion from the various stakeholders within the hospital and professional associations.

Considerations for optimal deployment of hospital at home in Québec

- Identifying patients potentially eligible for HAH is a complex process, requiring close collaboration between the HAH team and hospital staff. Unfamiliarity with HAH can be a barrier to this collaboration and limit the identification of potential candidates.
- A change management strategy is needed to ensure the effective implementation and to encourage adhesion from the various stakeholders. It combines training for healthcare staff, the creation of communities of practice and inclusive planning and coordination phases with the participation of the various services involved, including pharmacy and home support services.
- The technologies chosen to assist HAH must meet specific needs and consider the intended user (patient, family caregiver or healthcare staff) to ensure ease of use and plan appropriate technical support.
- Clear, appropriate and comprehensive communication of the process, potential benefits and risks of HAH must be provided to the patient and family before admission. Support measures (e.g., financial assistance, respite care, home support) for the patient and family caregiver must also be in place.
- Establishing, at the provincial level, a standardized and secure medication pathway that is adapted to virtual care, would mitigate issues associated with handling and delivering medications in these care and service models.
- In the context of a learning system, the deployment of this type of program should be part of a strategy to generate value for patients, for the system and for Québec society as a whole. The potential for value creation can be assessed by analyzing its alignment with the goals of the health and social services system, using a multidimensional approach (population, clinical, organizational, economic and sociocultural dimensions).
- Measuring the success and impact of HAH projects should also consider an adjustment period following its implementation and should go beyond volumetry. In particular, it should include indicators of responsiveness to needs, such as the satisfaction of patients and family caregivers, and the degree of commitment of professionals.

- HH adds to an ecosystem of services already facing staff shortages. Long-term planning is needed to ensure the sustainability of HAH programs.

In summary, HAH could play a complementary role to existing services in the Québec healthcare system. As with international HAH programs, however, certain challenges must be overcome to ensure successful implementation. By drawing on the experience of projects set up in Québec and internationally, key stakeholders will be able to actively contribute to the evolution and ongoing improvement of this model of care and service.

SIGLES ET ACRONYMES

CHU	Centre hospitalier universitaire
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CLSC	Centre local de services communautaires
COVID-19	Maladie à coronavirus
CSBE	Commissaire à la santé et au bien-être
CUSM	Centre universitaire de santé McGill
GARE	Clinique de grossesse à risque élevé
HAD	Hospitalisation à domicile
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
IPAM	Institut de la pertinence des actes médicaux
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
RSSS	Réseau de la santé et des services sociaux
RQT	Réseau québécois de la télésanté
SAD	Soutien à domicile
SIAD	Soins intensifs à domicile
SVMV	Suivis virtuels en milieu de vie
TIBD	Traitements intensifs brefs à domicile
UETMIS	Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé
UIR	Unité d'intervention rapide
UVS	Unité virtuelle de soins

INTRODUCTION

Contexte au Québec

La pandémie de maladie à coronavirus (COVID-19) a incité le gouvernement québécois à envisager l'hospitalisation à domicile (HAD) pour réduire la pression sur les ressources hospitalières et la capacité d'accueil. L'attrait pour l'HAD est également renforcé par le développement des technologies et des solutions numériques, qui facilitent la prestation de soins et de services à distance et le suivi virtuel des patients.

En 2021, mandaté par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) a publié un état des connaissances sur l'HAD pour soutenir les réflexions sur l'implantation de ce modèle de soins et services au Québec en contexte général et de pandémie [INESSS, 2021].

En janvier 2022, un des premiers programmes d'HAD, actuellement en service au Québec, a été inauguré au Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal[1] [2023]. Réservé initialement aux patients atteints de la COVID-19, ce service s'est ensuite élargi à d'autres conditions de santé.

Depuis 2023, le MSSS a propulsé le prédéploiement de l'HAD par la mise sur pied de plusieurs projets pilotes dans le Grand Montréal et dans la région de la Capitale-Nationale. Avec l'appui financier de l'Institut de la pertinence des actes médicaux (IPAM), l'objectif de cette initiative est que, d'ici 2026, une offre d'HAD soit déployée dans toutes les régions de la province [Cabinet de la ministre responsable des Aînés et ministre déléguée à la Santé, 2023; IPAM, 2022a].

Mandat

Dans ce contexte d'effervescence, et à la suite des travaux de l'INESSS de 2021 [INESSS, 2021], le MSSS souhaite être informé sur les aspects à considérer pour favoriser un déploiement pérenne de l'HAD pour la population adulte nécessitant des soins physiques dans les établissements de santé et de services sociaux au Québec. Le MSSS a donc confié à l'INESSS le mandat de brosser un portrait de la situation sur l'HAD au Québec.

Les objectifs de cet état des connaissances sont de décrire la visée de l'HAD au Québec, d'explorer l'expérience de certains milieux pilotes et de partager les défis et pistes de solution soulevés par différentes parties prenantes consultées. Le Québec étant au début de son déploiement de l'HAD, les considérations soulevées dans cet état des connaissances pourraient être utiles pour accompagner les établissements.

[1] Girard-Bossé A., Le service d'hospitalisation à domicile ne cesse de grandir [site Web]. La Presse, 29 mars 2023. Disponible à : https://www.lapresse.ca/actualites/sante/2023-03-29/hopital-general-juif/le-service-d-hospitalisation-a-domicile-ne-cesse-de-grandir.php

Ces travaux n'ont pas pour objectif d'évaluer l'efficacité, l'innocuité et l'efficience de l'HAD, ou d'émettre des recommandations concernant les modalités qui devraient être mises en place pour l'HAD au Québec. En complément de cet état des connaissances, deux bulletins de veille stratégique ont été produits. Un premier bulletin de veille survole les modèles d'HAD du Canada, de la France, des États-Unis, du Royaume-Uni et de l'Australie, et met en lumière des facteurs clés d'apprentissage pour optimiser l'implantation de l'HAD (Bulletin de veille #15 - Expériences internationales en hospitalisation à domicile; défis et pistes de solution). Un second bulletin de veille présente un portrait des diverses catégories d'objets connectés utilisés en santé et de leurs champs d'application, ainsi que des considérations en lien avec leur intégration en télésurveillance, notamment en contexte d'HAD (Bulletin de veille #14 - Portrait sur les objets connectés et leur intégration en contexte de télésurveillance).

1 MÉTHODOLOGIE SOMMAIRE

L'INESSS considère les perspectives des professionnels et des gestionnaires du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS), ainsi que celles des patients, des usagers, des personnes proches aidantes, des citoyens et des autres parties prenantes dans ces travaux. Le processus de participation de ces parties prenantes a permis de colliger, d'analyser et de synthétiser les savoirs selon des modalités adaptées, nécessaires et suffisantes pour le projet, selon un principe de proportionnalité des efforts. Plus d'information sur la démarche de consultation se trouve aux annexes A et B. Cette démarche inclut :

- un appel à contribution publié sur le site Internet de l'INESSS, incitant les personnes intéressées à partager leurs commentaires et perspectives sur le sujet;
- une rencontre avec le panel des usagers et des proches aidants de la Direction de l'évaluation et du soutien à l'amélioration des modes d'intervention – services sociaux et santé mentale de l'INESSS;
- des rencontres *ad hoc* avec différentes parties prenantes, y compris des responsables de programmes d'HAD;
- une rencontre avec un comité consultatif multidisciplinaire;
- une consultation au moyen d'un questionnaire en ligne à l'intention de citoyens, d'usagers et de personnes proches aidantes[2].

Les comptes-rendus des rencontres ont été envoyés aux participants pour une validation du contenu. Une analyse thématique a été menée à partir des comptes-rendus de ces diverses rencontres ainsi que des résultats du questionnaire pour faire émerger les principales considérations en lien avec le prédéploiement de l'HAD au Québec.

Une recherche exploratoire de la littérature a également permis d'enrichir le portrait de l'HAD au Québec (Annexe C).

Les conclusions de ce rapport résultent d'une mobilisation et d'une intégration des données qualitatives contextuelles et expérientielles avec les données provenant de la littérature.

Les membres du comité consultatif ont rempli un formulaire de déclaration des conflits d'intérêts et de rôles. Les conflits ont été gérés conformément à la Politique de prévention, d'identification, d'évaluation et de gestion des conflits d'intérêts et de rôles des collaborateurs de l'INESSS.

[2] Cette consultation visait à recueillir la perception de patients, de personnes proches aidantes et de citoyens concernant l'HAD. Étant donné le faible nombre de répondants au questionnaire ayant vécu une HAD ou accompagné un proche dans ce modèle de soins et services, ces données ne sont pas incluses dans ce rapport. Les perspectives rapportées sont donc celles des citoyens ayant répondu au questionnaire (n = 147, ci-après nommés répondants).

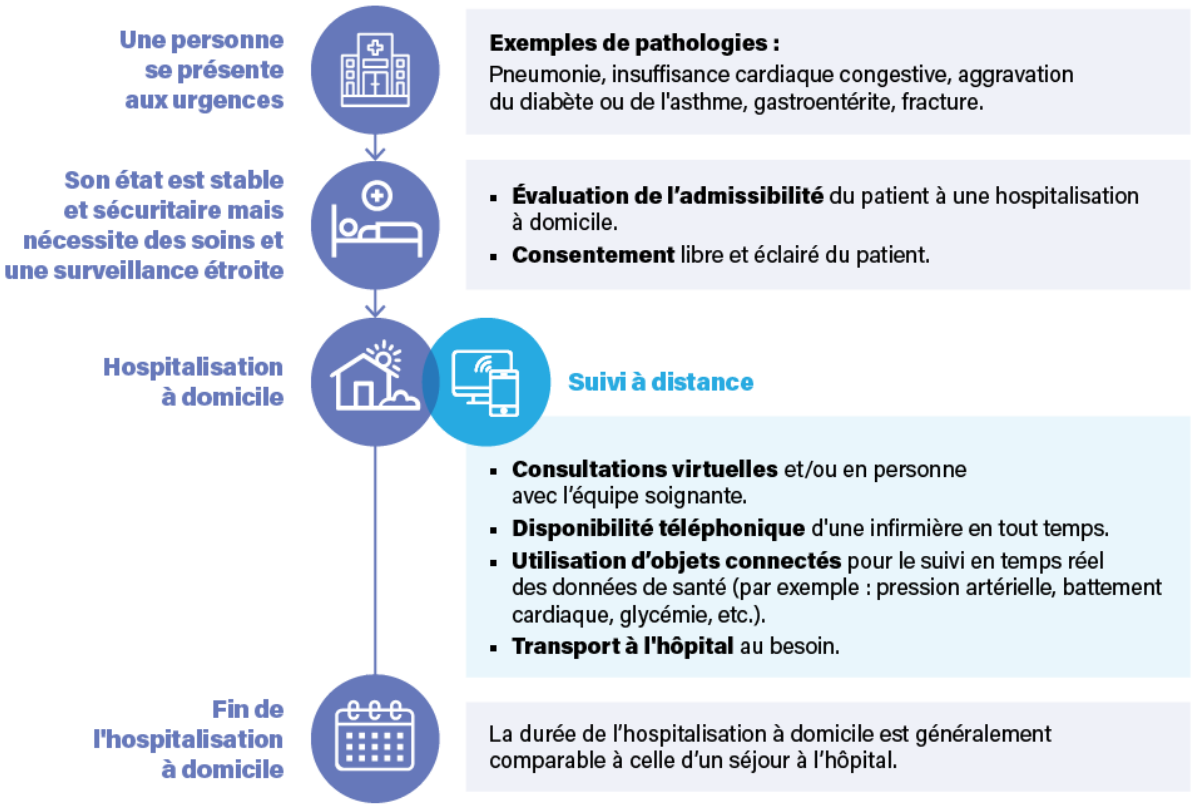
2 DÉFINITION ET VISÉE DE L'HOSPITALISATION À DOMICILE AU QUÉBEC

2.1 L'HAD pour éviter ou raccourcir le séjour à l'hôpital

Selon le gouvernement du Québec [2024], l'HAD est un service qui permet aux personnes admissibles de poursuivre leur hospitalisation à leur domicile. La mise en place de l'HAD au Québec vise à améliorer l'expérience et à optimiser le parcours de soins des patients (Figure 1).

Les principaux soins et services offerts aux patients hospitalisés à domicile sont notamment : la surveillance et l'évaluation à distance de l'état de santé à l'aide d'objets connectés; le suivi des traitements par des rencontres virtuelles régulières; et une assistance morale et physique qui inclut des visites à domicile au besoin et une ligne téléphonique accessible en tout temps. Les patients hospitalisés à domicile reçoivent les mêmes services que ceux séjournant à l'hôpital, y compris les accès prioritaires aux examens diagnostiques et aux consultations médicales [Gouvernement du Québec, 2024].

Figure 1 Trajectoire type d'un patient en hospitalisation à domicile



2.2 L'HAD cible des patients avec une condition aiguë dans un état stable

L'HAD est généralement proposée lorsque le patient est hospitalisé ou lorsqu'il est au service des urgences, en attente d'une admission, dans le but de raccourcir ou d'éviter le séjour à l'hôpital (Bulletin de veille #15 - Expériences internationales en hospitalisation à domicile; défis et pistes de solution).

Selon le gouvernement du Québec [2024], les personnes admissibles doivent être atteintes de pathologies médicales ou chirurgicales aiguës et leur état clinique doit être considéré comme stable et sécuritaire. Les établissements de santé qui participent au programme d'HAD en santé physique ont la responsabilité de définir les critères d'admissibilité selon leurs spécialités médicales. À titre d'exemple, certains modèles internationaux d'HAD incluent des conditions comme l'asthme, la maladie pulmonaire obstructive chronique ou l'insuffisance cardiaque congestive (Bulletin de veille #15 - Expériences internationales en hospitalisation à domicile; défis et pistes de solution).

2.3 Un modèle de soins et services généralement bien accueilli

Parmi les 147 citoyens ayant répondu au questionnaire, plus de la majorité ont exprimé un avis favorable à l'idée d'accepter ce type de service si la situation se présentait. Les avantages anticipés incluent notamment une meilleure qualité de vie durant les soins et le sentiment de sécurité et de bien-être associé au domicile. Certains répondants estiment que l'HAD pourrait être bénéfique pour les patients ayant des conditions spécifiques, pour qui un séjour à l'hôpital peut s'avérer particulièrement éprouvant. D'autres pourraient refuser l'HAD en raison de préférences personnelles ou par crainte d'un soutien insuffisant si leur état de santé se dégrade. De plus, certains répondants au questionnaire ont exprimé des doutes quant à la pertinence d'investir dans un tel programme qui, selon eux, ne bénéficierait qu'à une fraction des patients et aurait peu d'impact sur l'engorgement du milieu hospitalier. D'autres se questionnent sur la capacité du RSSS à déployer un service comme l'HAD. Certains répondants soulèvent qu'ultimement, le déploiement de l'HAD au Québec devrait permettre d'améliorer les soins et services offerts à la population.

Plusieurs membres du panel des usagers et des proches aidants ont également souligné l'avantage important, pour le patient, d'être soigné à domicile. Ce modèle lui permettrait de rester dans un milieu de vie familier et rassurant et d'éviter le stress associé à un séjour à l'hôpital. Selon eux, le contexte du domicile est plus propice que l'hôpital pour établir un partenariat entre le personnel soignant, le patient et, le cas échéant, la personne proche aidante.

2.4 Une orchestration nécessaire du modèle de soins et services d'HAD avec d'autres services existants

Certains programmes de soins et services au Québec peuvent répondre à des besoins qui s'apparentent à ceux de l'HAD ou qui les chevauchent (Tableau 1).

D'une part, plusieurs programmes déployés à l'échelle provinciale offrent des soins et services à domicile**.** Les services de soutien à domicile (SAD) ont pour objectif de favoriser le maintien de l'autonomie des personnes à domicile [Castongay *et al.*, 2024]. D'autres programmes font également partie du panier de soins et services offerts à domicile, tels que la gériatrie sociale[3] et les suivis virtuels en milieu de vie[4] (SVMV, anciennement télésoins à domicile). Contrairement à l'HAD, ceux-ci ont une visée préventive et n'incluent pas le suivi de conditions médicales pour des épisodes de soins aigus qui seraient normalement traités à l'hôpital.

D'autre part, certains programmes touchent des clientèles qui se rapprochent davantage de celles visées par l'HAD, comme les soins intensifs à domicile (SIAD) [Bourassa Forcier *et al.*, 2023]. Les équipes de SIAD ciblent particulièrement les patients complexes et en perte sévère d'autonomie, ou ayant des conditions de santé sévères et instables ou nécessitant des soins palliatifs. Selon des personnes consultées, certaines clientèles, comme les patients nécessitant des soins palliatifs, pourraient être admissibles à la fois au SIAD et à l'HAD. Ces deux programmes impliquent un suivi auprès d'un médecin. Toutefois, dans les programmes d'HAD actuellement en place, un patient est suivi par l'équipe médicale de l'hôpital et considéré comme admis à l'hôpital, alors que les équipes de SIAD sont rattachées à un centre local de services communautaires (CLSC).

[3] Ce programme vise le maintien de l'autonomie des personnes aînées en offrant une vigie des signes de vieillissement accéléré et des facteurs de risque pour la santé et facilite le lien avec les ressources cliniques et communautaires appropriées [Bourassa Forcier *et al.*, 2023; Doré *et al.*, 2023].

[4] Les suivis virtuels en milieu de vie s'adressent aux personnes atteintes d'une maladie chronique ou d'une autre condition couverte, en favorisant leur autonomie dans la gestion de leur maladie au quotidien [RQT, 2024].

Tableau 1 Modalités de soins et services à domicile au Québec

	Soutien à domicile (SAD)	Soins intensifs à domicile (SIAD)	Hospitalisation à domicile (HAD)
Objectif	Maintenir l'autonomie	Éviter l'hospitalisation ou offrir les soins de fin de vie à domicile	Raccourcir ou éviter l'hospitalisation
Statut du patient	Inscrit au SAD du CLSC	Inscrit auprès d'un médecin de l'équipe de SIAD du CLSC*	Admis à l'hôpital
Clientèle type	Personnes ayant des atteintes temporaires ou permanentes de leurs capacités¥	Personnes incapables de quitter le domicile pour accéder aux soins médicaux, avec une instabilité ou une détérioration soudaine de l'état de santé£	Personnes atteintes de pathologies médicales ou chirurgicales aiguës, nécessitant des soins de niveau hospitalier, mais dont l'état clinique est assez stable et sécuritaire pour qu'elles reçoivent ces soins à domicile
Suivi médical	Pas de suivi médical	Médecin de l'équipe de SIAD	Médecin de l'hôpital
Durée	Court ou long terme	Jusqu'à la stabilisation de l'état de santé ou jusqu'à la fin de vie	Comparable à une hospitalisation conventionnelle

Abréviation : CLSC : centre local de services communautaires.

* D'autres trajectoires de soins peuvent s'appliquer. Au CLSC de Verdun, par exemple, un usager dont l'état est instable peut être pris en charge de façon ponctuelle par une équipe d'infirmières en « SAD aigus », sous la supervision d'un médecin de l'équipe de SIAD, avant d'être inscrit au SIAD [Bourassa Forcier *et al.*, 2023].

¥ À titre d'exemples : personnes âgées, déficiences physiques, maladies chroniques, déficience intellectuelle ou trouble du spectre de l'autisme, personne en soins postopératoires, problème de santé physique à court terme, soins palliatifs et de fin de vie [Castongay *et al.*, 2024].

£ À titre d'exemples : usagers en lourde perte d'autonomie et qui présentent une ou plusieurs conditions chroniques avancées, comme un cancer en phase terminale, une insuffisance hépatique terminale ou une insuffisance multisystémique) [Bourassa Forcier *et al.*, 2023; MSSS et FMOQ, 2019].

Les différents programmes offrant des soins et services à domicile ne sont pas mutuellement exclusifs et existent en complémentarité. En effet, le SAD peut être sollicité pendant l'HAD, lorsque l'état du patient l'exige, ou pour un suivi à plus long terme du patient, lorsque les services de soins aigus sont terminés (HAD ou SIAD) [Gouvernement du Québec, 2024]. Cette dynamique, qui nécessite une collaboration étroite entre les différents services concernés, représente un défi souligné durant les consultations et vécu dans d'autres modèles internationaux (Bulletin de veille #15 - Expériences internationales en hospitalisation à domicile; défis et pistes de solution). En effet, une coordination optimale des différents services est nécessaire pour assurer une utilisation adéquate des ressources et éviter les coûts supplémentaires qui pourraient être engendrés par l'hospitalisation à domicile de patients pour qui un soutien à domicile aurait été plus approprié.

2.5 Une définition à clarifier et une terminologie qui suscite des questionnements

Le risque d'un dédoublement ou d'un chevauchement entre l'HAD et les programmes déjà en place est une inquiétude ayant été soulevée à plusieurs reprises par les parties prenantes consultées durant le projet. La définition et la visée de l'HAD au Québec ont aussi fait l'objet de nombreuses discussions au sein du comité consultatif. Pour certains, la terminologie laisse entendre une équivalence entre les services offerts à l'hôpital et durant l'HAD. Pourtant, l'hôpital répond à des besoins essentiels de diagnostic et de traitements qui peuvent difficilement être reproduits au domicile. Ils sont d'avis que cette ambiguïté pourrait constituer un obstacle à l'acceptation de l'HAD et à son adhésion, tant pour les patients que pour le personnel soignant.

Afin de favoriser l'adoption de l'HAD, plusieurs publications insistent sur l'importance d'en avoir une définition claire, qui répond à des besoins spécifiques du système de santé et qui s'inscrit dans un continuum de soins en complémentant les services de soins existants, y compris les services communautaires [O'Neill *et al.*, 2023; Knight et Lasserson, 2022; Leff, 2009] (Bulletin de veille #15 - Expériences internationales en hospitalisation à domicile; défis et pistes de solution).

3 SURVOL DE CERTAINES EXPÉRIENCES D'HAD AU QUÉBEC

3.1 Initiatives d'HAD au Québec

Peu de publications ont été repérées par une recherche exploratoire de la littérature scientifique et grise concernant l'HAD au Québec. Le programme Hôpital@Domicile du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal a été brièvement décrit dans le rapport de l'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (UETMIS) du Centre universitaire de santé McGill (CUSM) [Almeida et Suarthana, 2023]. Le projet pilote de la « Clinique des aînés » du CIUSSS de la Capitale-Nationale a fait l'objet d'une étude clinique avant son interruption en raison de la pandémie de COVID-19 [Boucher *et al.*, 2024].

D'autres publications parues au Québec rapportent principalement des expériences hors de la province [UETMIS du CHUM, 2024; UETMIS du CHU Sainte-Justine, 2024; Almeida et Suarthana, 2023; Bibliothèque du CHUM, 2022] et s'ajoutent à la grande quantité de rapports parus à l'international (Bulletin de veille #15 - Expériences internationales en hospitalisation à domicile; défis et pistes de solution). Peu de publications scientifiques rapportent donc l'expérience québécoise dans le but de soutenir l'implantation d'autres programmes d'HAD dans la province.

En mai 2023, huit programmes d'HAD, sous la forme de projets pilotes financés par l'IPAM, ont été annoncés pour les régions du Grand Montréal et de la Capitale-Nationale [Cabinet de la ministre responsable des Aînés et ministre déléguée à la Santé, 2023; IPAM, 2022a]. D'ici 2026, d'autres projets pilotes pourraient être déployés dans chacune des régions du Québec, portant le nombre total d'établissements offrant un service d'HAD à 34. Le financement de l'IPAM couvre actuellement 15 établissements du RSSS.

Bien que la majorité de ces projets ciblent la santé physique et la réadaptation, d'autres visent différentes clientèles, dont la santé mentale (traitements intensifs brefs à domicile [TIBD]) [IPAM, 2021], les grossesses à risque élevé (GARE) admissibles à un suivi à domicile [IPAM, 2022b] et les soins de fin de vie (unités d'intervention rapide [UIR] à domicile) [IPAM, 2023].

Actuellement, ce modèle de soins et services est principalement destiné à une population adulte. Or, il pourrait éventuellement être étendu à une population pédiatrique. L'UETMIS du Centre hospitalier universitaire (CHU) Sainte-Justine a récemment publié une revue sur l'HAD pédiatrique [UETMIS du CHU Sainte-Justine, 2024] dans le but de soutenir un financement pour mettre en œuvre le projet pilote de la première unité pédiatrique d'HAD au Québec.

3.2 Description de deux expériences d'HAD au Québec

Les projets pilotes d'HAD annoncés par le gouvernement du Québec sont en cours dans différents établissements[5]. Deux exemples qui diffèrent dans leur niveau de maturité et leur situation géographique sont présentés dans cette section.

- **Le programme Hôpital@Domicile du CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal (Hôpital@Domicile).**

  Le programme d'HAD du CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal s'est déployé de manière accélérée en janvier 2022 dans le contexte de la pandémie de COVID-19, sous forme d'un projet pilote, à l'Hôpital général juif de Montréal[6]. Une mobilisation et une collaboration de nombreux acteurs du CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal et des différents départements et services de l'Hôpital général juif ont permis d'élaborer rapidement des protocoles cliniques pour créer une structure de dotation de personnel pour ce nouveau service. Réservé au départ pour les patients atteints de COVID-19, ce service s'est ensuite élargi à d'autres conditions de santé, telles que l'insuffisance cardiaque, la maladie pulmonaire obstructive chronique, la pneumonie, l'infection urinaire et la cellulite[7]. Le programme est maintenant offert en tant que service de l'hôpital.

- **L'Unité virtuelle de soins (UVS) du Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) des Laurentides**

  L'élaboration et la mise en place de l'UVS du CISSS des Laurentides, offerte depuis l'automne 2024 à l'hôpital de Sainte-Agathe-des-Monts [Centre d'expertise du RQT, 2025], se sont étendues sur une période d'environ un an. De nombreuses collaborations, notamment avec l'équipe de l'Hôpital@Domicile du CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal, ont contribué à élaborer des stratégies de mise en œuvre. Un élargissement du projet en tant que service multicentrique avec l'hôpital de Saint-Jérôme est prévu en 2025 [Centre d'expertise du RQT, 2025].

---

[5] La Presse Canadienne. L'hospitalisation à domicile sera rendue disponible dans cinq hôpitaux de plus [site Web]. La Presse, 23 avril 2024. Disponible à : https://www.lapresse.ca/actualites/sante/2024-04-23/l-hospitalisation-a-domicile-sera-rendue-disponible-dans-cinq-hopitaux-de-plus.php.

[6] Une unité virtuelle est créée au domicile des patients dans le cadre du projet novateur COVID@DOMICILE [site Web]. Nouvelles HGJ — Le magazine de l'Hôpital général juif ; Janvier 2022. Disponible à : https://jghnews.ciussswestcentral.ca/fr/une-unite-virtuelle-est-creee-au-domicile-des-patients-dans-le-cadre-du-projet-novateur-coviddomicile/

[7] Rétrospective à l'occasion du 90e anniversaire : Hôpital@Domicile transforme le domicile des patients en unité hospitalière virtuelle [site Web]. Nouvelles HGJ — Le magazine de l'Hôpital général juif ; Octobre 2024. Disponible à : https://jghnews.ciussswestcentral.ca/fr/retrospective-a-loccasion-du-90e-anniversaire-hopitaldomicile-transforme-le-domicile-des-patients-en-unite-hospitaliere-virtuelle/

3.3 Des modalités de programme adaptées aux milieux

L'Hôpital@Domicile et l'UVS partagent plusieurs modalités du parcours de soins présenté dans le bulletin de veille stratégique et issu des expériences internationales en HAD (Bulletin de veille #15 - Expériences internationales en hospitalisation à domicile; défis et pistes de solution). Certaines distinctions peuvent également être mises en évidence et témoignent de l'adaptation du modèle aux différents contextes.

3.3.1 Porte d'entrée et évaluation de l'admissibilité

Dans les deux cas (Hôpital@Domicile et UVS), la porte d'entrée vers l'HAD est l'hôpital, où un médecin responsable évalue l'état de santé du patient et confirme la nécessité d'une hospitalisation en raison des soins aigus requis.

Le repérage du patient, au service des urgences ou dans un autre département de l'hôpital, peut se faire par :

Hôpital@Domicile :

- Un médecin traitant de l'hôpital, parfois après une première identification par l'infirmière assistante chef ou une équipe multidisciplinaire, qui oriente ensuite le patient vers une infirmière de liaison de l'équipe d'HAD.

UVS :

- Une infirmière gestionnaire de cas/de liaison de chaque unité de l'hôpital, qui informe le médecin traitant. Si l'état du patient est jugé approprié pour l'HAD, ce dernier demande une consultation médicale.

3.3.2 Coordination de l'HAD

Le bon déroulement de l'HAD requiert une coordination étroite entre les différents services concernés.

Hôpital@Domicile :

- Le centre de commandement, désigné C4, est la structure de gouvernance et de coordination entre les parties prenantes du CIUSSS (programme Hôpital@Domicile, pharmacie, différents services de SAD, etc.). Des rencontres (caucus) ont lieu deux fois par jour avec les équipes concernées : échanges sur les admissions, les besoins en SAD, la logistique de la médication, la livraison d'équipement, les transferts, etc.

UVS :

- Il n'y a pas de centre de commandement. L'infirmière de l'UVS, suivant un algorithme décisionnel clair, établit et coordonne les liens avec le SAD, le transport, la famille, et s'occupe de l'enseignement sur les équipements.

3.3.3 L'équipe d'HAD

L'équipe d'HAD est multidisciplinaire (médecin coordonnateur, infirmières virtuelles et autres professionnels au besoin).

Hôpital@Domicile :

- Chaque semaine, un interniste est affecté (de garde) au suivi de la majorité des patients en HAD. Les chirurgiens et omnipraticiens suivent leurs propres patients. Un pharmacien se consacre au programme et est disponible pour des consultations, et pour la préparation et la vérification des médicaments.

UVS :

- Des médecins omnipraticiens sont de garde ou partagent leur temps entre leurs fonctions usuelles hospitalières et la supervision de patients en UVS.

3.3.4 Modalités de suivi

Les modalités de suivi de l'Hôpital@Domicile et de l'UVS sont semblables et impliquent une surveillance virtuelle à distance à l'aide de tableaux de bord, ainsi qu'un prêt de technologie de surveillance au patient tel que décrit par les expériences internationales (téléphone intelligent ou tablette disposant d'une connexion au réseau cellulaire et objets connectés) (Bulletin de veille #14 - Portrait sur les objets connectés et leur intégration en contexte de télésurveillance et Bulletin de veille #15 - Expériences internationales en hospitalisation à domicile; défis et pistes de solution). Un portail patient permet aussi au patient de communiquer rapidement avec l'équipe soignante par messagerie texte sécurisée ou par visioconférence. Lorsque des soins à domicile sont requis, les infirmières auxiliaires du CIUSSS ou du CISSS sont sollicitées.

Les objets connectés utilisés comprennent les technologies suivantes :

Hôpital@Domicile :

- Capteur Biobeat[MC] : appliqué sur la poitrine, enregistre 13 signes vitaux. Envoi automatique d'alertes. Approuvé temporairement en contexte de pandémie de COVID par Santé Canada.
- Capteur Masimo SafetyNet Alert[MC] : dispositif jetable placé sur le doigt, mesure continuellement le taux d'oxygène et la fréquence cardiaque. Envoi automatique d'alertes. Approuvé par Santé Canada.

UVS :

- Diverses technologies : sphygmomanomètre, oxymètre, balance, thermomètre, glucomètre.
- Mise à disposition d'un bouton d'urgence et d'un détecteur de chute, simple et facilement accessible, qui permet une communication directe avec une infirmière.

Un corridor d'accès est mis en place vers l'hôpital pour les examens ou pour un retour en hospitalisation conventionnelle. À l'Hôpital@Domicile, une collaboration est en place avec Urgence Santé pour faciliter le retour à l'hôpital en cas d'urgence.

3.3.5 Gestion de la médication

La gestion de la médication pour le programme Hôpital@Domicile et l'UVS est assurée par la pharmacie d'établissement.

Un transport quotidien privé et sécurisé des médicaments est assuré vers le domicile (procédures spéciales de sécurité pour le transport des narcotiques, incluant une double identification du patient et une surveillance étroite du retour des médicaments à la fin de l'HAD).

3.3.6 Congé

Pour l'Hôpital@Domicile et l'UVS, le patient obtient son congé après une durée moyenne généralement équivalente à celle d'un séjour hospitalier conventionnel. Les modalités du congé sont par ailleurs peu élaborées dans les modèles d'HAD à l'international (Bulletin de veille #15 - Expériences internationales en hospitalisation à domicile; défis et pistes de solution).

3.4 Opérationnalisation similaire des services

Les programmes d'HAD peuvent avoir un mode de fonctionnement ouvert (patients suivis par leurs médecins traitants durant l'HAD) ou fermé (patients orientés par leur médecin traitant, mais suivis par une équipe affectée à l'HAD) (Bulletin de veille #15 - Expériences internationales en hospitalisation à domicile; défis et pistes de solution). Le programme Hôpital@Domicile du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal et l'UVS du CISSS des Laurentides sont généralement opérés comme des services fermés. Selon les personnes consultées, cette approche offre plusieurs avantages, dont :

- avoir une équipe affectée à l'HAD, avec un médecin de garde en tout temps;
- avoir une équipe restreinte, ce qui facilite l'apprentissage, l'adaptation et la mise au point des processus;
- éviter aux médecins d'avoir à suivre des patients à domicile en plus de leur charge hospitalière, ce qui peut encourager l'intérêt et la confiance des médecins par rapport à l'orientation des patients vers l'HAD.

Certaines personnes consultées ont évoqué la possibilité d'une évolution éventuelle des programmes d'HAD plus matures vers des services ouverts ou hybrides. Dans un modèle ouvert, les médecins traitants continuent de suivre leurs propres patients, selon diverses modalités (à l'hôpital et à domicile). Ce modèle aurait l'avantage de permettre une meilleure continuité des soins pour le patient, entre l'hôpital et le séjour en HAD. Plusieurs modèles rapportés dans la littérature fonctionnent selon ce mode d'organisation (Bulletin de veille #15 - Expériences internationales en hospitalisation à domicile; défis et pistes de solution).

3.5 Une mise en œuvre complexe

Le contexte d'implantation des programmes peut différer selon les établissements, notamment en fonction du type de clientèle, du volume de patients, de la disparité géographique, des services de soutien disponibles et de la culture en matière d'innovation. Les établissements doivent donc bénéficier d'une certaine marge de manœuvre dans l'opérationnalisation de leur programme (modalités de coordination, choix des technologies [Bulletin de veille #14 - Portrait sur les objets connectés et leur intégration en contexte de télésurveillance], etc.) afin de répondre adéquatement à leurs besoins.

La mise en œuvre d'un programme d'HAD nécessite, selon des responsables de programme consultés, de nombreuses discussions et démarches pour favoriser l'adhésion des différentes parties prenantes au sein de l'hôpital et des ordres professionnels. L'accompagnement au moyen de communautés de pratique[8] et le développement d'outils comme des guides sont des éléments facilitants pour soutenir l'implantation des programmes d'HAD. L'établissement de procédures juridiques et la consultation des syndicats et des ordres professionnels peuvent s'avérer facilitants pour établir les responsabilités des parties prenantes.

Certaines personnes consultées suggèrent d'envisager un accompagnement en collaboration avec des programmes établis. À titre d'exemple, le CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal a contribué plus étroitement à la mise sur pied d'une offre d'HAD à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal [CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal et CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal, 2023]. Ce modèle de coopération interétablissements est aussi une piste de solution à la pénurie de personnel infirmier dans le RSSS, comme l'illustre l'exemple de l'Hôpital du Suroît du CISSS de la Montérégie-Ouest[9] [CISSS de la Montérégie-Ouest, 2024] dans lequel les patients ont été suivis par les infirmières virtuelles du programme Hôpital@Domicile. Ces modèles ouvrent la porte à une offre d'HAD au sein d'un réseau qui pourrait couvrir plusieurs établissements.

[8] En plus d'une communauté de pratique en soins virtuels, celle du Réseau québécois de la télésanté (CdP – RQT) permet également aux membres d'échanger sur les initiatives en télésanté au Québec.

[9] Cousineau, M-È. Retour vers le futur à l'hôpital du Suroît [site Web]. La Presse, 20 juin 2024. Disponible à : https://www.lapresse.ca/actualites/sante/retour-vers-le-futur-a-l-hopital-du-suroit/2024-06-20/robot-nurse-a-la-rescousse.php?sharing=true (consulté le 20 juin 2024).

4 CONSIDÉRATIONS POUR FAVORISER LE PRÉDÉPLOIEMENT DE L'HAD AU QUÉBEC

Cette section expose des considérations issues des démarches consultatives et de la littérature scientifique et grise pour soutenir l'implantation des projets d'HAD dans le RSSS.

4.1 Un processus complexe de repérage des patients

Selon les personnes consultées, le repérage est une étape complexe à plusieurs égards (Tableau 2). Les conditions à prioriser doivent être déterminées pour assurer l'efficacité et l'efficience du programme. De plus, le processus d'admissibilité des patients est chronophage et peut décourager certains médecins, parfois déjà réticents à orienter leurs patients vers l'HAD.

Le manque d'adhésion des médecins à l'HAD représente une barrière importante à l'admission des patients [Levine *et al.*, 2024; Rothman *et al.*, 2024]. Elle requiert une adaptation qui est essentielle pour créer un modèle fonctionnel.

Pour améliorer le processus de repérage des patients, l'élaboration de stratégies de gestion du changement est jugée nécessaire selon les membres du comité consultatif. Ce constat est également soutenu par les expériences à l'international (Bulletin de veille #15 - Expériences internationales en hospitalisation à domicile; défis et pistes de solution). Les personnes consultées sont aussi d'avis qu'il est judicieux d'amorcer un programme d'HAD en ciblant certaines conditions particulières avant d'étendre l'admissibilité à une clientèle plus large. Cette mise en œuvre progressive favoriserait, selon elles, l'appropriation d'un programme d'HAD par le personnel soignant.

Tableau 2 Défis et pistes de solution pour le repérage des patients admissibles à l'HAD selon les personnes consultées

	Défis	Pistes de solution
Patients ciblés	Selon la littérature et à l'instar des modèles à l'international (Bulletin de veille #15 - Expériences internationales en hospitalisation à domicile; défis et pistes de solution), de nombreuses conditions médicales ont le potentiel d'être suivies en HAD, complexifiant la priorisation des conditions pour la mise en œuvre initiale d'un programme d'HAD.	▪ Cibler des conditions de santé particulières avant d'étendre l'admissibilité à une clientèle plus large, en priorisant : – les conditions représentant une part significative de l'occupation des lits de l'hôpital; – les patients pour lesquels l'intensité de soins requis est adaptée au contexte de l'HAD ou qui sont à risque d'effets indésirables liés à l'hospitalisation; – une trajectoire de soins et services « facilement » adaptable à l'HAD, en considérant l'approvisionnement du matériel et des médicaments requis pour traiter une condition durant un suivi à domicile.
Implication des médecins dans le repérage	Certains médecins peuvent montrer des réticences en raison du changement de leurs pratiques et d'une mécompréhension de la visée de l'HAD.	▪ Élaborer une stratégie de gestion du changement pour favoriser l'évolution des pratiques. ▪ Former les médecins sur les soins à domicile et l'HAD pour les familiariser avec ces modalités de soins et leurs bénéfices anticipés. ▪ Documenter les non-admissions en HAD à des fins de rétroaction.
Méthode d'évaluation de l'admissibilité	L'évaluation est une étape chronophage qui peut représenter un frein à l'adoption de ce modèle.	▪ Développer un algorithme de prédiction en vue de simplifier le processus de repérage et de sélection des patients admissibles à l'HAD.

4.2 Un besoin de mobilisation des équipes de soins en HAD

Compte tenu de la pénurie de personnel et des difficultés de recrutement dans le système de santé, les personnes consultées ont soulevé le défi que peut représenter la mobilisation d'une équipe d'HAD qualifiée et spécialisée pour le suivi de certaines clientèles (Tableau 3). À l'international, cette problématique est parfois amplifiée par des enjeux de financement qui peuvent limiter les efforts de recrutement (Bulletin de veille #15 - Expériences internationales en hospitalisation à domicile; défis et pistes de solution).

Certains répondants au questionnaire ont également exprimé des préoccupations quant au recrutement de personnel de santé qualifié pour l'HAD, particulièrement en soins infirmiers. Plusieurs craignent également que la pénurie de main-d'œuvre soit une barrière à la disponibilité des ressources de soutien et alourdisse le fardeau des patients et de leurs proches durant un épisode d'HAD. D'autres répondants craignent, à l'inverse, que ce modèle de soins et services suscite un attrait pour certains professionnels, et n'aggrave la pénurie de main-d'œuvre dans d'autres services existants.

Le recrutement du personnel est un défi commun à travers les programmes d'HAD à l'international (Bulletin de veille #15 - Expériences internationales en hospitalisation à domicile; défis et pistes de solution). À cet égard, des membres de programmes d'HAD consultés identifient la formation comme le principal facteur de changement pour sensibiliser le personnel à ce modèle de soins et services, et pour en favoriser l'attractivité (Tableau 3). Certaines personnes consultées ont d'ailleurs partagé des initiatives pour accroître la reconnaissance et l'adoption de l'HAD par le personnel du RSSS au Québec :

- une communauté de pratique pour les unités virtuelles de soins. Cela facilite les partages d'expériences entre les programmes d'HAD et a permis de mettre en place une table de travail composée principalement d'infirmières pour élaborer un programme de formation provincial sur la téléconsultation;
- des stages de rotation en soins virtuels dans certains programmes en soins infirmiers, en ergothérapie et en physiothérapie;
- une formation à l'intention des infirmières à l'Université McGill. Des efforts sont déployés pour étendre cette formation à d'autres universités;
- des démarches pour que les facultés de médecine abordent l'HAD dans leurs programmes de formation.

Par ailleurs, selon certains membres du comité consultatif, le recours au personnel des services de SAD pour assurer les soins au domicile des patients en HAD peut également représenter un défi. Selon un récent rapport du Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE), les services de SAD peinent à répondre aux besoins actuels dans la province [Castongay *et al.*, 2024]. Leur sollicitation pourrait aggraver la situation.

Selon certains répondants au questionnaire, la stabilité du personnel soignant tout au long du parcours de soins permet de créer un lien de confiance avec le patient, de réduire l'anxiété et de prévenir la dégradation de l'état du patient, en particulier pour les clientèles vulnérables.

Tableau 3 Défis et pistes de solution pour la mobilisation de l'équipe de soins en HAD selon les personnes consultées

	Défis	Pistes de solution
Recrutement et formation du personnel	La pénurie de personnel est un enjeu pour le recrutement dans les programmes d'HAD et est exacerbée par le besoin en personnel spécialisé pour la prise en charge de certaines clientèles.	▪ Amorcer un programme d'HAD avec un nombre restreint de conditions en vue de réduire la pression sur le recrutement ▪ Solliciter la participation temporaire de ressources d'autres services en vue d'alléger provisoirement la charge de travail ▪ Prévoir un financement suffisant pour l'embauche et la formation de personnel
	Le cursus des médecins et infirmières offre peu de possibilités de familiarisation avec les soins à domicile ou la télésanté.	▪ Introduire des formations ou stages en soins à domicile dans le cursus ou les activités de formation continue, pour familiariser les médecins et infirmières à ce type d'approche et à l'impact de l'environnement familial dans la gestion des soins ▪ Favoriser les initiatives de partage d'expérience d'HAD, tels une communauté de pratique et des stages
Collaboration avec les SAD	La collaboration avec d'autres services, comme le SAD, peut accentuer les enjeux déjà présents au sein de ces services.	▪ Évaluer et anticiper les répercussions de l'implication du SAD sur la charge de travail des intervenants de ce service ▪ Impliquer un représentant du SAD dans les rencontres de coordination d'HAD pour mieux anticiper la charge de travail et faciliter la coopération
	Le temps de déplacement et l'adaptation à l'environnement du domicile peuvent constituer des enjeux de coûts et d'efficience.	▪ Planifier et optimiser les déplacements et évaluer leur impact en matière de coûts

4.3 L'accès à des technologies adaptées aux besoins et simples d'utilisation

L'utilisation des technologies de suivi à distance dans le cadre des programmes d'HAD à l'international reste encore peu documentée et évaluée [Pandit *et al.*, 2024; Denecke *et al.*, 2023] (Bulletin de veille #14 - Portrait sur les objets connectés et leur intégration en contexte de télésurveillance et Bulletin de veille #15 - Expériences internationales en hospitalisation à domicile; défis et pistes de solution). De plus, selon les personnes consultées, très peu de ces technologies sont homologuées par Santé Canada, une condition requise pour leur utilisation en contexte d'HAD, et leur interopérabilité avec les outils existants est limitée.

Différents défis et pistes de solution soulevés durant les consultations en lien avec les technologies de suivi à distance sont présentés dans le tableau 4. Selon des personnes consultées, privilégier la simplicité serait une clé du succès. Que ce soit dans les programmes d'HAD internationaux ou au Québec, l'identification des besoins technologiques est la première étape à réaliser.

Le mode de suivi, intermittent ou continu, des objets connectés est également important à considérer. Un suivi intermittent nécessite l'installation et le retrait du dispositif, ce qui peut poser un défi pour certaines clientèles. À l'opposé, un suivi continu permet une détection rapide de la détérioration de l'état du patient, mais génère une grande quantité de données, parfois non pertinentes, pouvant surcharger cognitivement les soignants. L'utilisation des technologies soulève toutefois plusieurs enjeux de financement et, selon l'expérience de programmes à l'international, la portion du budget à allouer pour les infrastructures technologiques n'est pas à négliger (Bulletin de veille #15 - Expériences internationales en hospitalisation à domicile; défis et pistes de solution).

La plupart des répondants au questionnaire se sont dits à l'aise avec l'utilisation d'objets connectés et d'une plateforme numérique pour partager les données de santé et communiquer avec le personnel soignant. Quelques répondants espèrent toutefois que l'intégration des technologies n'entraînera pas une « déshumanisation » des soins. Des préoccupations en lien avec la protection et la confidentialité des données et des enjeux de fonctionnalité ont également été soulevées par les répondants.

Les personnes consultées et certains répondants au questionnaire soulignent l'importance de bien soutenir et accompagner les patients et les personnes proches aidantes, ainsi que le personnel soignant, dans l'utilisation de ces technologies.

Tableau 4 Défis et pistes de solution pour les technologies de suivi à distance selon les personnes consultées

	Défis	Pistes de solution
Technologies de surveillance adaptées aux besoins	Plusieurs technologies existent, compliquant le choix de celles qui sont les plus adaptées au contexte d'HAD.	▪ Identifier les besoins de toutes les parties prenantes selon les objectifs du programme pour soutenir ce choix ▪ Privilégier les technologies pour lesquelles la simplicité et la fiabilité ont été testées par des utilisateurs
	Peu de technologies disposent d'une homologation par Santé Canada, ce qui restreint le choix de fournisseurs et limite la concurrence de prix.	▪ Collecter des données pour permettre d'apprécier le potentiel de création de valeur d'une technologie et pour faciliter son passage vers des phases ultérieures de son cycle de vie (prédéploiement et déploiement)
Interopérabilité	L'interopérabilité de certains objets connectés ou de plateformes avec les dossiers numériques est limitée.	▪ Privilégier les systèmes de plateformes ou d'objets connectés interopérables entre les établissements en considérant le déploiement du Dossier de santé numérique au Québec

	Défis	Pistes de solution
Gestion des données, des alertes et des pannes	Les pannes technologiques ou de connectivité représentent un enjeu pour la sécurité des patients.	▪ Établir des protocoles en cas de pannes ou de dysfonctionnements et assurer la disponibilité d'un soutien technologique en tout temps ▪ Utiliser le réseau cellulaire en vue de réduire les problèmes de connexion pour la transmission des données ▪ Prêter un cellulaire déjà programmé pour réduire les problèmes de connectivité Bluetooth avec les autres appareils fournis et les disparités socio-économiques et régionales
	Le suivi en continu de l'état de santé assisté par la technologie peut représenter un enjeu pour la gestion des données et pour la charge cognitive des soignants.	▪ Mettre en place un protocole de gestion des alertes émises par les dispositifs de suivi au sein du programme d'HAD ▪ Adapter la fréquence d'envoi des données aux besoins du patient et à la charge de travail des soignants
Formation sur les soins virtuels	Les médecins et les infirmières ne sont généralement pas formés sur la téléconsultation ou l'évaluation clinique virtuelle.	• Intégrer des modules sur la téléconsultation et les technologies de surveillance à distance dans le cursus et dans les activités de formation continue
Financement	Les coûts des infrastructures technologiques, y compris les coûts des licences, des logiciels ou plateformes, du matériel et ceux liés à l'interopérabilité, peuvent être élevés.	• Prévoir un financement approprié qui prenne en compte : – les coûts d'acquisition; – les coûts additionnels tels que ceux des logiciels, des licences et abonnements, des mises à jour, des ressources humaines ou matérielles additionnelles et de la formation du personnel; – les coûts de maintien du fonctionnement et de l'intégration des dispositifs dans le flux de travail.

4.4 Un partenariat solidifié par la communication et le soutien des patients et de leurs proches

Selon les personnes consultées, l'information concernant l'implication attendue des patients et des personnes proches aidantes durant l'HAD, de même que les bénéfices potentiels et les risques de cette modalité de soins et services, n'est pas toujours clairement communiquée et comprise.

Reconnaître et anticiper les besoins du patient et l'impact sur ses proches dans la conception, le développement et la mise en œuvre des services d'HAD est une considération importante dans les programmes d'HAD à travers le monde et au Québec (Bulletin de veille #15 - Expériences internationales en hospitalisation à domicile; défis et pistes de solution).

Parmi les considérations et pistes de solution proposées (Tableau 5), les membres du comité consultatif sont d'avis que le processus d'évaluation de l'admissibilité des patients pour l'HAD devrait prendre en compte la dimension psychologique, notamment l'anxiété du patient et de la personne proche aidante, pour qui l'environnement de l'hôpital pourrait être plus sécurisant.

Par ailleurs, selon un projet de loi sanctionné en 2022[10], un patient peut choisir de recevoir ses services « en présence ». Certaines personnes consultées soulignent que l'hospitalisation conventionnelle peut représenter un moment de répit pour les proches et que le retour précoce du patient à domicile dans un contexte d'HAD peut accroître le fardeau sur la personne proche aidante.

Quelques membres du panel des usagers et des proches aidants et certains répondants au questionnaire soulèvent également que l'implication de la personne proche aidante durant l'HAD peut ajouter une responsabilité et un stress supplémentaire liés à l'apprentissage des soins et à la sécurité pour le patient. De plus, l'implication d'une personne proche aidante pourrait engendrer des coûts supplémentaires (p. ex. coûts à la charge du patient, perte de productivité, etc.) (Bulletin de veille #15 - Expériences internationales en hospitalisation à domicile; défis et pistes de solution). Néanmoins, selon quelques répondants au questionnaire, l'accompagnement d'un proche hospitalisé pourrait être facilité à domicile (flexibilité d'horaire, réduction du temps et des frais associés aux déplacements et au stationnement à l'hôpital). Une offre de services de soutien adaptés aux besoins du patient a aussi été proposée pour le domicile (p. ex. repas préparés, accompagnement dans l'utilisation des technologies, information disponible dans d'autres langues).

Tableau 5 Défis et pistes de solution pour l'implication des patients et des personnes proches aidantes dans l'HAD selon les personnes consultées

	Défis	Pistes de solution
Communication claire et adaptée	La responsabilité et les risques cliniques liés à l'HAD peuvent être une source d'inquiétude pour le patient et la personne proche aidante.	▪ Intégrer des patients partenaires dans les stratégies de prédéploiement et de déploiement de l'HAD, notamment pour favoriser la communication d'information et le développement d'outils adaptés et accessibles aux patients et proches ▪ Communiquer clairement au patient et au proche les bénéfices, les risques et le déroulement de l'HAD, dès l'admission ▪ Développer des outils de transfert de connaissances pour soutenir le patient et la personne proche aidante pour une prise de décision et un consentement libre et éclairé ▪ Sensibiliser le personnel soignant sur la manière optimale d'informer le patient et ses proches

[10] Projet de loi n° 11 : *Loi visant à augmenter l'offre de services de première ligne et à améliorer la gestion de cette offre* (2022). 2e sess., 42e lég., art. 20. https://www.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/fileadmin/Fichiers_client/lois_et_reglements/LoisAnnuelles/fr/2022/2022C16F.PDF

	Défis	Pistes de solution
		▪ Évaluer la satisfaction des patients et des personnes proches aidantes après l'HAD
Soutien des personnes proches aidantes	La participation de la personne proche aidante est souvent essentielle dans les soins à domicile, mais peu valorisée.	▪ Définir l'implication et la charge attendue de la personne proche aidante durant l'HAD ▪ Inclure un outil de dépistage de détresse des personnes proches aidantes dans le processus de repérage des patients en HAD ▪ Envisager des mesures de soutien financier et de répit pour les personnes proches aidantes lors de la mise sur pied d'un programme d'HAD

4.5 Un circuit du médicament à repenser

Selon les personnes consultées, le département de pharmacie de l'établissement de santé est très sollicité dans un programme d'HAD. Bien qu'une gestion des prescriptions par la pharmacie de l'établissement facilite les communications et la logistique entre l'équipe d'HAD et le pharmacien, le circuit du médicament diffère de celui en milieu hospitalier.

Au Québec, advenant une admission en HAD en amont des services d'urgence, les pharmacies communautaires pourraient également être sollicitées, ajoutant un circuit supplémentaire et entraînant des coûts pour le patient si l'hôpital ne fournit pas entièrement la médication.

Dans les modèles d'HAD recensés à l'international, aucun cadre ni aucun guide des meilleures pratiques n'a été repéré concernant la gestion des médicaments (Bulletin de veille #15 - Expériences internationales en hospitalisation à domicile; défis et pistes de solution).

Les membres du comité consultatif sont d'avis que l'établissement d'un circuit provincial du médicament uniformisé, sécurisé et adapté aux soins virtuels, incluant l'HAD, permettrait de clarifier les enjeux de préparation et de livraison des médicaments dans ces modèles de soins et services (Tableau 6).

Tableau 6 Défis et pistes de solution pour le circuit du médicament de l'HAD selon les personnes consultées

	Défis	Pistes de solution
Circuit du médicament	Les services de pharmacie subissent de la pression dans un programme d'HAD : la gestion des médicaments et la logistique de livraison diffèrent de celles en milieu hospitalier ou en pharmacie communautaire.	▪ Établir un circuit du médicament adapté aux soins virtuels et au contexte d'HAD en vue d'harmoniser et d'encadrer les éléments suivants : – la pharmacie responsable de la gestion de la médication (pharmacie de l'établissement ou celle communautaire) selon le statut du patient en HAD (admis ou inscrit à l'hôpital); – les modalités de distribution des médicaments; – le transport sécurisé des narcotiques; – la gestion de la médication à domicile (p. ex. entreposage et gestion des déchets); – le rôle et les responsabilités du pharmacien en HAD.

4.6 Des évaluations pour assurer la pérennité des programmes d'HAD

L'appréciation du potentiel de création de valeur d'un programme d'HAD pourra être effectuée par une analyse de son alignement sur les finalités du système de santé et de services sociaux, en utilisant une approche multidimensionnelle (dimensions populationnelle, clinique, organisationnelle, économique et socioculturelle) [INESSS, 2024].

L'évaluation d'un programme permet notamment d'apprécier la pertinence et l'efficacité d'une intervention pour répondre aux objectifs fixés, ainsi que son efficience et son impact organisationnel et populationnel [CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec, 2024]. Le suivi d'indicateurs est un moyen utilisé pour mesurer cette performance clinique et organisationnelle dans une perspective d'amélioration continue.

La mesure du succès et des retombées des projets d'HAD devrait aller au-delà de la volumétrie (heures de services, nombre d'usagers). Elle devrait notamment inclure des indicateurs d'expérience de soins, dont la satisfaction des patients et des personnes proches aidantes, ainsi que le niveau d'engagement des professionnels [Castongay *et al.*, 2024; Bourassa Forcier *et al.*, 2023]. Le suivi d'un programme devrait également considérer les barrières à l'accessibilité (p. ex. langue, déficiences physiques, accès à Internet, littéracie numérique et en santé) pour les clientèles éloignées ou vulnérables, pour éviter d'accentuer les disparités socio-économiques ou culturelles (Bulletin de veille #15 - Expériences internationales en hospitalisation à domicile; défis et pistes de solution).

L'évaluation des coûts et de l'efficience peut varier selon le contexte de chaque établissement. Les expériences internationales [Goossens *et al.*, 2020] et des membres de programmes d'HAD ont souligné qu'une période de transition et de gestion du changement est à prévoir lors de la mise en œuvre d'un programme. Durant cette

période, l'efficience pourrait être sous-optimale et mener à une sous-estimation des économies potentiellement anticipées, avant d'arriver à sa pleine capacité. Une fois cette période terminée, certains rapportent des économies, notamment grâce à une réduction du personnel requis et des infections [Almeida et Suarthana, 2023].

Le contexte d'un projet pilote permet de déployer des solutions innovantes pour répondre aux besoins de santé [Bourassa Forcier *et al.*, 2023; Egermark *et al.*, 2022]. Cependant, une fois le financement initial terminé, la pérennité de tels projets devient incertaine. Certaines initiatives québécoises, bien qu'ayant obtenu un soutien et un succès initial, ont ainsi été discontinuées, comme la Clinique des aînés du CIUSSS de la Capitale-Nationale [Boucher *et al.*, 2024]. L'Institut canadien d'information sur la santé rapportait également en 2023 que la pérennité de nombreuses initiatives sur les soins virtuels en Ontario demeurait menacée en raison des enjeux de disponibilité des ressources humaines et de la fin du financement spécial [ICIS, 2023]. Le manque de financement est aussi une des barrières à l'implantation relevées en Angleterre, amplifiant les difficultés de recrutement et la surcharge du personnel [PPL, 2024]. En effet, en 2022-2023, les coûts liés à la main-d'œuvre représentaient la majeure partie du budget des unités virtuelles du NHS [AMC, 2024; NHS, 2022].

Le tableau 7 présente quelques pistes pour favoriser une évaluation des programmes d'HAD et leur pérennité.

Tableau 7 Défis et pistes de solution pour soutenir la pérennité des programmes d'HAD selon les personnes consultées

	Défis	Pistes de solution
Évaluation du programme	L'HAD doit être évaluée à des moments opportuns, pour permettre des ajustements dans une perspective d'amélioration continue et ainsi assurer la pérennité des programmes.	▪ Mettre en place des indicateurs avant la mise en œuvre des programmes en vue d'évaluer leur performance ▪ Utiliser un tableau de bord pour faciliter la collecte et le suivi des indicateurs ▪ Évaluer l'efficience et la rentabilité du programme d'HAD en considérant les coûts et les bénéfices associés aux patients supplémentaires traités à l'hôpital en raison des lits libérés par l'HAD ▪ Identifier et réduire les barrières à l'accessibilité du programme pour les clientèles éloignées ou vulnérables (Bulletin de veille #15 - Expériences internationales en hospitalisation à domicile; défis et pistes de solution) ▪ Prévoir des mécanismes de suivi par les ressources de l'établissement qui sont responsables de l'évaluation et de la performance
Favoriser la pérennité des programmes d'HAD	La pérennité des programmes est fragile, car elle dépend du renouvellement financier, lui-même soumis aux priorités gouvernementales.	▪ Prévoir des mécanismes de financement à long terme pour assurer la pérennité des programmes d'HAD ▪ Mettre en place des modalités de financement qui favorisent une prestation efficiente de soins

CONCLUSION

L'HAD a pour visée d'améliorer l'expérience de soin de patients présentant une condition de santé aiguë et stable, et de contribuer au désengorgement des hôpitaux. Cette modalité de soins représente un changement de paradigme, qui décentralise les soins des établissements hospitaliers vers le domicile, sous une supervision médicale principalement virtuelle. Cela implique une adaptation importante pour le patient, la personne proche aidante et le personnel de soins, et nécessite de mettre en place de nouveaux modes d'organisation en coopération étroite avec différents acteurs du RSSS. Pour favoriser la mise en œuvre, l'adhésion et la pérennité d'un programme d'HAD au Québec, quelques considérations clés ressortent de ces travaux :

- L'HAD doit avoir un rôle bien défini, répondre à des besoins spécifiques du système de santé et s'inscrire dans un continuum de soins en complément des services de soins existants. Les établissements doivent pouvoir adapter les modalités d'HAD en fonction de leur contexte et de leurs besoins.
- Le repérage des patients potentiellement admissibles à l'HAD est une étape complexe, qui requiert une étroite collaboration entre l'équipe d'HAD et le personnel de l'hôpital. La méconnaissance de l'HAD peut être une barrière à cette collaboration et limiter le repérage des candidats potentiels.
- Une stratégie de gestion du changement est nécessaire pour assurer une mise en œuvre efficace et favoriser l'adhésion des différentes parties prenantes. Elle combine la formation du personnel soignant, les communautés de pratique et l'inclusion des différents services touchés, y compris la pharmacie, aux étapes de planification et de coordination. La publication des modèles d'HAD au Québec peut renforcer l'adhésion à ce type de modalité en offrant des outils de référence pour les projets pilotes.
- Une communication claire, adaptée et complète du déroulement, des bénéfices potentiels et des risques de l'HAD doit être offerte au patient et aux proches avant le début du séjour. Des mesures de soutien (p. ex. aide financière, répit, soutien à domicile) doivent également accompagner la mise en œuvre d'un programme.
- Les technologies choisies pour accompagner l'HAD doivent répondre à un besoin et tenir compte de la facilité d'utilisation et du besoin de soutien de l'utilisateur (patient, personne proche aidante ou personnel de soins).
- Dans un contexte de système apprenant, le déploiement de ce type de programme devrait s'inscrire dans une visée de création de valeur pour les patients, pour le système ainsi que pour la société québécoise. L'appréciation de son potentiel de création de valeur pourra être effectuée par une analyse de son alignement sur les finalités du système de santé et de services sociaux en utilisant une approche multidimensionnelle (dimensions populationnelle, clinique, organisationnelle, économique et socioculturelle).

- La mesure du succès et des retombées des projets d'HAD devrait également tenir compte d'une période d'adaptation après leur mise en œuvre et aller au-delà de la volumétrie. Elle devrait notamment inclure des indicateurs de réponse aux besoins, comme la satisfaction des patients et des personnes proches aidantes, et le degré d'engagement des professionnels.
- L'HAD est un service qui s'ajoute à un écosystème de services qui présentent déjà des enjeux de pénurie de personnel. Une planification à long terme est nécessaire afin d'assurer la pérennité des programmes d'HAD.

L'HAD pourrait donc jouer un rôle complémentaire aux services existants dans le système de santé au Québec. À l'instar des programmes d'HAD à l'international, certains défis doivent toutefois être surmontés pour assurer une mise en œuvre réussie. En tirant profit de l'expérience de projets mis en place au Québec et à l'international, les principaux acteurs pourront contribuer activement à l'évolution et à l'amélioration continue de ce modèle de soins et services.

RÉFÉRENCES

Agence des médicaments du Canada (CDA-AMC). Horizon Scan - Virtual Medicine Wards and Hospital-at-Home Programs. Ottawa, ON : CDA-AMC; 2024. Disponible à : https://www.cda-amc.ca/virtual-medicine-wards-and-hospital-home-programs.

Almeida N et Suarthana E. L'hospitalisation à domicile: principes directeurs pour la création d'unités virtuelles de soins aigus. Rapport Sommaire. Montréal, QC : Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé du Centre Universitaire de Santé McGill; 2023. Disponible à : https://muhc.ca/sites/default/files/micro/m-TAU/hospitalisation_a_domicile_rapport_2023-07-18.pdf.

Bibliothèque du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM). Hospitalisation à domicile. Rapport de recherche stratégique. Montréal, QC : CHUM; 2022.

Boucher V, Jouhair EM, Sirois MJ, Tailleur L, Voyer P, Mercier E, et al. The mobile seniors' clinic - an innovative transition of care for frail older adults. BMC Geriatr 2024;24(1):914.

Bourassa Forcier M, Gauthier M, Prévosto H, Scott É. Innovations en soins et services à domicile au Québec : barrières normatives et de gouvernance. CIRANO; 2023. Disponible à : https://www.cirano.qc.ca/fr/sommaires/2023RP-18.

Cabinet de la ministre responsable des Aînés et ministre déléguée à la Santé. Québec déploie son engagement sur l'hospitalisation à domicile avec huit premiers projets [site Web]. Québec, QC : Gouvernement du Québec; 2023. Disponible à : https://www.quebec.ca/nouvelles/actualites/details/quebec-deploie-son-engagement-sur-lhospitalisation-a-domicile-avec-huit-premiers-projets-47456 (consulté le 4 mars 2024).

Castongay J, Thiebaut G-C, Laliberté M, Ste-Marie G. Bien vieillir chez soi - Tome 4 : Une transformation qui s'impose. Québec, QC : Commisaire à la santé et au bien-être; 2024. Disponible à : https://www.csbe.gouv.qc.ca/publication/bien-vieillir-chez-soi-tome-4-transformation-simpose.html.

Centre d'expertise du Réseau québécois de la télésanté (RQT). L'unité virtuelle de soins : reprendre des forces plus vite à domicile [site Web]. Québec, QC : RQT; 2025. Disponible à : https://telesantequebec.ca/actualites/uvs-reprendre-des-forces-plus-vite/.

Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de la Montérégie-Ouest. La nouvelle Unité hospitalière virtuelle à l'Hôpital du Suroît bénéficie du soutien de l'Équipe de soins virtuels à l'Hôpital général juif [site Web]. Montréal, QC : CISSS de la Montérégie-Ouest; 2024. Disponible à : https://www.santemonteregie.qc.ca/ouest/nouvelles/la-nouvelle-unite-hospitaliere-virtuelle-lhopital-du-suroit-beneficie-du-soutien-de (consulté le 28 octobre 2024).

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal. Lancement officiel de 'Vos soins partout' au CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal [site Web]. Montréal, QC : CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal; 2023. Disponible à : https://www.ciussscentreouest.ca/a-propos-du-ciusss/vos-soins-partout/.

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal et CIUSSS de l'Est-de-l'île-de-Montréal. Lancement d'Hôpital@domicile dans l'est de Montréal [site Web]. Montréal, QC : CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal et CIUSSS de l'Est-de-l'île-de-Montréal; 2023. Disponible à : https://cdn.ciussscentreouest.ca/documents/ciusss-coim/Actualites/2023/04/HH_with_HMR_press_release_FR.pdf?1681914182.

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec. Évaluation des programmes et des trajectoires de services [site Web]. CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec; 2024. Disponible à : https://ciusssmcq.ca/a-propos-de-nous/qualite-et-performances-des-soins-et-services/evaluation-des-programmes-et-des-trajectoires-de-services/ (consulté le 17 décembre 2024).

Denecke K, May R, Elizabeth MB, Andre WK. Digital health as an enabler for hospital@home: A rising trend or just a vision? Front Public Health 2023;11:1137798.

Doré É, Lafrenière S, Talbot F. Bilan des projets pilotes en gériatrie sociale (2019-2023) - Expérimenter la gériatrie sociale pour ajouter de la vie aux années. Québec, QC : Fondation AGES; 2023. Disponible à : https://geriatriesociale.org/wp-content/uploads/2023/05/Bilan-des-projets-pilotes-Geriatrie-sociale-2019-2023.pdf.

Edhlund B et McDougall A. NVivo 12 Essentials. lulu; 2018.

Egermark M, Blasiak A, Remus A, Sapanel Y, Ho D. Overcoming Pilotitis in Digital Medicine at the Intersection of Data, Clinical Evidence, and Adoption. Advanced Intelligent Systems 2022;4(9):2200056.

Goossens LMA, Vemer P, Rutten-van Molken M. The risk of overestimating cost savings from hospital-at-home schemes: A literature review. Int J Nurs Stud 2020;109:103652.

Gouvernement du Québec. Hospitalisation à domicile [site Web]. Québec, QC : Gouvernement du Québec; 2024. Disponible à : https://www.quebec.ca/sante/systeme-et-services-de-sante/hospitalisation-domicile (consulté le 12 septembre 2024).

Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). L'élargissement des soins virtuels au Canada: nouvelles données et informations. Ottawa, ON : ICIS; 2023. Disponible à : https://www.cihi.ca/fr/les-soins-virtuels-au-canada.

Institut de la pertinence des actes médicaux (IPAM). Projet de réinvestissement no 21 - Hospitalisation à domicile en santé mentale (Traitement intensif bref à domicile - TIBD). Québec, QC : IPAM; 2021. Disponible à : https://ipam.ca/wp-content/uploads/2022/02/Web_Projet21_V2_HopitalDomicile_SanteMentale.pdf.

Institut de la pertinence des actes médicaux (IPAM). Projet de réinvestissement no 43 - Alternatives à l'hospitalisation : Faire autrement. Québec, QC : IPAM; 2022a. Disponible à : https://ipam.ca/wp-content/uploads/2023/04/WEB_Projet43_AlternativesHospit-1.pdf.

Institut de la pertinence des actes médicaux (IPAM). Projet de réinvestissement no 32 - Grossesses à risque élevé (GARE) : suivi à domicile en télésanté. Québec, QC : IPAM; 2022b. Disponible à : https://ipam.ca/wp-content/uploads/2022/06/Web_Projet32_GARE.pdf.

Institut de la pertinence des actes médicaux (IPAM). Projet de réinvestissement no 51 - Unité d'intervention rapide (UIR) à domicile comme alternative à l'hospitalisation pour les patients en fin de vie hospitalisés. Québec, QC : IPAM; 2023. Disponible à : https://ipam.ca/wp-content/uploads/2024/07/V3_Projet51_UIR_Domicile_AltHospitalisation.pdf.

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). L'hospitalisation à domicile: une alternative à l'hospitalisation conventionnelle. État des connaissances rédigé par Agathe Lorthios-Guilledroit et Marylène Dugas. Québec, QC : INESSS; 2021. Disponible à : https://www.inesss.qc.ca/publications/repertoire-des-publications/publication/lhospitalisation-a-domicile-une-alternative-pour-desengorger-les-hopitaux-et-ameliorer-la-qualite-des-soins-aux-patients.html.

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). De l'innovation à l'intervention : guide de soutien à l'appréciation de la valeur. Guide rédigé par Geneviève Plamondon. Québec, QC : INESSS; 2024. Disponible à : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Demarche/INESSS_Guide_appreciation_valeur_VF.pdf.

Knight T et Lasserson D. Hospital at home for acute medical illness: The 21st century acute medical unit for a changing population. Journal of internal medicine 2022;291(4):438-57.

Leff B. Defining and disseminating the hospital-at-home model. CMAJ 2009;180(2):156-7.

Levine AA, Shin MH, Adjognon OL, Engle RL, Sullivan JL. Overcoming barriers to implementation: mapping implementation strategies in four hospital in home programs within the Veterans Health Administration. Home health care services quarterly 2024:1-18.

Ministre de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ). Lettre d'entente no 336 - Concernant des modalités particulières applicables pour la prestation continue de services médicaux dans le cadre des soins intensifs à domicile (SIAD) en CLSC. Manuel des médecins omnipraticiens : Brochure no 1. Québec, QC : MSSS et FMOQ; 2019. Disponible à : https://www.ramq.gouv.qc.ca/SiteCollectionDocuments/professionnels/manuels/syra/medecins-omnipraticiens/104-brochure-1-omnipraticiens/Omnipraticiens_Brochure_no1.html#127381.

National Health services England (NHS). Supporting information for ICS leads - Enablers for success: virtual wards including hospital at home. England, UK : NHS England; 2022. Disponible à : https://web.archive.org/web/20240204135147/https:/www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2022/04/B1382_supporting-information-for-integrated-care-system-leads_enablers-for-success_virtual-wards-including-hos.pdf.

O'Neill BJ, Dwyer T, Parkinson L, Reid-Searl K, Jeffrey D. Identifying the core components of a nursing home hospital avoidance programme. International journal of older people nursing 2023;18(1):e12493.

Pandit JA, Pawelek JB, Leff B, Topol EJ. The hospital at home in the USA: current status and future prospects. NPJ digital medicine 2024;7(1):48.

PPL. Summary of South East region virtual wards evaluation. NHS England South East region; 2024. Disponible à : https://www.england.nhs.uk/long-read/summary-of-south-east-region-virtual-wards-evaluation/.

Réseau québécois de la télésanté (RQT). Plateforme de suivis virtuels en milieu de vie (SVMV) – Professionnel [site Web]. Québec, QC : RQT; 2024. Disponible à : https://telesantequebec.ca/professionnel/technologies/plateforme-svmv/ (consulté le 30 octobre 2024).

Rothman RD, Delaney CP, Heaton BM, Hohman JA. Early experience and lessons following the implementation of a Hospital-at-Home program. J Hosp Med 2024;19(8):744-8.

Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (UETMIS) du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM). Alternatives à l'hospitalisation - État de la question. Montréal, QC : CHUM; 2024. Disponible à : https://www.chumontreal.qc.ca/sites/default/files/2024-09/Alternatives%20a%CC%80%20l%27hospitalisation_ETMIS.pdf.

Unité d’évaluation des technologies et des modes d’intervention en santé (UETMIS) du CHU Sainte-Justine. Hospitalisation à domicile (HAD) chez la population pédiatrique. Revue rapide de la littérature CHU Sainte-Justine. Montréal, QC : CHU Sainte-Justine; 2024. Disponible à : https://www.chusj.org/CORPO/files/a5/a58a0cca-a60f-48df-ab84-a8d37528ef80.pdf.

ANNEXE A

Méthodologie pour la collecte et l'analyse des données issues de consultations

Consultation du panel des usagers et des proches aidants

Le projet a été présenté à la rencontre du 17 mai 2024 du Panel des usagers et des proches aidants de la Direction de l'évaluation du soutien à l'amélioration des modes d'intervention – services sociaux et santé mentale.

L'objectif de cette consultation était de présenter la démarche de travail de l'INESSS sur le dossier et de solliciter le point de vue des membres du panel, en tant qu'usagers et proches aidants du réseau de la santé au Québec, pour alimenter les réflexions sur les facteurs à prendre en considération pour l'HAD. Les participants étaient également invités à se prononcer sur les modalités de consultation proposées dans le cadre du projet, afin d'enrichir nos démarches qualitatives.

Un document visant à orienter les discussions a été préparé par l'équipe projet de l'INESSS et partagé aux membres du panel une semaine avant la rencontre. Celui-ci portait notamment sur la définition de l'HAD, le contexte d'implantation de l'HAD au Québec et du mandat de l'INESSS et sur des données qualitatives préliminaires provenant de la littérature scientifique en lien avec l'HAD.

Un verbatim de la rencontre a été réalisé par un membre de l'équipe projet. Un compte-rendu sous forme de synthèse narrative a été par la suite réalisé à partir des principaux thèmes issus de cette transcription.

Consultations *ad hoc*

Plusieurs rencontres *ad hoc* ont été menées pour cerner les besoins du réseau et enrichir les considérations pour favoriser le déploiement de programmes d'HAD en santé physique au Québec. Les personnes rencontrées incluaient :

- une analyste en informatique responsable d'un projet de télésanté en région;
- une membre de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec;
- un infirmier spécialisé en soins gériatriques à domicile et sur les technologies en santé;
- une pharmacienne responsable de la mise en place d'une unité d'HAD en santé mentale;
- des membres de l'Agence nationale de la performance sanitaire et médico-sociale (France).

D’autres rencontres avaient aussi pour objectif de comprendre la structure et l’organisation de certains programmes d’HAD implantés ou en cours d’implantation au Québec, et d’identifier les défis et pistes de solutions concernant leur mise en œuvre. Ces rencontres ont eu lieu avec des responsables :

- du programme Hôpital@Domicile du CIUSSS du Centre-Ouest-de-l ‘Île-de-Montréal;
- de l’unité virtuelle de soins du CISSS des Laurentides.

Des verbatims issus de ces deux rencontres ont été réalisés par les professionnels scientifiques au dossier. Des comptes-rendus sous forme de synthèse narrative ont été par la suite réalisés à partir des principaux thèmes issus de cette transcription. Les comptes-rendus ont été validés par les membres de l’équipe projet puis envoyés aux participants des rencontres pour validation du contenu.

Comité consultatif

Les membres du comité consultatif contribuent à la crédibilité scientifique, à la pertinence clinique et pratique ainsi qu’à l’acceptabilité professionnelle et sociale d’un produit de l’INESSS en fournissant de l’information, de l’expertise, des opinions ou des perspectives essentielles à la réalisation des travaux.

Un comité composé de 10 membres a été formé. Les membres ont été sélectionnés en fonction de leur expertise et de leurs expériences (hospitalisation à domicile, soins à domicile, télésanté, diverses spécialités médicales). La rencontre avec ce comité s’est déroulée le 25 juillet 2024 dans un format semi-dirigé.

Un document visant à orienter les discussions a été préparé par l’équipe projet de l’INESSS et partagé aux membres une semaine avant la rencontre. Celui-ci, basé sur les données mobilisées via la revue de la littérature, portait notamment la définition de l’HAD, les modalités organisationnelles de l’HAD dans des modèles internationaux, ainsi que sur les considérations, enjeux et solutions en lien avec l’implantation d’un programme d’HAD.

L’ensemble des participants a pu s’exprimer et partager ses perspectives sur l’information présentée, ainsi que sur des aspects contextuels à considérer pour le déploiement de l’HAD au Québec.

Un verbatim de la rencontre a été réalisé par un membre de l’équipe projet. Les perspectives récurrentes ou notions importantes pour le dossier ont été identifiées et regroupées à partir de cette transcription à l’aide du logiciel *Nvivo*. Les thématiques principales ont pu être dégagées, puis synthétisées dans un compte-rendu. Le compte-rendu a été envoyé aux participants du comité consultatif pour validation du contenu.

ANNEXE B

Méthodologie pour la collecte et l'analyse de données issues d'un questionnaire

Une consultation de patients, de personnes proches aidantes et de citoyens au moyen d'un questionnaire en ligne utilisant le logiciel *Microsoft Forms* a été réalisée du 26 juin 2024 au 31 juillet 2024. L'objectif était de recueillir la perception de citoyens concernant l'HAD, y compris : leur niveau de familiarité et d'acceptabilité pour ce modèle de soin; la faisabilité de cette prise en charge selon leur environnement et leur niveau de confort; ainsi que l'expérience et le niveau de satisfaction des personnes usagères ou proche aidante ayant vécu ou accompagné une personne lors d'un épisode d'HAD.

Le questionnaire semi-qualitatif comprenait entre 22 et 30 questions, selon la personne visée (patient, personne proche aidante ou citoyen). Le questionnaire comprenait des questions de type nominale, ordinale ou catégorielle (échelle Likert à quatre points) ainsi que des questions ouvertes. Certaines questions à choix de réponse incluaient l'option d'ajouter des commentaires, permettant aux répondants d'expliquer ou de commenter leur choix. D'autres questions invitaient les participants à partager leur expérience dans un espace dédié. Ces commentaires et expériences sont présentés dans le rapport, sous forme qualitative. Plus de détails sur la méthode, le questionnaire ou les principaux résultats sont disponibles sur demande.

Au total, 159 personnes ont répondu au questionnaire : 2 patients et 10 personnes proches aidantes ayant vécu une expérience d'HAD, et 147 citoyens n'ayant pas expérimenté l'HAD. Étant donné le faible nombre de répondants au questionnaire ayant vécu ou accompagné un proche durant une HAD, ces données ne sont pas incluses dans le rapport final.

Une analyse mixte a été effectuée dans le cadre de ce questionnaire en ligne. Le contenu qualitatif (commentaires et questions ouvertes) a été retranscrit et analysé par deux membres de l'équipe projet. Une analyse thématique a été effectuée à l'aide du logiciel d'analyse de données qualitatives *NVivo* (version 12) [Edhlund et McDougall, 2018].

Toute information de nature personnelle ou médicale recueillie auprès des répondants a été anonymisée afin de protéger l'identité des participants. Diverses modalités ont été mises en œuvre afin de favoriser une participation volontaire et éclairée, d'assurer la confidentialité et d'éviter tout conflit d'intérêts potentiel.

Les données tirées du questionnaire doivent être interprétées avec prudence. L'une des limites est le biais d'échantillonnage : la grande majorité des répondants étaient des femmes vivant en milieu urbain, possédant un niveau de scolarité universitaire et ayant une bonne littéracie numérique.

ANNEXE C

Stratégie de repérage de l'information scientifique

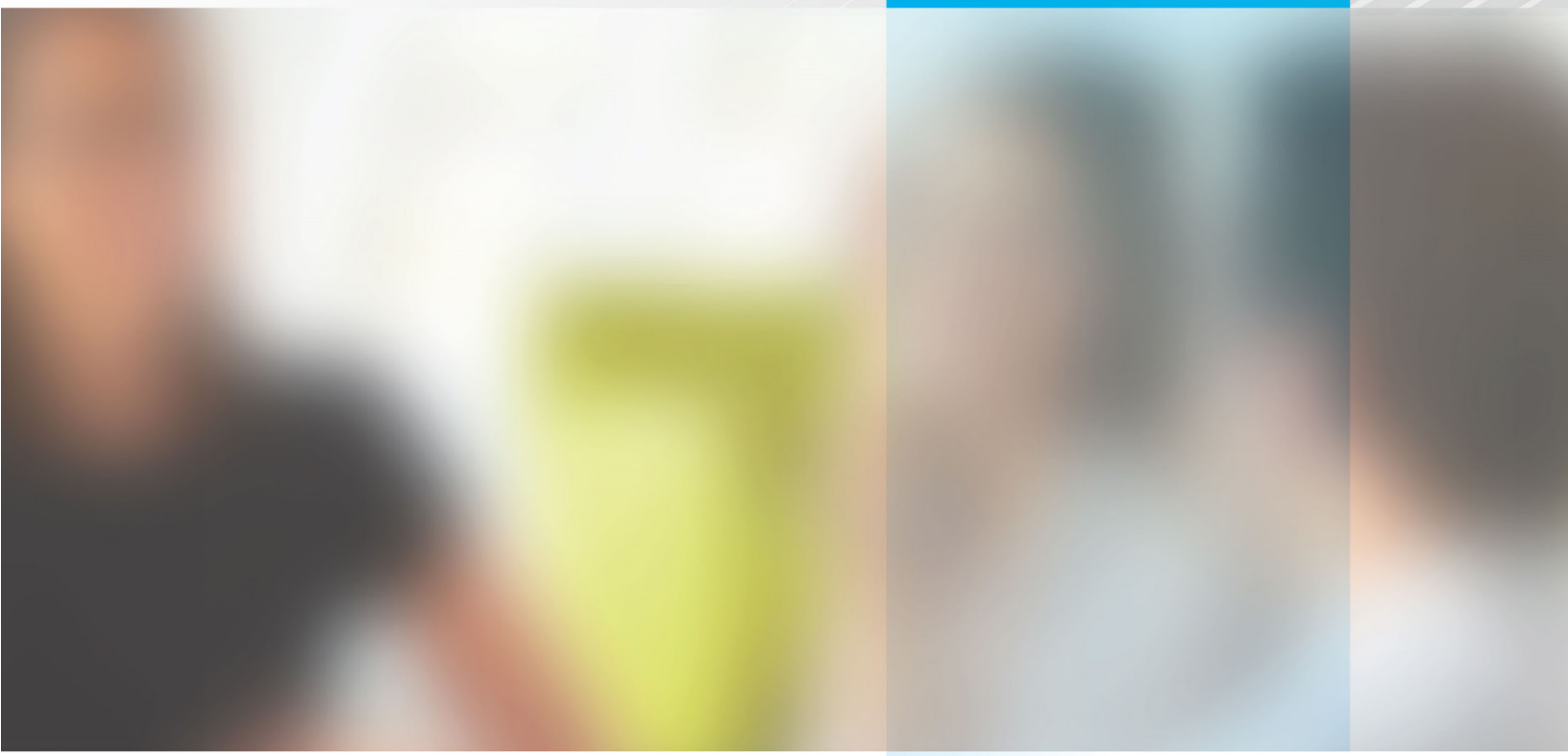
Une recherche exploratoire de la littérature a été réalisée pour repérer les études pertinentes. La stratégie de repérage a été élaborée en collaboration avec un conseiller en information scientifique (bibliothécaire). Le repérage de l'information a été effectué dans la base de données MEDLINE (Ovid) (Tableau C-1). La recherche documentaire a été limitée aux documents publiés entre le 1er janvier 2018 et le 22 février 2024. Seules les publications en français et en anglais ont été retenues.

Tableau C-1 Base de données bibliographiques

MEDLINE (Ovid) **Segment :** ALL 1946 to February 22, 2024 **Date du repérage :** 23 février 2024 **Limites :** 2018- ; français, anglais	
#	**Requêtes**
1	Home Care Services, Hospital-Based/
2	(((hospital care* OR hospital service*) ADJ3 home*) OR "hospital in the home*" OR "hospital without wall*" OR ((hospitali?ation* OR hospitali?e*) ADJ3 home*) OR (hospital* ADJ2 (home OR homecare OR homes))).ti
3	Home Care Services/ AND ((admission* ADJ2 avoid*) OR emergenc* OR hospital*).ti
4	((((domestic OR domiciliary OR home*) ADJ2 (care* OR service* OR treatment*)) OR homecare* OR home help OR "patient's home*") AND ((admission* ADJ2 avoid*) OR emergenc* OR hospital*)).ti
5	((early ADJ2 discharge*) OR (hospitali?ation* OR hospitali?e*) AND (domestic OR domiciliary OR home*)).ti
6	(((home* OR remote* OR virtual) ADJ3 monitor*) OR (virtual ADJ3 ward*)).ti
7	OR/1-6

Une recherche complémentaire a été effectuée au moyen du moteur de recherche Google afin de répertorier les documents non publiés. Les sites Web des sociétés savantes, des agences d'évaluation des technologies de la santé, des organismes gouvernementaux et des associations professionnelles de pays dont le réseau de la santé et les pratiques cliniques ont des similitudes avec ceux du Québec (p. ex. États-Unis, Australie, Nouvelle-Zélande, France, Angleterre, Écosse), ont aussi été consultés.

Les informations tirées de ces publications ont permis d'identifier certaines thématiques récurrentes, ainsi que des enjeux soulevés dans les modèles d'HAD internationaux, et ont été publiées dans une veille stratégique (Bulletin de veille #15 - Expériences internationales en hospitalisation à domicile; défis et pistes de solution). Ces informations ont également servi de base pour orienter les démarches de consultations du présent projet.



Siège social

2535, boulevard Laurier, 5e étage
Québec (Québec) G1V 4M3
418 643-1339

Bureau de Montréal

2021, avenue Union, 12e étage, bureau 1200
Montréal (Québec) H3A 2S9
514 873-2563
inesss.qc.ca

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
Québec