

ÉTAT DES CONNAISSANCES

L'hospitalisation à domicile : une alternative à l'hospitalisation conventionnelle

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

Direction de l'évaluation et de la pertinence
des modes d'intervention en santé



L'hospitalisation à domicile : une alternative à l'hospitalisation conventionnelle

Rédaction

Agathe Lorthios-Guilledroit
Marylène Dugas

Coordination scientifique

Marie-France Duranceau

Direction

Catherine Truchon
Élisabeth Pagé

Le contenu de cette publication a été rédigé et édité par l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS).

Ce document est accessible en ligne dans la section [Publications](#) du site Web de l'INESSS.

Membres de l'équipe de projet

Auteurs principales

Agathe Lorthios-Guilledroit, Ph. D.
Marylène Dugas, Ph. D.

Coordonnatrice scientifique

Marie-France Duranceau, Ph. D.

Adjointe à la direction

Élisabeth Pagé, Ph. D.

Directrice

Catherine Truchon, Ph. D., M. Sc. Adm.

Repérage d'information scientifique

Mathieu Plamondon, M.S.I.

Soutien administratif

Huguette Dussault

Équipe de l'édition

Denis Santerre
Hélène St-Hilaire
Nathalie Vanier

Sous la coordination de
Renée Latulippe, M.A.

Avec la collaboration de
Littera Plus, révision linguistique
Lucy Boothroyd, traduction

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2021

Bibliothèque et Archives Canada, 2021

ISBN 978-2-550-90201-0 (PDF)

© Gouvernement du Québec, 2021

La reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée à condition que la source soit mentionnée.

Pour citer ce document : 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. 117 p.

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

Lecteurs externes

Pour ce rapport, les lecteurs externes sont :

M^{me} Rinda Hartner, infirmière, chef d'administration de programme de l'unité de réadaptation fonctionnelle intensive gériatrique de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

D^r Luc Tailleux, médecin de famille, CHU de Québec – Université Laval (Hôpital Saint-François d'Assise)

Déclaration d'intérêts

Les auteures de ce document et les lecteurs externes déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts ou de rôles. Aucun financement externe n'a été obtenu pour la réalisation de ce document.

Responsabilité

L'Institut assume l'entière responsabilité de la forme et du contenu définitifs du présent document. Les conclusions et recommandations ne reflètent pas forcément les opinions des lecteurs externes ou celles des autres personnes consultées aux fins du présent dossier.

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ.....	I
SUMMARY.....	V
SIGLES ET ACRONYMES	VIII
INTRODUCTION	1
1. MÉTHODOLOGIE.....	4
1.1. Questions d'évaluation	4
1.2. Stratégie de repérage de l'information scientifique	4
1.3. Sélection des publications	5
1.4. Appréciation des publications.....	5
1.5. Extraction de l'information	5
1.6. Analyse et synthèse des données scientifiques.....	6
1.7. Processus de validation.....	6
2. RÉSULTATS	7
2.1. Qualité des soins	7
2.1.1. Sécurité	7
2.1.2. Efficacité	9
2.1.3. Efficience	10
2.1.4. Soins centrés sur le patient	12
2.1.5. Admissibilité à l'hospitalisation à domicile	16
2.2. Organisation des services d'hospitalisation à domicile	20
2.2.1. Modèles d'organisation des soins hospitaliers à domicile	20
2.2.2. Enjeux liés à l'implantation d'un service d'hospitalisation à domicile	29
2.2.3. Éléments additionnels liés au contexte de la pandémie de COVID-19	36
2.3. Prise en charge de patients atteints de la COVID-19 en hospitalisation à domicile	38
2.3.1. Résultats cliniques	39
2.3.2. Critères d'admissibilité spécifiques à la COVID-19	40
2.3.3. Enjeux liés à la prise en charge de patients atteints de la COVID-19 en hospitalisation à domicile.....	40
DISCUSSION : L'HOSPITALISATION À DOMICILE DANS LE SYSTÈME DE SANTÉ QUÉBÉCOIS?	43
CONCLUSION	49
RÉFÉRENCES	50
ANNEXE A.....	61
Stratégie de repérage de l'information scientifique	61
ANNEXE B	74
Critères de sélection des publications	74
ANNEXE C.....	76
Tableaux-synthèses.....	76

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Résumé des résultats de l'hospitalisation à domicile par clientèle	14
Tableau B-1	Critères de sélection des études scientifiques (volet Qualité des soins)	74
Tableau B-2	Critères de sélection des études scientifiques (volet Organisation des soins)	75
Tableau C-1	Données probantes sur l'hospitalisation à domicile	76
Tableau C-2	Aspects organisationnels de différents modèles d'hospitalisation à domicile (littérature scientifique)	87
Tableau C-3	Aspects organisationnels de différents modèles d'hospitalisation à domicile (littérature grise)	102
Tableau C-4	Recommandations des lignes directrices et guides de pratique sur l'hospitalisation à domicile	107

FIGURE

Figure 1	Comparaison du cheminement général des patients en hospitalisation à domicile et des patients en hospitalisation conventionnelle	2
----------	---	---

RÉSUMÉ

Introduction

La survenue de la pandémie de COVID-19 a causé une forte augmentation de la demande de soins hospitaliers au Québec. Malgré les efforts déployés, la capacité d'accueil des hôpitaux reste limitée. S'ajoutant au manque de disponibilité des lits d'hospitalisation présent avant la pandémie, la réorganisation physique des lieux nécessitant d'avoir des continuums de soins séparés pour les patients infectés et non infectés, les mesures mises appliquées pour respecter la distanciation physique et la pénurie de personnel de santé disponible pour traiter les patients ont réduit la capacité d'accueil dans les services d'urgence. Cette situation a appelé le système de santé à rechercher des solutions novatrices qui permettraient de désengorger les hôpitaux en déplaçant l'offre de soins vers l'extérieur de ces établissements.

L'hospitalisation à domicile (*hospital at home*) est une des solutions préconisées par plusieurs auteurs et organisations compte tenu du besoin de désengorgement des hôpitaux, que ce soit en contexte de pandémie ou non. Elle consiste à offrir des traitements aigus de niveau hospitalier au domicile du patient, dispensés par des professionnels de la santé pour une condition qui, autrement, nécessiterait une hospitalisation conventionnelle. Dans le cadre de ce travail, la notion d'hospitalisation à domicile inclut autant les services qui sont gérés par les hôpitaux et pour lesquels le patient serait considéré comme « admis » à domicile et sous la responsabilité d'un médecin de l'hôpital, que les services d'hospitalisation à domicile qui sont gérés dans la communauté et pour lesquels le patient serait plutôt considéré comme « inscrit », par exemple, à une consultation externe.

L'hospitalisation à domicile existe sous deux formes, soit l'admission évitée (*hospital admission avoidance*) qui remplace l'entièreté du séjour hospitalier en offrant les soins à domicile plutôt qu'à l'hôpital, et le congé précoce avec soutien (*early supported discharge*) qui remplace partiellement le séjour hospitalier en écourtant la durée de l'hospitalisation conventionnelle de patients admis pour ensuite compléter les soins au domicile de ces patients. Selon la forme qu'elle prend, l'hospitalisation à domicile permet donc de réduire la demande pour des lits hospitaliers ou de libérer des lits plus rapidement.

Dans ce contexte, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a confié à l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) le mandat de synthétiser les connaissances scientifiques et les enjeux dont on doit tenir compte pour établir une offre de soins hospitaliers à domicile de façon générale et dans le contexte de pandémie liée à la COVID-19.

Méthodologie

Les questions d'évaluation examinées sont les suivantes :

- 1) Quelles sont les données probantes récentes sur l'efficacité, la sécurité et l'efficience de l'hospitalisation à domicile?
- 2) Pour quelles clientèles et types d'intervention l'hospitalisation à domicile est-elle indiquée?
- 3) Quels sont les différents modèles d'organisation de l'hospitalisation à domicile?
- 4) Quels sont les enjeux liés à l'implantation d'un service d'hospitalisation à domicile de façon générale et dans le contexte de la pandémie liée à la COVID-19?

Compte tenu des délais impartis inhérents au contexte de la demande, cette synthèse des connaissances a été réalisée en employant la méthode de revue rapide de la littérature scientifique et de la littérature grise. L'information a été repérée à l'aide de stratégies élaborées en collaboration avec un conseiller en information scientifique. Les bases de données bibliographiques PubMed, Embase, CINAHL et EBM Reviews ont été utilisées et la littérature grise a été repérée par le biais de divers sites Web : organismes gouvernementaux, associations professionnelles, etc. Seules les publications portant sur des services d'hospitalisation à domicile (admission évitée ou congé précoce avec soutien) destinés à une clientèle adulte ou aînée dont l'état nécessite des soins aigus et exige une hospitalisation ont été retenues.

Résultats

Les revues systématiques recensées montrent que l'hospitalisation à domicile est une option sécuritaire en remplacement de l'hospitalisation conventionnelle, car elle permet d'obtenir des résultats qui sont au moins équivalents en termes de réadmissions, d'utilisation des services et de mortalité, et ce, sans augmentation du nombre des complications ou des événements indésirables. Ce constat semble généralisable à plusieurs clientèles qui ont besoin d'une hospitalisation, à condition que les patients aient été bien sélectionnés et qu'ils répondent à des critères additionnels permettant la prestation sécuritaire de soins à domicile – p. ex. stabilité clinique, environnement physique, aspects logistiques. Cette option d'hospitalisation semble également satisfaisante du point de vue des patients; il y a toutefois moins de données au sujet de la perspective des proches aidants qui ont néanmoins un rôle important à jouer dans le soutien du patient. L'hospitalisation à domicile pourrait aussi être associée à une réduction des coûts par rapport à l'hospitalisation conventionnelle, mais l'hétérogénéité des études et des systèmes de santé examinés limite le potentiel de généralisation de ce constat.

En ce qui concerne le volet organisationnel, l'examen de la littérature révèle l'absence d'une approche standardisée des modèles d'organisation des soins d'hospitalisation à domicile. Certaines tendances sont toutefois observables. Par exemple, ces services sont généralement rattachés à un hôpital plutôt qu'offerts par des médecins de famille, ce qui permet d'avoir accès à du personnel et de l'équipement spécialisés.

Ils comprennent des visites quotidiennes par une infirmière soutenue par un médecin et, dans la plupart des cas, par une équipe multidisciplinaire. Bien que les données soient encore trop limitées pour savoir si un modèle d'hospitalisation à domicile est supérieur à un autre, il est reconnu qu'une étroite collaboration, une bonne coordination et des mécanismes de communication clairs entre les différentes parties prenantes sont essentiels au bon fonctionnement de ce service.

La littérature révèle aussi divers enjeux liés à l'instauration d'un service d'hospitalisation à domicile, comme le recrutement de la main-d'œuvre ou encore la sélection des patients admissibles. Des défis d'ordre logistique devront également être relevés, puisque l'on vise à assurer la disponibilité des services 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 en cas d'urgence, et y compris en cas de conditions météorologiques difficiles ou de barrières géographiques. La faisabilité de l'implantation d'un tel service dépend aussi du cadre juridique et légal en vigueur dans le pays.

Le cadre de la pandémie liée à la COVID-19 pose par ailleurs des enjeux additionnels, tels que l'implantation de mesures de protection du personnel soignant et des patients traités en hospitalisation à domicile, la disponibilité du matériel de protection personnel (p. ex. gants, masques), le recours accru aux outils de télémédecine et le transfert de connaissances qui doit être fait en continu. L'accroissement de la pénurie de personnel liée au contexte de la pandémie pose le risque de fermeture de ce service, notamment lors de la réaffectation du personnel vers les unités de soins consacrées au traitement de patients atteints de la COVID-19.

Finalement, les résultats de trois études laissent supposer que des patients atteints de la COVID-19 peuvent être efficacement et sécuritairement hospitalisés à domicile, à tout le moins ceux dont la condition n'est pas jugée sévère ou à la suite d'un court séjour en hospitalisation conventionnelle. Ces études portent toutefois sur de faibles échantillons. D'autres recherches seront nécessaires pour déterminer la réelle faisabilité de la prise en charge en hospitalisation à domicile à plus large échelle de patients atteints de la COVID-19, tout en tenant compte des ressources disponibles. Il est par ailleurs envisageable que cette prise en charge pose des enjeux organisationnels (organisation des soins en cohortes), des enjeux de sécurité pour les proches qui habitent sous le même toit et des enjeux cliniques liés à la restriction des procédures qui génèrent des aérosols dans certaines conditions.

Conclusion

Les services d'hospitalisation à domicile paraissent sécuritaires et appréciés par les patients, mais leur mise en place semble présenter un certain nombre de défis organisationnels. Dans le but d'orienter la réflexion sur une éventuelle mise en œuvre d'un tel service au Québec, des analyses complémentaires pourraient être réalisées. La faisabilité d'implanter ce modèle de service dépendrait notamment du cadre juridique qui serait attribué à l'hospitalisation à domicile. Certaines initiatives déjà mises en place au Québec, qui s'apparentent à ce type d'hospitalisation, offrent un point de départ pour réfléchir aux aspects organisationnels, logistiques et juridiques de son implantation. De plus, même si l'hospitalisation à domicile a été proposée comme solution pour faire

face à la pandémie liée à la COVID-19, la présente crise sanitaire pourrait être l'occasion d'examiner le potentiel de développement de solutions durables pour le système de santé. L'implantation d'un tel service au Québec mérite réflexion étant donné le potentiel qu'il détient d'augmenter la capacité des hôpitaux et de soulager l'engorgement à long terme en répondant à différents enjeux présents dans le système de santé.

SUMMARY

Hospital at home: an alternative to conventional hospitalization

Introduction

The emergence of the COVID-19 pandemic has caused a large increase in the demand for hospital-based care in Québec. Despite efforts made to address the situation, hospital capacity remains limited. Adding to the lack of availability of hospital beds prior to the pandemic, the physical reorganization of facilities requiring separate continuums of care for infected and uninfected patients, the measures implemented to respect physical distancing, and the shortage of health care personnel available to treat patients have reduced the capacity of emergency services. The health care system has thus been called upon to find innovative solutions that would relieve hospital overcrowding by shifting the provision of care outside of these facilities.

“Hospital at home” is one of the solutions advocated by many individuals and organizations to address the need to relieve hospital overcrowding, whether in the context of a pandemic or not. This approach involves offering hospital-level acute treatments in the patient’s home, delivered by health professionals for a condition that would otherwise require conventional hospitalization. In this report, the concept of hospital at home includes both services managed by a hospital for which the patient would be considered “admitted” at home and under the responsibility of a hospital physician, and community-operated hospital-at-home services for which the patient would be considered “enrolled,” for example, in an outpatient clinic.

Hospital at home exists in two forms: admission avoidance, which replaces the entire hospital stay by providing care at home instead, and early supported discharge, which partially replaces the hospital stay by shortening the length of conventional hospitalization for admitted patients and then completing care in their homes. Depending on the form it takes, hospital at home can therefore reduce the demand for hospital beds or free up beds more quickly.

It is in this context that the ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) gave the Institut national d’excellence en santé et en services sociaux (INESSS) the mandate to synthesize the scientific knowledge and the challenges that need to be considered in order to establish hospital-level care at home in general and in the specific context of the COVID-19 pandemic.

Methodology

The evaluation questions examined were the following:

- 1) What is the recent evidence on the effectiveness, safety and efficiency of hospital at home?
- 2) For which clientele and types of intervention is hospital at home indicated?
- 3) What are the different organizational models for hospital at home?
- 4) What are the challenges related to the implementation of a hospital-at-home service in general and in the specific context of the COVID-19 pandemic?

Given the time constraints associated with this mandate, the present knowledge synthesis was conducted using a rapid review approach. Information was retrieved using strategies developed in collaboration with a scientific information counsellor. The PubMed, EMBASE, CINAHL and EBM Reviews bibliographic databases were searched, and the grey literature was retrieved by consulting various websites (belonging to governmental bodies, professional organizations, etc.). Only publications on hospital-at-home services (admission avoidance or early supported discharge) for adults or older adults whose condition required acute care and hospitalization were included.

Results

The retrieved systematic reviews show that hospital at home is a safe alternative to conventional hospitalization, as it achieves at least equivalent outcomes in terms of readmissions, service utilization and mortality, without increasing the number of complications or adverse events. This finding appears to be generalizable to many types of patients who require hospitalization, provided that patients are well selected and meet additional criteria for safe home care - e.g., regarding clinical stability, the physical environment, and logistical aspects. This hospitalization option also appears to be satisfactory from the patient's perspective; however, there are fewer data on the perspective of informal caregivers who play an important role in supporting the patient. Hospital at home may also be associated with reduced costs compared with conventional hospitalization, but the heterogeneity of the studies and health care systems examined limits the generalizability of this finding.

Regarding organizational aspects, the review of the literature reveals the absence of a standardized approach to organizational models for hospital at home. Certain trends are observed, however. For example, these services are generally linked to hospitals, rather than being provided by family doctors, which thus allows access to specialized staff and equipment. They include daily visits by a nurse supported by a physician and, in most cases, by a multidisciplinary team. Although data are still too limited to determine whether one model of hospital at home is superior to another, it is recognized that close collaboration, good coordination and clear communication mechanisms between the different stakeholders are essential for the successful functioning of this service.

The literature also reveals various challenges related to the implementation of a hospital-at-home service, such as staff recruitment and the selection of eligible patients. Logistical challenges will also need to be addressed, as the goal is to ensure that services are available 24 hours a day, 7 days a week in the event of an emergency, including in situations of difficult weather conditions or geographic constraints. The feasibility of implementing such a service also depends on the legal framework in effect in the given jurisdiction.

The COVID-19 pandemic setting poses additional challenges related to, for example, the implementation of protective measures for caregivers and hospital-at-home patients, the availability of personal protective equipment (e.g., gloves, masks), the increased use of telemedicine tools, and the need for ongoing knowledge transfer. Increasing staff shortages related to the pandemic pose the risk of closure of this service, particularly when personnel are reassigned to units dedicated to the treatment of COVID-19 patients.

Finally, the results of three studies suggest that patients with COVID-19 can be effectively and safely hospitalized at home, at least those whose condition is not considered severe or following a short conventional hospitalization. However, these studies have small sample sizes. Further research is needed to determine the true feasibility of hospital at home for the management of patients with COVID-19 on a larger scale, taking available resources into account. It is also conceivable that this management approach raises organizational issues (organization of care in cohorts or “bubbles”), safety issues for those living in the same household, and clinical issues related to the restriction of procedures that generate aerosols under certain conditions.

Conclusions

Hospital-at-home services appear to be safe and appreciated by patients, but their implementation seems to present a number of organizational challenges. In order to guide consideration of the possible implementation of such a service in Québec, additional analyses could be carried out. The feasibility of implementing this service model will depend, in particular, on the legal framework that would apply to hospital at home. Some initiatives already in place in Québec, which resemble this type of hospitalization, offer a starting point for reflecting on the organizational, logistic and legal aspects of its implementation. Moreover, although hospital at home has been proposed as a way to tackle the COVID-19 pandemic, the current public health crisis could represent an opportunity to examine the potential for developing sustainable solutions for the health care system in general. The implementation of hospital at home in Québec is worth considering, given its potential to increase hospital capacity and relieve overcrowding in the long term by addressing various issues in the health care system.

SIGLES ET ACRONYMES

AGREE II GRS	<i>Appraisal of Guidelines Research & Evaluation II Global Rating Scale</i>
AMSTAR	<i>Assessing the Methodological Quality of Systematic Reviews</i>
AVC	Accident vasculaire cérébral
BTS	British Thoracic Society
CASP	<i>Critical Appraisal Skills Programme</i>
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CLSC	Centre local de services communautaires
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CPS	Congé précoce avec soutien
CSBE	Commissaire à la santé et au bien-être
ECR	Essai clinique à répartition aléatoire
HAD	Hospitalisation à domicile
HAS	Haute Autorité de Santé
INAMI	Institut national d'assurance maladie-invalidité
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
MPOC	Maladie pulmonaire obstructive chronique
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
SAD	Soins à domicile
SIAD	Soins intensifs à domicile
TEV	Thromboembolie veineuse
TVP	Thrombose veineuse profonde
WHO	World Health Organization

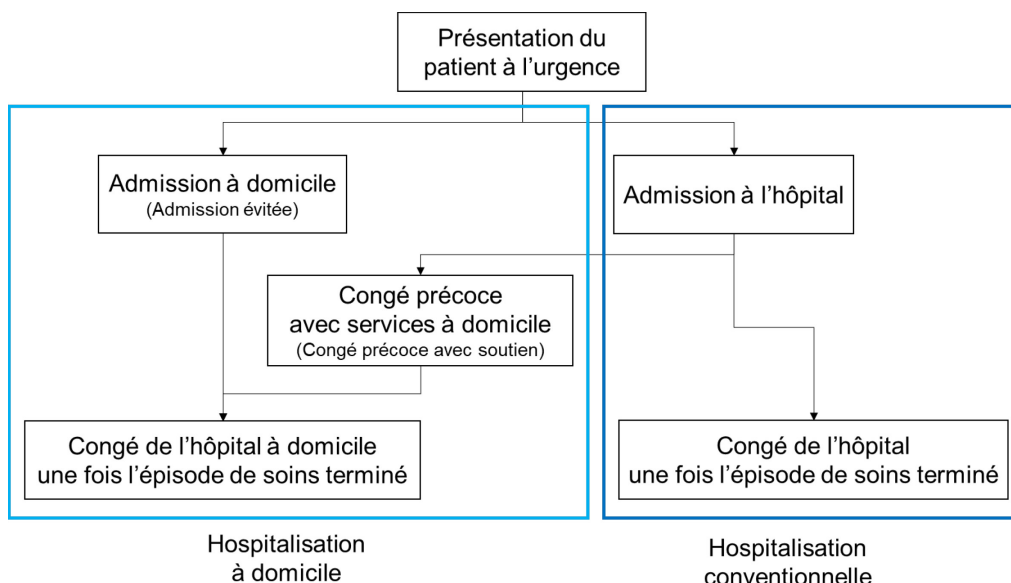
INTRODUCTION

L'encombrement des hôpitaux est un phénomène présent dans le système de santé québécois depuis plusieurs années [CSBE, 2016]. Cette problématique est connue pour entraîner des conséquences négatives sur la santé des patients, sur l'accessibilité des services et sur la capacité du personnel à offrir des soins de qualité [Rasouli *et al.*, 2019]. Le manque de disponibilité des lits d'hospitalisation cause par ailleurs un encombrement dans les salles d'urgence, car plusieurs patients sont placés sur des civières dans ce service en attendant qu'un lit se libère dans les unités de soins [CSBE, 2016]. L'attente peut être longue, puisque de nombreux patients occupant les lits d'hospitalisation peuvent eux-mêmes être en attente de services à l'extérieur de l'hôpital – p. ex. soutien à domicile, réadaptation ou hébergement [CSBE, 2016]. La durée prolongée des séjours sur civière à l'urgence est particulièrement néfaste pour les clientèles âgées et vulnérables, puisque cette situation induit plusieurs complications nosocomiales, notamment le délirium, ce qui prolonge la durée des séjours en milieu hospitalier et contribue au cercle vicieux du manque de lits [Émond *et al.*, 2017].

L'hospitalisation à domicile (*hospital at home*) est une des solutions préconisées par plusieurs organisations face au besoin de désengorgement des hôpitaux [WHO, 2018; NICE, 2017]. Elle consiste à offrir des traitements aigus de niveau hospitalier au domicile du patient pour une durée limitée, dispensés par des professionnels de la santé, pour une condition qui, autrement, nécessiterait une hospitalisation conventionnelle [Gonçalves-Bradley *et al.*, 2017; Shepperd *et al.*, 2016]. La notion de « domicile » prend ici un sens large : elle comprend non seulement le domicile personnel, mais également tout établissement d'hébergement collectif (p. ex. résidence pour aînés) [Ministère des Solidarités et de la Santé, 2018]. Par ailleurs, la notion d'hospitalisation à domicile inclut autant les services hospitaliers qui sont gérés par les hôpitaux et pour lesquels le patient serait considéré comme « admis » à domicile et sous la responsabilité d'un médecin de l'hôpital que les services de même nature qui sont gérés dans la communauté et pour lesquels le patient serait plutôt considéré comme « inscrit », par exemple à une consultation externe.

L'hospitalisation à domicile existe sous deux formes (voir [figure 1](#)). La première est l'admission évitée (*hospital admission avoidance*) qui remplace l'entièreté du séjour hospitalier en offrant les soins à domicile plutôt qu'à l'hôpital [HAS, 2017; Echevarria *et al.*, 2016; Madaris *et al.*, 2016; Shepperd *et al.*, 2016; Caplan *et al.*, 2012; McCurdy, 2012]. La seconde est le congé précoce avec soutien (CPS) (*early supported discharge*) qui remplace partiellement le séjour hospitalier en écourtant la durée de l'hospitalisation conventionnelle de patients admis pour ensuite compléter les soins à leur domicile [Gonçalves-Bradley *et al.*, 2017; HAS, 2017; Langhorne et Baylan, 2017; Echevarria *et al.*, 2016; Shepperd *et al.*, 2016; Mas et Inzitari, 2015; Caplan *et al.*, 2012; McCurdy, 2012]. Selon la forme qu'elle prend, l'hospitalisation à domicile permet donc de réduire la demande pour des lits hospitaliers ou de libérer des lits plus rapidement. Elle permettrait ainsi de réduire les effets indésirables associés à un séjour prolongé à l'hôpital et à l'urgence et, par conséquent, d'améliorer le pronostic fonctionnel du patient [Caminiti *et al.*, 2013].

Figure 1 Comparaison du cheminement général des patients en hospitalisation à domicile et des patients en hospitalisation conventionnelle



Adaptée de McCurdy [2012].

Contexte de la demande

La récente survenue de la pandémie de COVID-19 a causé une forte augmentation de la demande de soins hospitaliers au Québec [INESSS, 2020a; INESSS, 2020b]. Malgré les efforts déployés pour augmenter les capacités du système de santé, la capacité d'accueil des hôpitaux reste limitée. S'ajoutant au manque de disponibilité des lits d'hospitalisation mentionné ci-dessus, la réorganisation physique des lieux qui impose des continuums de soins séparés pour les patients infectés et non infectés et les mesures appliquées pour respecter la distanciation physique ont réduit davantage la capacité d'accueil dans les services d'urgence [MSSS, 2020a]. De plus, la pénurie de personnel de santé disponible pour traiter les patients s'est accentuée en raison des absences liées à la COVID-19 elle-même ou à cause de la fatigue accumulée dans le réseau depuis le début de la pandémie. Cette situation a mené le système de santé à rechercher des solutions novatrices qui permettraient de désengorger les hôpitaux en déplaçant l'offre de soins hospitaliers vers les milieux de vie.

Dans ce contexte, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a confié à l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) le mandat de synthétiser les connaissances scientifiques et les enjeux dont on doit tenir compte dans la mise en place d'une offre de soins hospitaliers à domicile de façon générale et dans le contexte de la pandémie liée à la COVID-19. Dans le cadre de ce travail, l'hospitalisation à domicile sera définie comme étant une prise en charge aiguë d'un patient dans son milieu de vie usuel, qui permet de remplacer en totalité ou en partie une admission hospitalière autrement inévitable, peu importe que le patient soit considéré comme « admis » à domicile (lorsque cette modalité est gérée par l'hôpital) ou « inscrit » à une consultation externe (lorsque cette modalité est gérée dans la communauté).

Aspects exclus

Cet état des connaissances ne concerne que la clientèle adulte. De plus, afin d'obtenir une certaine homogénéité des données et de faciliter la comparaison des résultats, les services d'hospitalisation à domicile liés aux soins palliatifs, aux soins en santé mentale, aux soins périnataux et obstétricaux ou aux soins principalement basés sur la télésurveillance n'ont pas été considérés. Les soins de transition ou offerts à domicile pour éviter la réadmission d'un patient qui a déjà reçu son congé de l'hôpital (p. ex. hôpital virtuel) ont également été exclus.

1. MÉTHODOLOGIE

Compte tenu des délais impartis inhérents au contexte de la demande, cette synthèse des connaissances au sujet de l'hospitalisation à domicile a été réalisée en appliquant la méthode décrite par Tricco et ses collaborateurs [2017] pour les revues rapides de la littérature scientifique et de la littérature grise. Cette approche de synthèse de la littérature est recommandée dans le but de soutenir la prise de décision en temps opportun.

1.1. Questions d'évaluation

Cet état des connaissances est composé de deux volets : qualité des soins et organisation des soins. Pour chacun de ces volets, différentes questions d'évaluation ont été formulées.

Qualité des soins

- 1) Quelles sont les données probantes récentes sur l'efficacité, la sécurité et l'efficience de l'hospitalisation à domicile?
- 2) Pour quelles clientèles et types d'intervention l'hospitalisation à domicile est-elle indiquée?

Organisation des soins

- 3) Quels sont les différents modèles d'organisation de l'hospitalisation à domicile?
- 4) Quels sont les enjeux liés à l'implantation d'un service d'hospitalisation à domicile de façon générale et dans le contexte de la pandémie liée à la COVID-19?

1.2. Stratégie de repérage de l'information scientifique

Le repérage de la littérature a été réalisé par un conseiller en information scientifique (bibliothécaire) en collaboration avec un professionnel scientifique. Les principaux concepts retenus pour développer la stratégie sont les services d'hospitalisation à domicile (admission évitée ou congé précoce avec soutien) destinés à une clientèle adulte ou aînée dont l'état nécessite des soins aigus et exige une hospitalisation et l'organisation de ces soins. Les bases de données bibliographiques PubMed, Embase, CINAHL et EBM Reviews ont été interrogées le 12 et 13 juillet 2020. Les critères de repérage incluaient tout type d'études (sauf lorsque spécifié) de langue anglaise et française publiées entre 2010 et 2020. La stratégie a permis d'identifier 810 articles scientifiques, auxquels se sont ajoutés 291 articles repérés parmi les listes de références ou en consultant les liens « Similar articles » et « Cited by » dans PubMed pour chacune des publications scientifiques retenues. Une recherche manuelle complémentaire a également été menée pour trouver des articles traitant de l'hospitalisation à domicile lorsqu'elle concernait la population atteinte par la COVID-19. Une dernière mise à jour a été effectuée en juillet 2021 qui a permis de repérer 282 articles scientifiques. Les moteurs de recherche Google et Google Scholar ont également été utilisés pour identifier

des documents pertinents. Les autres sources d'information consultées sont les sites Web d'organisations nationales et internationales, d'agences règlementaires, d'agences d'évaluation des technologies de la santé, d'organismes gouvernementaux, d'associations ou d'ordres professionnels de différentes juridictions. Les détails de la stratégie sont présentés à l'[annexe A](#).

1.3. Sélection des publications

Les critères appliqués lors de la sélection des publications issues du repérage de l'information scientifique sont présentés à l'[annexe B](#). Seules les publications portant sur des services d'hospitalisation à domicile (admission évitée ou congé précoce avec soutien) destinés à une clientèle adulte ou aînée dont l'état nécessite des soins aigus et exige une hospitalisation ont été retenues. Les publications concernant la clientèle pédiatrique, les soins primaires, les soins ambulatoires, la réadaptation externe, les soins de transition ou le congé précoce sans soutien offert à domicile ont été exclues. Les études menées dans des pays en développement n'ont pas été retenues.

Une examinatrice a procédé à une première sélection des publications en lisant les titres et les résumés, puis à une deuxième sélection en lisant au complet les publications retenues lors de la première sélection. La validation de la sélection a été faite par une réviseuse qui a appliqué les critères d'inclusion et d'exclusion sur au moins 10 % des articles issus de la première sélection. Les résultats de l'examinatrice et ceux de la réviseuse ont ensuite été comparés. Les divergences d'opinions ont été réglées en considérant l'avis d'un troisième examinateur. En cas de publications multiples, seule la version la plus récente a été retenue.

1.4. Appréciation des publications

L'évaluation de la qualité des études a été effectuée par une examinatrice. La validation a été faite par une réviseuse qui a évalué la qualité d'au moins 10 % des études retenues. Les résultats de l'examinatrice et ceux de la réviseuse ont ensuite été comparés. Les désaccords ont été réglés par consensus.

L'outil *Assessing the Methodological Quality of Systematic Reviews 2* (AMSTAR 2) [Shea *et al.*, 2017] a été utilisé pour évaluer la qualité des revues systématiques. L'outil *Appraisal of Guidelines Research & Evaluation II Global Rating Scale* (AGREE II GRS) [Brouwers *et al.*, 2012] a été utilisé pour évaluer la qualité des guides de pratique. L'outil *Critical Appraisal Skills Programme* (CASP) [2018] a servi à l'évaluation de la qualité des études primaires.

1.5. Extraction de l'information

L'extraction des données a été faite par une examinatrice à l'aide de formulaires d'extraction préétablis et préalablement testés sur quelques études pour en assurer la validité.

1.6. Analyse et synthèse des données scientifiques

L'information recensée a été résumée sous forme d'une synthèse narrative et les principaux résultats d'intérêt ont été regroupés dans des tableaux. À partir de cette synthèse, des constats généraux ont été rédigés.

1.7. Processus de validation

L'état des connaissances a fait l'objet d'une validation interne au sein de la Direction de l'évaluation et de la pertinence des modes d'intervention en santé de l'INESSS. Le rapport a ensuite été envoyé à deux réviseurs scientifiques externes pour qu'ils évaluent la pertinence du contenu et la qualité scientifique du document. Les commentaires de ces réviseurs ont été analysés par l'équipe de projet et intégrés dans le rapport final.

2. RÉSULTATS

2.1. Qualité des soins

Le volet « Qualité des soins » aborde tout d'abord les dimensions de sécurité (complications, réadmissions, mortalité), d'efficacité (résultats cliniques), d'efficience (utilisation des ressources, coûts) des soins et services offerts en hospitalisation à domicile ainsi que les effets de ce mode de prise en charge sur la qualité de vie et la satisfaction des patients. Ensuite, les indications et les critères d'admissibilité pour l'hospitalisation à domicile sont présentés.

Pour documenter les effets de l'hospitalisation à domicile, 22 revues systématiques ont été retenues. Huit revues ont été jugées de qualité élevée et quatre ont été estimées de qualité modérée alors que les autres ont été jugées de qualité faible à très faible. Les revues ont recensé entre 1 et 61 études chacune. Les résultats des revues systématiques recensées sont décrits de façon narrative dans les paragraphes qui suivent et ils sont synthétisés au [tableau 1](#).

Trente-sept documents recensés ont abordé les critères d'admissibilité des patients à l'hospitalisation à domicile, y inclus 11 revues systématiques, 8 guides de pratique et lignes directrices, 7 études primaires, 7 textes descriptifs, 1 rapport d'évaluation et 2 revues narratives. La synthèse de l'information recensée à ce sujet est présentée à la section [2.1.5](#).

Des données préliminaires sur les patients atteints de la COVID-19 traités à domicile sont également présentées à titre informatif. L'information spécifique à la COVID-19 est exposée aux sections [2.2.3](#) et [2.3](#).

2.1.1. Sécurité

2.1.1.1. Complications et événements indésirables

Selon les revues recensées, l'hospitalisation à domicile n'est pas associée à un risque plus élevé de complications ou d'événements indésirables que l'hospitalisation conventionnelle. En effet, huit revues systématiques n'ont pas observé d'effet de ce mode de prise en charge sur le risque de complications ou d'événements indésirables par rapport à l'hospitalisation conventionnelle [Khatib *et al.*, 2020; Rivas-Ruiz *et al.*, 2019; Yoo *et al.*, 2019; Cool *et al.*, 2018; Othieno *et al.*, 2018; Huntley *et al.*, 2017; Balaguer et Gonzalez de Dios, 2015; Varney *et al.*, 2014]. Ces revues ont examiné des études qui ont ciblé des patients atteints de fibrose kystique, de cancer, de cancer avec neutropénie fébrile, de pneumonie, d'embolie pulmonaire à faible risque de complications ou de thromboembolie veineuse et une clientèle générale de patients dont l'état nécessitait une hospitalisation. Par ailleurs, chez les patients atteints de thromboembolie veineuse ou de thrombose veineuse profonde, deux revues systématiques rapportent une diminution du risque d'embolie pulmonaire ou de récurrence de thromboembolie en hospitalisation à domicile [Khatib *et al.*, 2020; Othieno *et al.*, 2018]. Vinson et ses collaborateurs [2012]

rapportent également un faible taux d'événements indésirables fatals et non fatals (0 % à 6,2 %) chez des patients qui font une embolie pulmonaire et qui sont hospitalisés à domicile. Chez les patients atteints d'une maladie chronique, les résultats concernant la survenue de complications ou d'événements indésirables semblent plus mitigés, mais ils tendent à être en faveur de l'hospitalisation à domicile [Arsenault-Lapierre *et al.*, 2021]. Finalement, selon Sriskandarajah [2018], il semble que les patients plus âgés, les patients admis à partir des unités de soins (plutôt que de l'urgence) ou ceux qui reçoivent des antibiotiques par intraveineuse seraient plus à risque d'avoir des incidents non désirables ou de devoir retourner à l'hôpital.

2.1.1.2. Réadmissions

Dans le contexte de l'hospitalisation à domicile, la notion de « réadmission » peut être interprétée de deux façons, soit 1) comme une réadmission à la fin de l'épisode de soins en hospitalisation à domicile ou 2) comme un transfert à l'hôpital d'un patient dont l'état se détériore en cours d'hospitalisation à domicile. Certains auteurs considèrent le rapatriement à l'hôpital d'un patient au cours d'hospitalisation à domicile comme un transfert vers un centre de plus haut niveau au cours du même épisode de soins, alors que d'autres auteurs estiment que la nécessité de rapatrier le patient à l'hôpital au cours de l'hospitalisation à domicile devrait être considérée comme une réadmission au sens conventionnel du terme, puisqu'elle reflète en quelque sorte l'« échec » de l'hospitalisation à domicile [Echevarria *et al.*, 2016]. Parmi les revues recensées, seule celle d'Echevarria [2016] a distingué explicitement les résultats selon ces deux façons d'interpréter la notion de réadmission. Pour les autres, il n'est pas possible de savoir si les résultats liés aux réadmissions incluent également des retours à l'hôpital pendant l'hospitalisation à domicile.

De manière générale, l'hospitalisation à domicile est associée à un taux de réadmission similaire ou inférieur à celui de l'hospitalisation conventionnelle et elle pourrait retarder le moment de la réadmission. Cinq revues systématiques concluent que ce mode de prise en charge est associée à des taux de réadmission similaires à ceux de l'hospitalisation conventionnelle [Gonçalves-Bradley *et al.*, 2017; Huntley *et al.*, 2017; Langhorne et Baylan, 2017; Shepperd *et al.*, 2016; Qaddoura *et al.*, 2015], alors que deux revues systématiques montrent une réduction significative de ces taux [Arsenault-Lapierre *et al.*, 2021; Caplan *et al.*, 2012]. Ces revues ont examiné des études ciblant des patients qui ont subi un accident vasculaire cérébral (AVC) ou une pneumonie, qui sont atteints d'insuffisance cardiaque ou d'une autre maladie chronique, des clientèle générales d'adultes ou d'aînés qui ont besoin d'être hospitalisés et des patients qui ont subi une chirurgie non urgente. Chez les patients atteints d'une maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), les résultats liés aux taux de réadmission sont divergents [Farfan-Portet *et al.*, 2015] : réduction significative de ce taux [Jeppesen *et al.*, 2012], pas de réduction significative [Gonçalves-Bradley *et al.*, 2017] ou réduction significative seulement si le retour à l'hôpital au cours d'un épisode d'hospitalisation à domicile est considéré comme un transfert [Echevarria *et al.*, 2016].

Quant au temps écoulé avant la réadmission, un essai clinique à répartition aléatoire (*randomisé*) rapporte qu'il n'y avait pas de différence chez les patients atteints de fibrose kystique [Balaguer et Gonzalez de Dios, 2015] alors que deux revues systématiques indiquent que les réadmissions surviennent plus tard chez les patients en hospitalisation à domicile qu'en hospitalisation conventionnelle, soit en moyenne 14 jours plus tard chez les patients atteints d'insuffisance cardiaque [Qaddoura *et al.*, 2015] et de 4 à 38 jours plus tard chez les patients atteints d'une MPOC (preuves limitées) [McCurdy, 2012]. Certains auteurs émettent l'hypothèse que ce délai prolongé avant une réadmission pourrait être expliqué par le soutien plus ciblé et une intensité de service plus élevée pour les patients traités à domicile [McCurdy, 2012; Tibaldi *et al.*, 2009]. Ce soutien inclut, par exemple, des conseils, de l'éducation et des services de réadaptation supplémentaires pour aider les patients à gérer leur maladie.

2.1.1.3. Mortalité

L'hospitalisation à domicile est associée à un taux de mortalité similaire ou inférieur à celui de l'hospitalisation conventionnelle. Treize revues systématiques rapportent que ce mode de prise en charge a des résultats similaires à ceux de l'hospitalisation conventionnelle en termes de mortalité [Arsenault-Lapierre *et al.*, 2021; Khatib *et al.*, 2020; Rivas-Ruiz *et al.*, 2019; Yoo *et al.*, 2019; Gonçalves-Bradley *et al.*, 2017; Huntley *et al.*, 2017; Echevarria *et al.*, 2016; Shepperd *et al.*, 2016; Farfan-Portet *et al.*, 2015; Qaddoura *et al.*, 2015; Varney *et al.*, 2014; Jeppesen *et al.*, 2012; McCurdy, 2012]. Ces revues ont examiné des études qui ont ciblé des patients atteints de thrombose veineuse profonde, d'accident vasculaire cérébral, d'insuffisance cardiaque, de pneumonie, d'embolie pulmonaire à faible risque de complications, de maladies chroniques, de maladie pulmonaire obstructive chronique ou de cancer avec neutropénie fébrile, des patients qui ont subi une chirurgie non urgente et des clientèles générales d'adultes ou d'aînés dont l'état nécessite une hospitalisation.

Deux revues systématiques rapportent une réduction significative (2 % absolu) de la mortalité chez une clientèle générale d'adultes dont l'état requiert une hospitalisation (revue de faible qualité) [Caplan *et al.*, 2012] ou après une intervention suivie d'un congé précoce avec soutien chez des patients qui ont subi un accident vasculaire cérébral (revue de qualité élevée) [Langhorne et Baylan, 2017].

2.1.2. Efficacité

2.1.2.1. Résultats cliniques

Il ne semble pas y avoir de différences significatives entre l'hospitalisation à domicile et l'hospitalisation conventionnelle en termes de résultats cliniques. En effet, quatre revues systématiques ne rapportent respectivement aucune différence concernant les résultats cliniques chez les patients atteints de fibrose kystique (résultat basé sur une seule étude à répartition aléatoire) [Balaguer et Gonzalez de Dios, 2015], chez les patients atteints d'une embolie pulmonaire [Vinson *et al.*, 2012], chez une clientèle générale d'adultes qui ont besoin d'être hospitalisés [Varney *et al.*, 2014] ou chez des patients atteints d'une

maladie chronique [Arsenault-Lapierre *et al.*, 2021]. Par ailleurs, les preuves sont jugées insuffisantes pour déterminer l'effet de l'hospitalisation à domicile sur la fonction pulmonaire des patients atteints d'une MPOC [McCurdy, 2012].

Une revue systématique mentionne que les patients qui ont subi un AVC semblent avoir de moins bons résultats lorsqu'ils sont traités en hospitalisation à domicile et elle recommande que ces patients soient traités dans des unités spécialisées [Huntley *et al.*, 2017]. Cette recommandation est toutefois basée sur une seule étude et elle n'est pas cohérente avec les résultats d'autres revues systématiques qui, pour leur part, n'ont pas observé de différence significative entre l'hospitalisation à domicile et l'hospitalisation conventionnelle pour cette clientèle [Gonçalves-Bradley *et al.*, 2017; Langhorne et Baylan, 2017].

2.1.3. Efficience

2.1.3.1. Utilisation des ressources

Selon les résultats des revues recensées, l'hospitalisation à domicile réduit le risque d'être admis en soins de longue durée et la durée du séjour à l'hôpital, mais les résultats sont divergents en ce qui concerne l'effet de cette modalité de soins sur la durée totale de l'hospitalisation et sur les visites à l'urgence. L'hospitalisation à domicile réduit le risque d'être admis en soins de longue durée à l'intérieur d'une période de six mois suivant la fin de l'hospitalisation chez les aînés [Arsenault-Lapierre *et al.*, 2021; Gonçalves-Bradley *et al.*, 2017; Shepperd *et al.*, 2016] et chez les patients qui ont subi un AVC [Gonçalves-Bradley *et al.*, 2017]. Toutefois, on ne note pas de réduction significative du risque de transfert en soins de longue durée chez les patients atteints d'une MPOC [McCurdy, 2012].

Trois revues systématiques montrent que l'hospitalisation à domicile sous forme de congé précoce avec soutien réduit la durée du séjour à l'hôpital [Rivas-Ruiz *et al.*, 2019; Gonçalves-Bradley *et al.*, 2017; Langhorne et Baylan, 2017]. Ces revues ont examiné des études ciblant des patients qui ont eu un AVC, des patients cancéreux avec neutropénie fébrile, des patients qui ont subi une chirurgie non urgente et une clientèle générale d'aînés dont l'état nécessite une hospitalisation. Le nombre de jours évités en hospitalisation conventionnelle est estimé en moyenne à 1,64 jour chez les patients cancéreux avec neutropénie fébrile [Rivas-Ruiz *et al.*, 2019], 4 jours chez les patients qui ont subi une chirurgie non urgente [Gonçalves-Bradley *et al.*, 2017], de 5 à 6 jours chez les patients qui ont eu un AVC [Gonçalves-Bradley *et al.*, 2017; Langhorne et Baylan, 2017] et entre une demi-journée et 20 jours chez les aînés atteints de conditions variées [Gonçalves-Bradley *et al.*, 2017].

Toutefois, en ce qui concerne la durée totale de l'hospitalisation (y inclus les jours à l'hôpital et/ou les jours d'hospitalisation à domicile), les résultats sont plus mitigés. Deux revues systématiques rapportent une durée plus longue en hospitalisation à domicile chez les patients dont l'état nécessite une hospitalisation [Arsenault-Lapierre *et al.*, 2021; Varney *et al.*, 2014], alors qu'une autre rapporte une réduction de 8 jours chez une clientèle d'aînés, mais une augmentation de 16 jours chez les patients qui ont eu un AVC

[Shepperd *et al.*, 2016]. Une revue systématique qui a ciblé des patients atteints d'insuffisance cardiaque a repéré trois études (dont deux ECR) qui rapportent une augmentation de la durée totale de l'hospitalisation (de 3 à 9 jours), mais une étude observationnelle note une diminution significative de 34 jours [Qaddoura *et al.*, 2015]. Une revue systématique conclut qu'il n'y a pas assez de preuves pour déterminer l'effet de l'hospitalisation à domicile sur la durée totale de l'hospitalisation chez les patients atteints d'une MPOC [McCurdy, 2012]. L'hospitalisation à domicile réduit le nombre des visites à l'urgence chez les patients atteints d'insuffisance cardiaque [Qaddoura *et al.*, 2015], mais ce résultat n'est pas observé chez les aînés qui ont des problèmes médicaux aigus [Huntley *et al.*, 2017].

Des auteurs soulignent que les comparaisons liées à la durée de l'hospitalisation sont limitées par l'hétérogénéité des définitions du terme « hospitalisation ». Par exemple, certains patients peuvent être admis à domicile sans nécessairement recevoir des soins médicaux tous les jours, et certaines interventions d'hospitalisation à domicile incluent des soins post-aigus alors que d'autres non [Leong *et al.*, 2021; McCurdy, 2012].

2.1.3.2. Charge de travail pour le personnel

Une revue systématique a examiné la perspective du personnel qui travaille auprès de patients qui ont eu un congé précoce avec soutien (CPS) à la suite d'une chirurgie non urgente. Les médecins de famille de ces patients rapportent une charge de travail similaire à celle des médecins de famille des patients qui ont eu une hospitalisation conventionnelle (selon quatre études) [Gonçalves-Bradley *et al.*, 2017]. La revue de Cool [2018] rapporte une augmentation légère de la charge de travail pour les médecins de famille et les infirmières après le premier cycle de traitement à domicile de patients atteints d'un cancer (selon une seule étude). Une comparaison de la composition des équipes en hospitalisation à domicile et des équipes hospitalières pourrait influencer sur ces résultats liés à la charge de travail. Toutefois, la composition des équipes hospitalières n'a pas été documentée, ce qui rend la comparaison difficile. Les services d'hospitalisation à domicile, quant à eux, étaient sous la responsabilité clinique d'un médecin de famille et ils étaient offerts par des équipes à composition variée – p. ex. infirmières, professionnels ou assistants en réadaptation, aides à domicile.

2.1.3.3. Coûts

L'hospitalisation à domicile semble associée à une réduction des coûts par rapport à l'hospitalisation conventionnelle, mais les limites des études rendent cette évaluation difficile. Neuf revues systématiques rapportent des résultats favorables de l'hospitalisation à domicile en termes de coûts pour le système de santé [Elliott *et al.*, 2020; Cool *et al.*, 2018; Othieno *et al.*, 2018; Huntley *et al.*, 2017; Shepperd *et al.*, 2016; Balaguer et Gonzalez de Dios, 2015; Qaddoura *et al.*, 2015; Caplan *et al.*, 2012; Jeppesen *et al.*, 2012]. Notamment, la revue de Caplan [2012] rapporte une réduction des coûts d'environ 73,5 % en faveur de ce type d'hospitalisation. Les auteurs d'une revue systématique récente mentionnent que l'évitement de l'admission pourrait être plus avantageuse économiquement que le congé précoce avec soutien, puisqu'elle remplace

complètement le séjour hospitalier [Leong *et al.*, 2021]. Cette forme de prise en charge montre d'ailleurs des résultats plus cohérents en termes de diminution des coûts. Toutefois, le gain économique observé dans plusieurs études pourrait ne pas nécessairement refléter le coût total des ressources mobilisées [Casteli *et al.*, 2020]. Par exemple, une étude réalisée aux Pays-Bas révèle que l'hospitalisation à domicile sous forme de congé précoce avec soutien pourrait être moins avantageuse lorsque les coûts sont calculés d'un point de vue sociétal, en ajustant notamment selon les coûts des soins informels – p. ex. aide pour tâches domestiques ou pour soins personnels, temps consacré aux soins du patient par le proche aidant – durant la période de soins aigus et de suivi [Echevarria *et al.*, 2016]. Enfin, certains auteurs affirment que l'effet de l'hospitalisation à domicile sur les coûts reste incertain [Gonçalves-Bradley *et al.*, 2017; Varney *et al.*, 2014], variant d'une réduction de 23 % à une augmentation de 15 % [Langhorne et Baylan, 2017]. Plusieurs revues soulignent également que les données au sujet du « coût-efficacité » de l'hospitalisation à domicile sont limitées, de faible qualité et hétérogènes, ce qui limite la généralisation de ces résultats [Cool *et al.*, 2018; Othieno *et al.*, 2018; Shepperd *et al.*, 2016; Jeppesen *et al.*, 2012].

2.1.4. Soins centrés sur le patient

2.1.4.1. Qualité de vie

Selon les résultats des revues systématiques recensées, les résultats de l'hospitalisation à domicile sur la qualité de vie sont similaires ou supérieurs à ceux de l'hospitalisation conventionnelle. En effet, sept revues systématiques n'ont pas noté de différences en termes de qualité de vie [Cool *et al.*, 2018; Huntley *et al.*, 2017; Langhorne et Baylan, 2017; Balaguer et Gonzalez de Dios, 2015; Farfan-Portet *et al.*, 2015; Varney *et al.*, 2014; McCurdy, 2012]. Ces revues ont examiné des études ciblant des patients qui ont subi un AVC, des patients atteints de fibrose kystique, d'un cancer, d'une MPOC, d'une pneumonie ou encore une clientèle diverse. Toutefois, six revues systématiques rapportent une amélioration selon certaines dimensions de la qualité de vie des patients à la suite de l'hospitalisation à domicile [Arsenault-Lapierre *et al.*, 2021; Rivas-Ruiz *et al.*, 2019; Othieno *et al.*, 2018; Langhorne et Baylan, 2017; Balaguer et Gonzalez de Dios, 2015; Qaddoura *et al.*, 2015]. Ces revues ont examiné des études qui ont ciblé des patients atteints de fibrose kystique, de thromboembolie veineuse, d'insuffisance cardiaque et d'autres maladies chroniques, des patients qui ont subi un AVC et des patients cancéreux avec neutropénie fébrile. Plus précisément, certaines revues ont rapporté un niveau d'activité général plus élevé [Langhorne et Baylan, 2017; Balaguer et Gonzalez de Dios, 2015] et moins de perturbations personnelles, familiales, du sommeil et de l'alimentation chez les patients [Balaguer et Gonzalez de Dios, 2015] et une diminution du niveau d'anxiété et de dépression [Arsenault-Lapierre *et al.*, 2021]. Seule la revue de Balaguer et Gonzalez de Dios [2015] a noté des éléments négatifs – plus de fatigue et diminution du sentiment de contrôle sur sa maladie – chez des patients atteints de fibrose kystique, qui pourraient toutefois être liés à l'augmentation du niveau d'activité rapporté par les patients.

2.1.4.2. Satisfaction des patients et des proches aidants

Les résultats de l'hospitalisation à domicile sur la satisfaction des patients sont positifs. Cependant, du côté des proches aidants, peu d'études sont disponibles et les résultats sont divergents. Douze revues systématiques rapportent des données sur la satisfaction ou les préférences des patients en faveur de cette forme d'hospitalisation. Certaines revues qui ont ciblé des patients atteints d'une maladie pulmonaire obstructive chronique ou des patients qui ont subi une embolie pulmonaire ne rapportent aucune différence en termes de satisfaction [Yoo *et al.*, 2019; Jeppesen *et al.*, 2012; McCurdy, 2012; Vinson *et al.*, 2012]. En ce qui a trait à la satisfaction des proches aidants, peu d'études sont disponibles [Shepperd *et al.*, 2016]. Certaines revues systématiques rapportent une satisfaction moindre ou non différente en hospitalisation à domicile par rapport à l'hospitalisation conventionnelle chez les proches aidants [Gonçalves-Bradley *et al.*, 2017; Langhorne et Baylan, 2017]. Une méta-analyse de sept études n'a révélé aucune différence significative concernant le fardeau des proches aidants, bien que la majorité des études recensées par les auteurs rapportent un moins grand fardeau pour les proches aidants en contexte d'hospitalisation à domicile [Caplan *et al.*, 2012]. À noter que ces études portent principalement sur des interventions associées au congé précoce plutôt que sur des interventions d'évitement de l'admission. Certains proches aidants expliquent que les déplacements à l'hôpital et le stress associé représentent un plus grand fardeau que d'avoir à participer aux soins de leur proche [Shepperd *et al.*, 2016]. Une revue systématique récente a toutefois repéré une étude dans laquelle le niveau de stress des proches aidants a augmenté durant la période d'hospitalisation à domicile [Arsenault-Lapierre *et al.*, 2021].

Tableau 1 Résumé des résultats de l'hospitalisation à domicile par clientèle

Clientèle	Complications et événements indésirables	Réadmissions ¹	Mortalité	Résultats cliniques	Utilisation des ressources ²	Coûts	Qualité de vie	Satisfaction des patients et des proches aidants
Clientèle générale qui requiert une hospitalisation [Shepperd <i>et al.</i> , 2016; Farfan-Portet <i>et al.</i> , 2015; Varney <i>et al.</i> , 2014; Caplan <i>et al.</i> , 2012]	Pas de diff. sign.	Pas de diff. sign. ou ↓ (2 %)	Pas de diff. sign. ou ↓ (2 %)	Pas de diff. sign.	↓ DSH ↑ durée totale d'hospitalisation	↓ ou données insuffisantes	Pas de diff. sign.	↑ (patients)
Aînés qui ont besoin d'une hospitalisation [Gonçalves-Bradley <i>et al.</i> , 2017; Huntley <i>et al.</i> , 2017] [Shepperd <i>et al.</i> , 2016; Philp <i>et al.</i> , 2013]	S.O.	Pas de diff. sign.	Pas de diff. sign.	S.O.	↓ DSH (1/2 à 20 j) ↓ durée totale de l'hospitalisation (8 j) ↓ admission en soins de longue durée Pas de diff. sign. visites à l'urgence	↓ ou effet incertain	S.O.	↑ (patients) Peu d'études sur les proches aidants
Patients qui ont subi une chirurgie non urgente [Gonçalves-Bradley <i>et al.</i> , 2017]	S.O.	Pas de diff. sign.	Pas de diff. sign.	S.O.	↓ DSH (4 j)	Effet incertain	S.O.	↑ (patients) Pas de diff. sign ou ↓ (proches aidants)
Patients atteints d'une maladie chronique [Arsenault-Lapierre <i>et al.</i> , 2021]	Résultats mitigés concernant la morbidité liée à l'hospitalisation	↓	Pas de diff. sign.	S.O.	↑ durée totale d'hospitalisation (5 j) ↓ admission en soins de longue durée	S.O.	Pas de diff. sign. ou ↑	Pas de diff. sign. ou ↑ (patients) Pas de diff. sign ou ↓ (proches aidants)
Patients atteints d'une maladie pulmonaire obstructive chronique [Echevarria <i>et al.</i> , 2016; Farfan-Portet <i>et al.</i> , 2015; Jeppesen <i>et al.</i> , 2012; McCurdy, 2012]	S.O.	↓ ou pas de diff. sign. (si retour à l'hôpital est considéré comme réadmission) ↑ délai (4 à 38 j)	Pas de diff. sign.	Preuves insuffisantes	Preuves insuffisantes concernant la durée totale de l'hospitalisation Pas de diff. sign. sur l'admission en soins de longue durée	↓ ou ↑ (selon une perspective sociétale)	Pas de diff. sign.	Pas de diff. sign. (patients)
Patients atteints de pneumonie (1 ECR) [Huntley <i>et al.</i> , 2017]	Pas de diff. sign.	Pas de diff. sign.	Pas de diff. sign.	S.O.	S.O.	S.O.	Pas de diff. sign.	S.O.
Patients atteints de fibrose kystique (1 ECR) [Balaguer et Gonzalez de Dios, 2015]	Pas de diff. sign.	Pas de diff. sign. sur le délai	S.O.	Pas de diff. sign.	↓ examens ↓ antibiotiques	↓	Pas de diff. sign. ou ↑ (niveau d'activité) ↓ (perturbation personnelles et familiales)	S.O.
Patients atteints d'insuffisance cardiaque [Qaddoura <i>et al.</i> , 2015]	S.O.	Pas de diff. sign. ↑ délai (14 j)	Pas de diff. sign.	S.O.	Résultats mitigés sur la durée totale de l'hospitalisation ↓ visites à l'urgence	↓	↑	S.O.

Clientèle	Complications et événements indésirables	Réadmissions ¹	Mortalité	Résultats cliniques	Utilisation des ressources ²	Coûts	Qualité de vie	Satisfaction des patients et des proches aidants
Patients qui ont subi un accident vasculaire cérébral [Gonçalves-Bradley <i>et al.</i> , 2017; Langhorne et Baylan, 2017; Shepperd <i>et al.</i> , 2016]	S.O.	Pas de diff. sign.	Pas de diff. sign. ou ↓ (mesure agrégée de mortalité et dépendance)	S.O.	↓ DSH (5 à 6 j) ↑ durée totale de l'hospitalisation (16 j) ↓ admission en soins de longue durée	Effet incertain	Pas de diff. sign. ou ↑	↑ (patients) Pas de diff. sign. (proches aidants)
Patients qui ont subi une thromboembolie veineuse [Othieno <i>et al.</i> , 2018]	Pas de diff. sign. ou ↓ EP ↓ récurrence TVP	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	↓ (preuve de très faible qualité)	↑	Préférence pour l'HAD (patients)
Patients qui ont subi une thrombose veineuse profonde [Khatib <i>et al.</i> , 2020]	Pas de diff. sign. ou ↓ récurrence TVP	S.O.	Pas de diff. sign.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.
Patients atteints d'une embolie pulmonaire à faible risque de complications [Khatib <i>et al.</i> , 2020; Yoo <i>et al.</i> , 2019; Vinson <i>et al.</i> , 2012]	Pas de diff. sign. ou faible taux	S.O.	Pas de diff. sign.	Pas de diff. sign.	S.O.	S.O.	S.O.	Pas de diff. sign. (satisfaction) Préférence pour l'HAD (patients)
Patients atteints de cancer [Cool <i>et al.</i> , 2018]	Pas de diff. sign.	S.O.	S.O.	S.O.	Pas de diff. sign sur l'utilisation des services	↓	Pas de diff. sign.	Taux de satisfaction >70 % et préférence pour l'HAD (patients)
Patients cancéreux avec neutropénie fébrile [Rivas-Ruiz <i>et al.</i> , 2019]	Pas de diff. sign.	S.O.	Pas de diff. sign.	S.O.	↓ DSH (1,64 j)	↓	↑	S.O.

* Légende : Pas de diff. sign. : Pas de différences significatives entre le groupe HAD/CPS et le groupe d'hospitalisation conventionnelle; ↑ augmentation; ↓ diminution; S.O. : sans objet, pas de données disponibles; DSH : durée du séjour hospitalier (à l'hôpital). À distinguer de la durée totale de l'hospitalisation qui comprend le séjour d'hospitalisation à l'hôpital et/ou à domicile; EP : embolie pulmonaire; HAD : Hospitalisation à domicile; TVP : thrombose veineuse profonde

1 : Outre la revue d'Echevarria [2016] qui a fait une distinction entre les retours à l'hôpital pendant ou après l'hospitalisation à domicile auprès de patients atteints d'une maladie pulmonaire obstructive chronique, la plupart des revues systématiques ne spécifient pas s'il s'agit d'une réadmission après la fin de l'hospitalisation à domicile ou d'un transfert à l'hôpital pendant l'hospitalisation à domicile.

2 : Les résultats concernent la durée moyenne des séjours hospitaliers, sauf pour la clientèle générale dont l'état nécessite une hospitalisation, où la durée médiane du séjour hospitalier est aussi rapportée.

En bref

Les revues systématiques suggèrent que l'hospitalisation à domicile est une option sécuritaire par rapport à l'hospitalisation conventionnelle : elle permet d'obtenir des résultats qui sont au moins équivalents à ceux de l'hospitalisation conventionnelle en termes de réadmissions, d'utilisation des services et de mortalité, et ce, sans augmentation du nombre des complications ou des événements indésirables. Certaines revues notent même quelques tendances vers des résultats favorables à l'hospitalisation à domicile.

L'hospitalisation à domicile, particulièrement sous forme d'évitement de l'admission, pourrait aussi être associée à une réduction des coûts par rapport à l'hospitalisation conventionnelle, mais le potentiel de généralisation des données est limité.

L'hospitalisation à domicile semble aussi être satisfaisante du point de vue des patients; il y a toutefois moins de données au sujet de la perspective des proches aidants qui ont néanmoins un rôle important à jouer dans le soutien du patient.

Plusieurs revues jugent faible la qualité des études examinées ou elles mentionnent avoir un faible niveau de confiance dans les résultats obtenus.

Les revues soulignent également le caractère hétérogène des études, particulièrement en ce qui a trait aux caractéristiques des services associés à l'hospitalisation à domicile.

2.1.5. Admissibilité à l'hospitalisation à domicile

2.1.5.1. Indications et contreindications cliniques

Selon la littérature analysée, il semble que tous les patients dont l'état nécessite une hospitalisation peuvent avoir recours à l'hospitalisation à domicile, à l'exception de ceux qui ne peuvent être traités sécuritairement à domicile pour des raisons médicales – p. ex. acidose ou alcalose sévère, comorbidités sévères, changements aigus observés à la radiographie thoracique, nouvelle hypoxémie [McCurdy, 2012; Fisher *et al.*, 2011; BTS, 2007]. Les patients doivent également satisfaire à certains critères additionnels qui permettent la prestation sécuritaire des soins à domicile (voir [section 2.1.5.2](#)).

Les conditions traitées dans le contexte d'une hospitalisation à domicile sont très variées. Voici une liste non exhaustive des affections traitées à domicile d'après les revues recensées : exacerbation aigüe d'une MPOC, insuffisance cardiaque, AVC, thrombose veineuse profonde et embolie pulmonaire, infections aigües communautaires (peau, poumons, voies urinaires), cancer, plaies complexes. Certains services d'hospitalisation à domicile ciblent particulièrement la clientèle des aînés (p. ex. Mount Sinai aux États-Unis). Un programme recensé aux États-Unis cible les vétérans qui ont subi des

blessures médullaires [Madaris *et al.*, 2016]. Les traitements et interventions offerts à ces clientèles reflètent généralement la gamme des soins et services dispensés lors d'une hospitalisation conventionnelle (voir [section 2.2.1.3.](#)).

Au-delà de ces éléments, les revues de littérature ne précisent que peu d'indications ou de contrindications à l'hospitalisation à domicile, et les critères d'exclusion liés au profil clinique du patient varient selon les services dispensés. Par exemple, certains services n'acceptent pas les patients qui ont récemment été admis pour une détérioration de la même condition. D'autres excluent les patients avec conditions psychiatriques ou problèmes de dépendance aux drogues ou à l'alcool [De Sousa Vale *et al.*, 2020]. On remarque toutefois que les patients qui ont un faible pronostic – risque de mortalité ou de complications évalué par des outils de stratification du risque ou de la gravité de la maladie – sont exclus de certaines revues et études sur l'hospitalisation à domicile, notamment en cas d'embolie pulmonaire [Khatib *et al.*, 2020; Rivas-Ruiz *et al.*, 2019; Yoo *et al.*, 2019], ou ils ne sont pas toujours admissibles à ce type de services [De Sousa Vale *et al.*, 2020]. Pour les patients avec exacerbations de MPOC, le National Institute for Health and Care Excellence (NICE) [2018] reconnaît que l'hospitalisation à domicile et le congé précoce sont des options sécuritaires, mais qu'il n'y a pas assez de données pour déterminer quels patients tireront le plus profit de ce type de prise en charge. Des indications cliniques plus précises sont toutefois incluses dans les documents référencés pour les clientèles suivantes : patients qui ont besoin de chimiothérapie [HAS, 2015], patientes qui ont besoin de soins ante et post-partum [HAS, 2011] et patients avec symptômes aigus d'embolie pulmonaire [Vinson *et al.*, 2012].

2.1.5.2. Nature des soins requis

La décision d'admettre un patient à l'hospitalisation à domicile est généralement basée sur la complexité des soins plutôt que sur la gravité de la condition [Langhorne et Baylan, 2017; Pedepreyreau et Reznikoff, 2010]. Le patient doit notamment avoir besoin de soins fréquents (p. ex. quotidiens), complexes, techniques, coordonnés et/ou à caractère multidisciplinaire similaires aux soins hospitaliers et son état doit nécessiter des évaluations médicales fréquentes [Farfan-Portet *et al.*, 2015; Pedepreyreau et Reznikoff, 2010]. La grande majorité des services d'hospitalisation à domicile exigent aussi que l'état du patient soit cliniquement stable (quelques exceptions en France) [Lim *et al.*, 2021; Elliott *et al.*, 2020; Brody *et al.*, 2019; Siu *et al.*, 2019; Farfan-Portet *et al.*, 2015; Mas et Inzitari, 2015].

En France, la Haute Autorité de Santé (HAS) [2017] a développé un algorithme qui permet de repérer les patients admissibles à l'hospitalisation à domicile, principalement en fonction de la complexité des soins à donner. Cet algorithme indique notamment qu'un patient est admissible à ce type d'hospitalisation si son état nécessite des soins hospitaliers ou des médicaments de la réserve hospitalière ou encore une prise en charge importante en raison de la fréquence élevée ou de la durée cumulée des soins. Il y est également admissible s'il a besoin de l'intervention d'une équipe multidisciplinaire impliquant une coordination importante ou d'une continuité des soins 24 h/7 avec possibilité à tout moment d'intervention par une infirmière, sur avis médical. Cependant,

le patient n'y est pas admissible s'il doit être hospitalisé en soins intensifs ou si son état nécessite un accès direct et immédiat à un plateau technique au sein d'un établissement de santé. En effet, à défaut de pouvoir apporter le plateau technique au domicile, établir un corridor de services efficace avec une coordination des transports aller-retour du patient est un enjeu technique important de l'hospitalisation à domicile, particulièrement dans les cas où celle-ci n'est pas gérée par un centre hospitalier.

Le guide du NICE [2018] souligne également que, en plus de l'absence de facteurs associés à un faible pronostic, la sélection des patients avec exacerbations d'une MPOC en hospitalisation à domicile devrait dépendre des ressources disponibles.

2.1.5.3. Sécurité environnementale

Outre le fait d'avoir besoin d'une hospitalisation et de soins complexes, les patients doivent être sélectionnés afin de s'assurer qu'ils pourront être traités dans un environnement sécuritaire à domicile et qu'on pourra leur offrir des soins qui répondent à leurs besoins. L'environnement doit notamment être adapté aux capacités fonctionnelles (cognitives et physiques) du patient [Lim *et al.*, 2021; De Sousa Vale *et al.*, 2020; Queensland Department of Health, 2017; Mas et Inzitari, 2015]. Les critères environnementaux les plus souvent mentionnés dans la littérature et appuyés par des consensus d'experts [Fisher *et al.*, 2011; BTS, 2007] sont présentés ci-dessous.

Tout d'abord, le lieu de résidence doit se trouver à l'intérieur de la zone servie par l'hospitalisation à domicile ou à proximité d'un hôpital [De Sousa Vale *et al.*, 2020; Elliott *et al.*, 2020; Brody *et al.*, 2019; Siu *et al.*, 2019; Hernandez *et al.*, 2018; Mas et Inzitari, 2015; NSW Ministry of Health, 2013; Cryer *et al.*, 2012; Pedepeyreau et Reznikoff, 2010]. Il doit être adéquat (p. ex. comprendre les commodités de base) et sécuritaire pour le patient et le personnel de soins [Brody *et al.*, 2019; Siu *et al.*, 2019; NSW Ministry of Health, 2013; Cryer *et al.*, 2012]. Au besoin, la résidence doit permettre l'installation des équipements médicaux requis (p. ex. lit) et l'entreposage des médicaments (p. ex. au réfrigérateur) [Queensland Department of Health, 2017; Cour des comptes, 2015]. Il est également important que le patient ait accès à un téléphone ou, si cela s'applique, qu'il soit capable d'utiliser la télémédecine [De Sousa Vale *et al.*, 2020; Elliott *et al.*, 2020; Hernandez *et al.*, 2018; Farfan-Portet *et al.*, 2015; NSW Ministry of Health, 2013; Cryer *et al.*, 2012].

En plus d'un environnement physique sécuritaire, il est essentiel d'avoir du soutien à domicile. La plupart des services d'hospitalisation à domicile requièrent qu'un membre de la famille soit présent pour collaborer avec l'équipe soignante et administrer les soins de base [De Sousa Vale *et al.*, 2020; Elliott *et al.*, 2020; Hernandez *et al.*, 2018; Shepperd *et al.*, 2016; Farfan-Portet *et al.*, 2015]. D'ailleurs, en plus du consentement du patient et du médecin traitant, l'accord signé de la famille peut aussi être demandé dans certains de ces services [De Sousa Vale *et al.*, 2020; Magnet et Delmas, 2013]. Comme, chez les patients plus âgés, leurs proches sont souvent du même âge avancé, certains auteurs suggèrent de cibler les patients qui résident dans un environnement avec soutien ou des résidences de soins pour aînés, car ils sont plus susceptibles de répondre à ce critère d'admission [Lim *et al.*, 2021].

Les critères d'admissibilité sont généralement évalués par le gestionnaire ou le personnel de l'hospitalisation à domicile. Cela peut notamment être fait lors d'une visite à domicile préalable à l'admission à ce mode de prise en charge [Charron *et al.*, 2019; Vaartio-Rajalin et Fagerström, 2019; Cour des comptes, 2015; Pedepeyreau et Reznikoff, 2010]. La visite à domicile est d'ailleurs une pratique recommandée par le Queensland Department of Health [2017] pour évaluer l'admissibilité d'un patient à l'hospitalisation à domicile.

L'application des critères d'admissibilité peut réduire de façon importante le volume de patients admissibles à ce type de service [Brody *et al.*, 2019]. Entre 13 % et 70 % (médiane 33 %) des patients hospitalisés après un AVC sont admissibles à un congé précoce avec soutien [Langhorne et Baylan, 2017] et entre 21 et 37 % des patients avec exacerbations aiguës d'une MPOC sont admissibles à l'hospitalisation à domicile [Jeppesen *et al.*, 2012; McCurdy, 2012; BTS, 2007]. Toutefois, chez les patients atteints de cette maladie pulmonaire, on note aussi qu'entre 11 % et 43 % des patients admissibles refusent les services d'hospitalisation à domicile [McCurdy, 2012]. Certaines raisons évoquées sont liées à des enjeux de confidentialité (p. ex. ne pas vouloir de médecins ou de visiteurs étrangers dans sa maison), à la peur de se retrouver seul à la maison et de ne pas y être en sécurité ou au besoin de l'entourage d'avoir un répit [Levine *et al.*, 2021; Brody *et al.*, 2019; Dismore *et al.*, 2019].

En bref

L'hospitalisation à domicile est généralement indiquée pour des patients dont l'état nécessite une hospitalisation et qui répondent à certains critères additionnels permettant la prestation sécuritaire de soins à domicile – p. ex. stabilité clinique, environnement physique, aspects logistiques. La présence d'un proche aidant est également essentielle.

Le besoin d'hospitalisation à domicile des patients est déterminé selon de la nature des soins requis – p. ex. complexité, fréquence, intensité, aspect multidisciplinaire – plutôt que selon la gravité de la condition.

L'application des critères d'admissibilité est nécessaire pour assurer la sécurité des soins, mais elle peut réduire de façon importante le volume de patients admissibles à l'hospitalisation à domicile.

L'analyse de la littérature ne permet pas de désigner une clientèle qui tirerait profit de l'hospitalisation à domicile plus ou moins que les autres.

2.2. Organisation des services d'hospitalisation à domicile

Le volet sur l'organisation des soins présente les différents modèles d'organisation des soins hospitaliers à domicile – structure des services d'hospitalisation à domicile, processus d'admission, soins et services offerts, coordination des soins, composition de l'équipe soignante, compétences et formation du personnel – ainsi que les enjeux dont on doit tenir compte lors de l'implantation d'un service d'hospitalisation à domicile en contexte sanitaire régulier et en contexte épidémique de la COVID-19.

2.2.1. Modèles d'organisation des soins hospitaliers à domicile

Quarante-trois documents recensés ont décrit les caractéristiques des modèles d'hospitalisation à domicile, y inclus 9 revues systématiques, 11 guides de pratique et lignes directrices, 8 études primaires et 3 revues narratives. Les principales caractéristiques des modèles associés à ce mode d'hospitalisation sont présentées de façon narrative dans les paragraphes qui suivent. Lorsque cela est applicable, des précisions sont apportées selon les différents pays qui ont implanté ces services.

2.2.1.1. Structure des services d'hospitalisation à domicile

La majorité des services d'hospitalisation à domicile sont rattachés à un hôpital et font partie des services offerts par cet établissement, que ce soit à travers une unité spécialisée ou les équipes médicales affiliées aux unités de soins. C'est donc un clinicien de l'hôpital qui admet le patient en hospitalisation à domicile et en est responsable durant tout l'épisode de soins jusqu'au congé [Echevarria *et al.*, 2016]. Un tel service rattaché à un hôpital a l'avantage de disposer du personnel qui détient les compétences et l'expérience nécessaires pour traiter les patients [Mas et Inzitari, 2015]. Les services d'hospitalisation à domicile peuvent également être basés dans la communauté et être gérés par un médecin de famille. Ce dernier a l'avantage d'être familiarisé avec la situation du patient, mais il pourrait avoir moins facilement accès aux outils diagnostiques avancés, et moins de connaissances ou d'expériences spécialisées [De Sousa Vale *et al.*, 2020]. Un essai clinique à répartition aléatoire de bonne qualité [Mogensen *et al.*, 2018] suggère toutefois que le modèle d'hospitalisation à domicile mené par un médecin de famille éviterait près de deux fois plus d'hospitalisations chez les aînés atteints d'une condition médicale aiguë que le modèle mené par un spécialiste hospitalier, sans différence quant aux taux de récupération ou de mortalité.

La British Thoracic Society (BTS) [2007]¹ recommande que la responsabilité clinique repose sur l'établissement de soins aigus durant le séjour en hospitalisation à domicile et qu'elle soit transférée aux cliniciens en soins primaires au moment du congé pour les patients atteints d'une MPOC.

¹ Document publié avant 2010, mais conservé étant donné la pertinence de ses recommandations et l'absence d'autres guides de pratique sur l'organisation des services d'hospitalisation à domicile au Royaume-Uni. Il s'agit d'un complément au guide du NICE sur la gestion de patients atteints d'une maladie pulmonaire obstructive chronique.

Chez les patients qui ont subi un AVC, il n'y a pas de preuve scientifique qu'un modèle est meilleur que l'autre [Langhorne et Baylan, 2017], mais un consensus d'experts recommande que les équipes associées au congé précoce avec soutien pour patients qui ont subi un AVC soient basées à l'hôpital plutôt que dans la communauté [Fisher *et al.*, 2011]. Il recommande également que ces équipes soient responsables de la planification et de la coordination du congé précoce, et qu'elles offrent les services de réadaptation et de soutien à domicile plutôt que de transférer cette dernière responsabilité aux soins communautaires.

France

En France, la majorité des services d'hospitalisation à domicile sont liés à un hôpital et peuvent être offerts par des organisations publiques ou privées [Farfan-Portet *et al.*, 2015]. Toutefois, les organisations qui offrent des services d'hospitalisation à domicile qui ne sont pas rattachés à un hôpital sont considérées comme des établissements hospitaliers à part entière, avec l'obligation de s'assurer de la compétence du personnel et de la traçabilité et de la continuité des soins dispensés [Magnet et Delmas, 2013].

Australie

Dans l'État de Victoria, les services d'hospitalisation à domicile sont toujours liés à un hôpital [Farfan-Portet *et al.*, 2015]. Une variété de modèles sont toutefois implantés en ce qui concerne la prestation et la coordination des services, car aucun modèle n'est prescrit par l'État [Montalto, 2010]. Par exemple, deux hôpitaux ont un directeur médical et du personnel résident qui se consacrent aux services d'hospitalisation à domicile. Dans d'autres cas, la coordination médicale relève de l'équipe médicale affiliée avec les unités de soins ou le service des urgences. Des arrangements peuvent également être pris avec les médecins de famille pour prendre en charge les patients au nom de l'hôpital.

Dans l'État du New South Wales, la prise en charge du patient en hospitalisation à domicile peut être faite par un médecin spécialiste, un médecin de famille ou un partage entre le spécialiste et le médecin de famille [NSW Ministry of Health, 2013]. Le modèle de prise en charge partagée est surtout employé pour la gestion des maladies chroniques, de conditions de santé mentale ou de soins prénataux. La prestation des soins est faite par une équipe spécialisée en hospitalisation à domicile ou par une équipe intégrée composée à la fois du personnel employé par l'hôpital et du personnel employé par des organisations de soins primaires ou communautaires. Dans certains cas, les soins sont autoadministrés par le patient sous la supervision de l'équipe soignante – p. ex. pour les patients qui reçoivent des médicaments par intraveineuse. Le guide du NSW Ministry of Health [2013] recommande une planification régionale des services d'hospitalisation à domicile qui clarifie les rôles et qui permette l'intégration avec les programmes de santé primaire déjà établis.

Dans l'État de Queensland, la prise en charge peut être faite par un clinicien hospitalier – p. ex. médecin d'urgence, infirmière praticienne ou médecin hospitalier expérimenté –, par un clinicien indépendant « autorisé » à prendre en charge des patients en hospitalisation à domicile ou par une combinaison des deux. Le modèle de prise en

charge partagée permet une certaine flexibilité dans l'offre de services, mais il requiert une gouvernance clinique et des lignes directrices claires. Le guide du Queensland Department of Health [2017] décrit également trois modèles d'équipe d'hospitalisation à domicile, soit 1) une équipe spécialisée qui offre uniquement des services d'hospitalisation à domicile; 2) une équipe « double » qui offre à la fois des services d'hospitalisation à domicile et de soins post-aigus; et 3) une équipe « intrahospitalière partagée » qui travaille à l'hôpital et offre aussi les services d'hospitalisation à domicile dans le cadre de son travail.

États-Unis

Aux États-Unis, le programme *Hospital at Home*® développé par l'équipe de la Johns Hopkins HealthCare Solutions (Johns Hopkins Schools of Medicine and Public Health) a été implanté par les hôpitaux du Veterans Affairs, par des systèmes de santé (p. ex. Presbyterian Health System), par des organisations de soins à domicile ainsi que par des programmes de coordination des soins.

Le Mount Sinai Health System a également développé un programme, *Mount Sinai at Home*, qui cible particulièrement les aînés. Dans ce programme, les soins sont coordonnés par une infirmière coordonnatrice qui communique avec les médecins [Mount Sinai, 2021].

2.2.1.2. Orientation et processus d'admission

En général, les patients sont orientés vers l'hospitalisation à domicile par le service d'urgence ou par les unités de soins hospitalières, pour les patients qui bénéficient d'un congé précoce avec soutien. Les patients peuvent aussi être orientés vers ce service d'hospitalisation par un médecin de famille ou un spécialiste en consultation externe. Un consensus d'experts [Fisher *et al.*, 2011] recommande que ce soit l'équipe de congé précoce avec soutien ou l'équipe hospitalière qui désigne les candidats pour un congé précoce avec soutien. Également, la British Thoracic Society [BTS, 2007] ne recommande pas qu'un médecin de famille oriente directement des patients vers l'hospitalisation à domicile en raison d'un nombre important de patients qui y sont orientés sans répondre aux critères d'admissibilité.

Certains documents mentionnent aussi que les patients peuvent être envoyés par les services communautaires, p. ex. programmes ou agences de soins à domicile (États-Unis, Espagne, Australie, Royaume-Uni), par les services ambulanciers (Royaume-Uni), par des établissements de soins (p. ex. pour aînés) (Australie) ou par d'autres professionnels de la santé, y compris des infirmières (Royaume-Uni) [Brody *et al.*, 2019; Siu *et al.*, 2019; Vaartio-Rajalin et Fagerström, 2019; Dowell *et al.*, 2018; Lee et Titchener, 2017; NSW Ministry of Health, 2013; Cryer *et al.*, 2012]. Plus rarement, il arrive que le patient puisse lui-même en faire la demande (Royaume-Uni, Espagne) [Dowell *et al.*, 2018; Farfan-Portet *et al.*, 2015].

Le guide du NSW Ministry of Health [2013] rappelle que l'orientation vers l'hospitalisation à domicile doit être basée sur une décision clinique et recommande de réaliser une évaluation du risque au moment de cette prise de décision. L'évaluation du risque peut être basée sur la chance de survivre à un épisode aigu (p. ex. en appliquant un outil pronostique) [Echevarria *et al.*, 2016].

2.2.1.3. Description des soins et services offerts

Certains services d'hospitalisation à domicile sont spécialisés et limitent leurs activités à des clientèles particulières, p. ex. par spécialité médicale, par diagnostic, alors que d'autres sont généralistes. Les approches généralistes sont davantage encouragées en France, en Espagne et en Australie [Farfan-Portet *et al.*, 2015]. La British Thoracic Society [BTS, 2007] recommande des équipes spécialisées dans les grandes villes et des équipes d'hospitalisation à domicile plus généralistes dans les régions éloignées des grands centres.

Les soins peuvent être offerts à domicile par du personnel hospitalier (c'est le cas dans la majorité des études), du personnel communautaire (p. ex. médecins de famille et infirmières communautaires) ou une combinaison des deux [Cool *et al.*, 2018; Shepperd *et al.*, 2016; Varney *et al.*, 2014].

De manière générale, les services d'hospitalisation à domicile incluent les composantes suivantes :

- Visites quotidiennes à domicile par une infirmière, une à plusieurs fois par jour [Elliott *et al.*, 2020; Langhorne et Baylan, 2017; Echevarria *et al.*, 2016; Varney *et al.*, 2014];
- Collaboration variable d'un médecin, p. ex. visites à domicile quotidiennes ou soutien aux infirmières [Echevarria *et al.*, 2016; Varney *et al.*, 2014];
- Contribution d'autres professionnels de la santé selon les besoins, p. ex. médecins spécialistes, ergothérapeutes, physiothérapeutes, orthophonistes, travailleurs sociaux, diététiciens, psychologues [Elliott *et al.*, 2020; Varney *et al.*, 2014; McCurdy, 2012] – voir [section 2.2.1.5](#) également;
- Horaire de jour pour les activités régulières (5 à 7 jours/semaine) et disponibilité d'une infirmière ou d'un médecin 24 h/7 pour les urgences [Elliott *et al.*, 2020; Echevarria *et al.*, 2016; Shepperd *et al.*, 2016; NSW Ministry of Health, 2013; State of Victoria Department of Health, 2011];
- Coordination des soins [De Sousa Vale *et al.*, 2020; Langhorne et Baylan, 2017; Shepperd *et al.*, 2016; Mas et Inzitari, 2015];
- Provision d'équipement médical et/ou de médicaments, qui peut être faite par la pharmacie de l'hôpital auquel est rattaché le service d'hospitalisation à domicile ou par des partenaires externes;
- Possibilité de transférer le patient à l'hôpital au cours de l'épisode de soins, au besoin.

Certains estiment aussi que l'éducation ou le counseling aux patients et aux proches aidants est une composante importante du service d'hospitalisation à domicile [Elliott *et al.*, 2020; Queensland Department of Health, 2017; Echevarria *et al.*, 2016; McCurdy, 2012]. Le transport ambulancier de l'hôpital au domicile lors de l'admission peut être offert au besoin.

Les soins offerts varient selon les besoins des patients et reflètent la gamme de soins aigus offerts à ceux qui sont traités à l'hôpital – p. ex. évaluation médicale comprenant examen physique et tests de laboratoire, administration de médicaments ou fluides par intraveineuse, surveillance de signes vitaux en présence ou à distance, pansements pour plaies complexes, transfusion (en France), assistance respiratoire, chimiothérapie, soins post-partum pathologiques. Certains services d'hospitalisation à domicile offrent également des soins postopératoires, des soins palliatifs et/ou des soins de réadaptation. Ces derniers sont notamment dispensés dans le cadre d'une intervention de congé précoce avec soutien pour les patients qui ont subi un AVC [Langhorne et Baylan, 2017].

Les services d'hospitalisation à domicile/congé précoce avec soutien sont offerts pour une période définie selon les besoins du patient [McCurdy, 2012], la durée du service variant entre 6 à 11 jours en moyenne [Varney *et al.*, 2014]. Pour les patients atteints d'une MPOC, la British Thoracic Society [2007] recommande que la durée de l'hospitalisation à domicile soit de moins de 14 jours et avec moins de 10 visites.

À la fin de la condition aiguë, le patient reçoit son congé selon les mêmes critères que pour l'hospitalisation conventionnelle, avec suivi, conseils et coordination avec l'équipe de soins primaires ou de réadaptation. Certains services d'hospitalisation à domicile incluent une phase de soins post-aigus à domicile, une phase de soins transitionnels – p. ex. suivi du patient de deux à trois fois par semaine – ou ils donnent accès à l'équipe d'hospitalisation à domicile jusqu'à 30 jours suivant le congé en cas d'urgence [Mount Sinai, 2021; Brody *et al.*, 2019; Siu *et al.*, 2019].

France

Le transport des patients pour des consultations spécialisées ou pour des examens d'imagerie est pris en charge par l'équipe d'hospitalisation à domicile s'ils sont prescrits par le médecin traitant ou par le médecin coordonnateur [Cour des comptes, 2015].

États-Unis

Le modèle d'hospitalisation à domicile de la Johns Hopkins HealthCare Solutions offre la possibilité de faire des examens diagnostiques à domicile – p. ex. électrocardiogramme, échocardiogramme, radiographie – et de réaliser ceux qui ne peuvent être faits à domicile, comme la tomodensitométrie, l'imagerie par résonance magnétique ou l'endoscopie, à l'occasion de brèves visites à l'hôpital [Johns Hopkins HealthCare Solutions, 2015].

2.2.1.4. Coordination des soins et dossier patient

La coordination des soins est faite par une personne désignée, le plus souvent un médecin responsable ou une infirmière [De Sousa Vale *et al.*, 2020; Lee et Titchener, 2017; Farfan-Portet *et al.*, 2015], ou par l'équipe multidisciplinaire lors de rencontres quotidiennes ou hebdomadaires [Langhorne et Baylan, 2017; Shepperd *et al.*, 2016; Mas et Inzitari, 2015]. Le coordonnateur n'est généralement pas engagé auprès des patients. Une revue systématique rapporte qu'une plus grande réduction du risque de mortalité ou de dépendance physique (mesure agrégée) est observée dans les études qui ont évalué une intervention de congé précoce avec soutien pour les patients qui ont subi un AVC et sont suivis par une équipe coordonnée par rapport aux services sans équipe coordonnée [Langhorne et Baylan, 2017]. Les guides de pratique et consensus d'experts sont aussi favorables aux équipes coordonnées et proposent que leurs membres se rencontrent chaque semaine afin de discuter du plan de traitement du patient [NSW Ministry of Health, 2013; Fisher *et al.*, 2011; BTS, 2007]. Le guide du State of Victoria Department of Health [2011] souligne d'ailleurs que la coordination et la participation d'autres services communautaires maximisent l'accès, réduisent la duplication et améliorent la continuité des soins pour le patient.

Peu de documents décrivent la façon dont est faite la documentation du dossier du patient. Toutefois, l'absence d'un système de partage de données rend la gestion du dossier difficile, alors que l'accès au dossier à différents endroits et par divers intervenants, y compris les pharmaciens partenaires, semble idéal pour éviter la duplication de l'évaluation à travers les divers services [Brody *et al.*, 2019; Farfan-Portet *et al.*, 2015; Chouliara *et al.*, 2014]. Une analyse comparative de différents pays rapporte que, dans l'État de Victoria (Australie) et à Valence (Espagne), la documentation de l'hospitalisation à domicile est faite dans le dossier hospitalier du patient, qui peut aussi être accessible à partir du domicile du patient [Farfan-Portet *et al.*, 2015]. Aux Pays-Bas, la documentation est faite dans le dossier hospitalier et dans le dossier de l'organisation de soins infirmiers concernée. Finalement, en France, un dossier du patient spécifique à l'hospitalisation à domicile est conservé dans les bureaux du service qui en est responsable. La British Thoracic Society [BTS, 2007] recommande qu'une copie des notes et observations cliniques soit laissée au domicile du patient.

France

Comme le dossier informatisé n'est pas encore disponible partout, le soutien apporté par les cadres de santé à l'équipe soignante est essentiel [Talon-Chrétien *et al.*, 2016]. Par ailleurs, des ententes avec les services d'urgence peuvent être établies pour permettre d'accéder à un résumé de la situation médicale des personnes traitées en hospitalisation à domicile qui sont susceptibles d'avoir besoin d'une intervention sur le territoire couvert par les services d'urgence [Cour des comptes, 2015].

2.2.1.5. Composition de l'équipe soignante

Les équipes d'hospitalisation à domicile sont composées minimalement d'infirmières sous la supervision d'un médecin [Caplan *et al.*, 2012], mais les équipes multidisciplinaires sont généralement recommandées. Elles peuvent inclure : médecins de famille et/ou spécialistes, infirmières communautaires et/ou spécialisées, physiothérapeutes, ergothérapeutes, orthophonistes, assistants en réadaptation, travailleurs sociaux, diététiciens et pharmaciens [Elliott *et al.*, 2020; Langhorne et Baylan, 2017; Lee et Titchener, 2017; Shepperd *et al.*, 2016; Mas et Inzitari, 2015; McCurdy, 2012; Fisher *et al.*, 2011; BTS, 2007]. Chez les patients atteints d'une MPOC, les services d'hospitalisation à domicile/congé précoce avec soutien multidisciplinaire qui offrent un plus grand niveau de soutien clinique, un soutien social temporaire avec participation des ergothérapeutes et des physiothérapeutes permettent d'augmenter l'accessibilité du service [Echevarria *et al.*, 2016].

France

En France, l'équipe multidisciplinaire est composée d'un médecin traitant, responsable du diagnostic et des ordonnances, d'un coordonnateur, médecin ou infirmière garant de la prise en charge du patient et qui fait la liaison entre le médecin traitant et l'hôpital, de cadres de santé qui coordonnent les soins avec l'appui du médecin coordonnateur, de personnel infirmier qui participe à l'élaboration du plan de soins et en assure l'exécution ainsi que d'autres intervenants au besoin [Talon-Chrétien *et al.*, 2016].

Une analyse comparative mentionne qu'en France on compte un aide médical pour 6 patients, une infirmière-chef pour 30 patients et la moitié des équivalents à temps plein doivent être des infirmières [Farfan-Portet *et al.*, 2015].

Espagne

Les équipes sont composées d'un médecin et de deux infirmières; chaque programme d'hospitalisation à domicile dispose au moins deux équipes. Une équipe visite 12 à 18 patients par jour [Farfan-Portet *et al.*, 2015].

2.2.1.6. Compétences et formation du personnel

La compétence des professionnels de la santé est reconnue comme un important facteur pour faciliter l'implantation de services d'hospitalisation à domicile [Casteli *et al.*, 2020]. En effet, le personnel qui offre des soins dans ces conditions doit avoir les compétences, l'expérience et la formation qui lui permettront d'offrir des soins aigus et/ou sous-aigus de qualité à domicile [Queensland Department of Health, 2017; State of Victoria Department of Health, 2011]. Bien que celles-ci ne soient pas toujours décrites, certaines tendances sont observables. Il est notamment important d'avoir :

- Une solide expérience en soins aigus [Crilly *et al.*, 2012] ou dans sa spécialité [Dowell *et al.*, 2018; NICE, 2018; Madaris *et al.*, 2016];

- Des connaissances spécialisées liées aux conditions traitées [Langhorne et Baylan, 2017; Mas et Inzitari, 2015; Fisher *et al.*, 2011]; certaines organisations demandent parfois un diplôme de maîtrise ou une formation spéciale [Huntley *et al.*, 2020; Dowell *et al.*, 2018; Hernandez *et al.*, 2018];
- De fortes compétences en évaluation, raisonnement clinique ou administration de traitements [Dowell *et al.*, 2018; Lee et Titchener, 2017; Madaris *et al.*, 2016; Mas et Inzitari, 2015].

La British Thoracic Society [BTS, 2007] spécifie certaines compétences essentielles pour le personnel qui exerce en hospitalisation à domicile : capacité à prendre un historique clinique complet, compétences d'évaluation clinique, familiarisation avec les approches pharmacologiques et non pharmacologiques, connaissance des guides de pratique et du travail d'équipe. Par ailleurs, des compétences psychosociales, en communication, en technologie, en documentation de données probantes et en leadership sont également présumées dans le contexte de soins avancés à domicile [Vaartio-Rajalin et Fagerström, 2019].

Au Royaume-Uni, un programme d'hospitalisation à domicile requiert que les infirmières aient occupé un poste de chef dans des unités hospitalières de soins aigus, en soins intensifs ou à l'urgence et aient les compétences pour prendre en charge les patients atteints d'une condition aiguë complexe [Lee et Titchener, 2017]. Elles doivent notamment avoir une maîtrise en soins avancés et une formation avancée pour réaliser des évaluations physiques ainsi qu'un cours pour prescripteurs non médicaux. Selon les auteurs, ce haut niveau de compétences et de connaissances est un élément critique du succès du modèle [Dowell *et al.*, 2018; Lee et Titchener, 2017].

Pour les coordonnateurs/gestionnaires de programme d'hospitalisation à domicile, quelques documents mentionnent des critères additionnels, soit le fait d'avoir de l'expérience à la fois en soins aigus et en soins communautaires [Crilly *et al.*, 2012] ou encore de détenir une formation en gestion (en France) [Farfan-Portet *et al.*, 2015].

2.2.1.7. Autres éléments à considérer

Outre les ressources humaines, il faut penser à fournir ou à rembourser les frais liés au recours à de l'équipement matériel divers, p. ex. équipement clinique, véhicule de transport pour le personnel, téléphone, accès à un ordinateur, etc. [Farfan-Portet *et al.*, 2015; Crilly *et al.*, 2012]. Dans certains services d'hospitalisation à domicile, les infirmières bénéficient d'une voiture professionnelle équipée avec GPS et un cellulaire mains libres. À titre informatif, dans une telle organisation, en France, les infirmières parcourent environ 60 kilomètres par jour de travail [Cœugnet *et al.*, 2016].

Certains services incluent également une composante d'éducation continue pour leur personnel. Les guides du State of Victoria Department of Health [2011] et du Queensland Department of Health [2017] recommandent d'ailleurs de planifier et d'encourager la participation du personnel aux activités de perfectionnement professionnel.

Bien que rarement mentionnées, la gestion et l'élimination des déchets médicaux qui doivent être faites dans les mêmes conditions de sécurité que dans un établissement de santé nécessitent de l'attention [Cour des comptes, 2015].

En bref

- Il n'y a pas d'approche standardisée de modèles d'organisation des soins en hospitalisation à domicile. Les services d'hospitalisation à domicile peuvent être basés à l'hôpital ou dans la communauté. Des consensus d'experts recommandent que les soins soient basés à l'hôpital pour traiter les patients qui ont subi un AVC ou sont atteints d'une MPOC. Chez les aînés qui ont des problèmes médicaux aigus, un essai contrôlé à répartition aléatoire mentionne toutefois que le modèle de l'hospitalisation à domicile menée par un médecin de famille pourrait permettre d'éviter plus d'hospitalisations que le modèle de l'hospitalisation à domicile menée par un spécialiste hospitalier.
- Les services d'hospitalisation à domicile peuvent limiter leurs activités à des clientèles particulières, mais les approches généralistes sont davantage encouragées.
- Les soins peuvent être offerts à domicile par du personnel hospitalier, du personnel communautaire – p. ex. médecins de famille et infirmières communautaires – ou une combinaison des deux.
- Les services d'hospitalisation à domicile comprennent généralement les composantes suivantes :
 - visites quotidiennes à domicile par une infirmière, de une à plusieurs fois par jour;
 - contribution d'un médecin : visite au patient ou soutien à l'infirmière;
 - contribution d'autres professionnels de la santé selon les besoins, p. ex. médecins spécialistes, ergothérapeutes, physiothérapeutes, orthophonistes, travailleurs sociaux, diététiciens et psychologues;
 - couverture de soins 24 h/7 en cas d'urgence;
 - coordination des soins;
 - provision d'équipement médical et/ou de médicaments;
 - transfert à l'hôpital au cours de l'épisode de soins, au besoin.

- Les soins offerts varient selon les besoins des patients et reflètent une variété de soins aigus offerts aux patients hospitalisés en établissement. Certains services d'hospitalisation à domicile offrent également des soins postopératoires, des soins palliatifs et/ou des soins de réadaptation, p. ex. dans le cas des interventions de congé précoce avec soutien.
- Les services d'hospitalisation à domicile sont offerts durant une période définie qui varie entre 6 à 11 jours en moyenne selon les besoins du patient.
- La coordination des soins est faite par une personne désignée, le plus souvent un médecin responsable ou une infirmière, et/ou en équipe multidisciplinaire lors de rencontres hebdomadaires.
- Les équipes d'hospitalisation à domicile sont composées minimalement d'infirmières sous la supervision d'un médecin, mais elles sont généralement multidisciplinaires.
- Le personnel qui offre des soins en hospitalisation à domicile doit avoir les compétences, l'expérience et la formation qui lui permettront d'offrir des soins aigus et/ou sous-aigus de qualité à domicile. Un haut niveau de compétence a d'ailleurs été un élément critique du succès d'un modèle d'hospitalisation à domicile au Royaume-Uni. Il est notamment important d'avoir :
 - une solide expérience en soins aigus ou dans sa spécialité;
 - des connaissances spécialisées liées aux conditions traitées;
 - de fortes compétences en évaluation, raisonnement clinique ou administration de traitements.

2.2.2. Enjeux liés à l'implantation d'un service d'hospitalisation à domicile

Malgré les avantages associés à l'hospitalisation à domicile, ce mode de prise en charge fait face à des enjeux organisationnels qui limitent son déploiement, même dans les pays où il est bien établi. C'est notamment le cas en France [Cour des comptes, 2015], aux États-Unis [Brody *et al.*, 2019; Summerfelt *et al.*, 2015; Pericas *et al.*, 2013] et en Australie [State of Victoria Department of Health, 2011]. La recherche documentaire a permis de recenser 21 documents qui abordent des enjeux organisationnels liés à la mise en œuvre de services d'hospitalisation à domicile.

2.2.2.1. Recrutement de la main-d'œuvre

Des difficultés à recruter le personnel de soins, et plus précisément du personnel spécialisé en hospitalisation à domicile, sont souvent mentionnées dans les documents recensés [Brody *et al.*, 2019; Leung *et al.*, 2016; Farfan-Portet *et al.*, 2015; Mas et Inzitari, 2015]. Ces difficultés sont liées au fait que ce mode de prise en charge est peu

valorisé et perçu comme une charge de travail lourde [Farfan-Portet *et al.*, 2015]. Certains auteurs rapportent aussi que les incitatifs financiers sont peu attrayants [Leung *et al.*, 2016; Farfan-Portet *et al.*, 2015]. D'ailleurs, le paiement à l'acte (*fee-for-services*) décourage le recrutement de professionnels, puisqu'il n'y a pas de modèle de facturation et de paiement standardisé pour toute la gamme des services offerts en hospitalisation à domicile [Dismore *et al.*, 2019; Summerfelt *et al.*, 2015; Pericas *et al.*, 2013; Cryer *et al.*, 2012]. Le niveau de compétence et d'expertise requis pour travailler dans ce secteur d'activité limite également le recrutement de personnel et la possibilité de sous-traiter à des organisations de soins privées ou communautaires [Farfan-Portet *et al.*, 2015]. Certains médecins de famille peuvent aussi être réticents à prendre en charge les patients en hospitalisation à domicile étant donné le degré de difficulté associé à la gestion des soins complexes offerts à domicile [Leung *et al.*, 2016; Farfan-Portet *et al.*, 2015]. La rémunération, l'information et une formation adéquate à propos de l'hospitalisation à domicile pour les professionnels de la santé pourraient être nécessaires pour la rendre plus attrayante [Farfan-Portet *et al.*, 2015].

2.2.2.2. Repérage des patients

Un autre enjeu dont il est important de tenir compte dans l'implantation d'un service d'hospitalisation à domicile est la capacité à repérer les patients admissibles. Étant donné les critères d'admissibilité contraignants qui réduisent le nombre de patients qui pourraient tirer profit d'un tel service (voir [section 2.1.5](#)) [Casteli *et al.*, 2020], le volume des patients admis pour des problèmes courants, p. ex. pneumonie communautaire, insuffisance cardiaque ou MPOC, pourrait ne pas suffire pour dispenser des services d'hospitalisation à domicile. Dans les cas où le volume de patients serait plus faible ou en présence d'une capacité limitée en personnel, la British Thoracic Society [BTS, 2007] recommande d'adopter une approche de congé précoce avec soutien plutôt qu'une approche d'évitement de l'hospitalisation.

La capacité à repérer les patients admissibles dépend également des connaissances des cliniciens par rapport à l'hospitalisation à domicile et aux critères d'admissibilité, de leur expérience clinique et de leur attitude [Lim *et al.*, 2021; Brody *et al.*, 2019]. Une étude réalisée dans un hôpital tertiaire en Australie rapporte que les cliniciens qui ont une expérience de soins à domicile seraient trois fois plus susceptibles de repérer des patients admissibles à l'hospitalisation à domicile que les cliniciens en milieu hospitalier [Lim *et al.*, 2021]. On note toutefois une réticence du personnel hospitalier ou des médecins de famille à orienter des patients vers ce mode d'hospitalisation, liée à un manque de connaissances ou à un scepticisme au sujet de ses bienfaits et de sa valeur ajoutée [Dismore *et al.*, 2019; Leung *et al.*, 2016; Farfan-Portet *et al.*, 2015; Summerfelt *et al.*, 2015; Chouliara *et al.*, 2014; Cryer *et al.*, 2012; Montalto, 2010]. D'autres auteurs expliquent cette réticence par des processus d'orientation absents ou peu définis [Stuck *et al.*, 2017; Farfan-Portet *et al.*, 2015; Mas et Inzitari, 2015; Chouliara *et al.*, 2014] ou par la lourdeur administrative du processus d'orientation des patients vers le service approprié [Leung *et al.*, 2016].

Pour stimuler le recours à des services d'hospitalisation à domicile, certains auteurs suggèrent de viser le repérage de patients en amont, p. ex. à l'urgence ou à domicile, ou de faire une révision proactive des dossiers de patients hospitalisés en ayant une liaison régulière avec les cliniciens en milieu hospitalier [Lim *et al.*, 2021; Farfan-Portet *et al.*, 2015]. D'autres proposent de cibler les patients qui résident dans un environnement avec soutien ou des résidences pour aînés, qui sont plus susceptibles de répondre au critère d'admissibilité lié au soutien social [Lim *et al.*, 2021]. L'implantation de protocoles, de guides de pratique ou d'algorithmes ciblés pour les cliniciens en milieu hospitalier pourrait aussi être privilégiée pour déterminer le milieu de soins le plus approprié selon la condition du patient [Lim *et al.*, 2021; Farfan-Portet *et al.*, 2015]. La sensibilisation des cliniciens aux caractéristiques et aux bienfaits et de l'hospitalisation à domicile pourrait également être envisagée.

2.2.2.3. Coordination des parties prenantes

L'implantation d'un service d'hospitalisation à domicile peut nécessiter le recours à diverses agences et partenaires externes pour faciliter la prestation des soins. Cette stratégie a l'avantage d'augmenter les ressources disponibles pour bonifier l'offre de services et d'accroître le potentiel de repérage des patients admissibles à ce mode de prise en charge [Brody *et al.*, 2019; Chouliara *et al.*, 2014]. Toutefois, cela nécessite une collaboration étroite entre les professionnels spécialisés en cette matière et les partenaires [Hernandez *et al.*, 2018; Miani *et al.*, 2014]. Une revue systématique récente souligne d'ailleurs que la coordination de l'équipe multidisciplinaire est un important facteur pour aider à l'implantation des services d'hospitalisation à domicile [Casteli *et al.*, 2020]. À l'inverse, l'absence d'un coordonnateur est un frein important, car, souvent, cette personne a la responsabilité de décider de l'admission d'un patient en hospitalisation à domicile et elle est responsable d'établir les liens avec l'ensemble des parties prenantes [Stuck *et al.*, 2017; Crilly *et al.*, 2012]. Les procédures administratives et de coordination représentent d'ailleurs un volume de travail conséquent qui réduit le temps réservé aux soins au patient [Farfan-Portet *et al.*, 2015]. Avec la multiplicité des partenaires et des intervenants engagés dans la démarche, le manque de délimitation des rôles peut devenir un enjeu, que ce soit entre les agences externes et l'équipe d'hospitalisation à domicile ou au sein de l'équipe soignante elle-même. C'est pourquoi il est également important de préciser les rôles, les attentes et les responsabilités, p. ex. déterminer qui prend en charge le patient lorsqu'il est à l'hôpital versus à domicile, qui est responsable de l'évaluation médicale, définir des délais de réponse acceptables, etc. [Charron *et al.*, 2019; Leung *et al.*, 2016; Farfan-Portet *et al.*, 2015; Mas et Inzitari, 2015; Miani *et al.*, 2014; Crilly *et al.*, 2012]. Des mécanismes de communication clairs doivent donc être établis pour assurer une bonne collaboration et éviter les conséquences négatives pour les patients et pour les intervenants [Brody *et al.*, 2019; Handley et Bekelman, 2019; Leung *et al.*, 2016; Farfan-Portet *et al.*, 2015; Miani *et al.*, 2014; Crilly *et al.*, 2012].

2.2.2.4. Logistique et conditions météorologiques

En parallèle avec les besoins complexes de coordination des soins, l'implantation d'un service d'hospitalisation à domicile implique des défis de logistique associés au transport et à la distribution des ressources. Notamment, ce mode de prise en charge dépend d'intervenants disponibles physiquement et rapidement auprès du patient en cas d'urgence [Handley et Bekelman, 2019]. Une étude rapporte que des contraintes de temps, p. ex. dues au manque de personnel pendant les vacances, aux congés de maladie ou à une charge de travail élevée, peuvent mener à des comportements risqués de conduite sur la route de la part des infirmières en hospitalisation à domicile [Cœugnet *et al.*, 2016]. Cela devrait être pris en considération, notamment en saison hivernale où les conditions météorologiques au Québec rendent les déplacements difficiles. En Australie, un guide de pratique recommande de disposer d'un plan d'action en cas de conditions météorologiques extrêmes pour s'assurer que les patients en hospitalisation à domicile et les membres du personnel ne seront pas à risque [Queensland Department of Health, 2017]. Ce guide ne précise toutefois pas à quoi ce plan d'action devrait ressembler. Il est donc judicieux d'avoir une bonne planification des cycles de travail afin de prévoir le déroulement de la journée et d'avoir une marge de manœuvre pour s'adapter, par exemple, si une infirmière a un imprévu ou passe plus de temps avec un patient [Cœugnet *et al.*, 2016].

2.2.2.5. Barrières géographiques

Des barrières géographiques – p. ex. absence de programmes d'hospitalisation à domicile dans la région où habite le patient ou distance à parcourir entre le domicile du patient et le bureau – limitent l'accès à l'hospitalisation à domicile pour les patients en régions éloignées [Farfan-Portet *et al.*, 2015]. Des auteurs suggèrent d'envisager l'implantation d'un tel service dans les contextes urbains initialement étant donné la complexité logistique associée à l'offre de soins non centralisée [Handley et Bekelman, 2019]. D'autres proposent d'établir des partenariats avec des services ruraux et régionaux pour les patients qui résident à l'extérieur de la région servie par le service d'hospitalisation à domicile [Lim *et al.*, 2021]. Il pourrait également être envisageable d'assigner des équipes à différentes régions géographiques, de créer des extensions ou antennes (p. ex. dans les régions rurales) ou de sous-traiter les évaluations médicales aux médecins de famille ou aux organisations de soins infirmiers à domicile, à condition qu'ils aient les compétences et le niveau d'expérience requis [Farfan-Portet *et al.*, 2015]. L'intégration de la télémédecine et de la surveillance continue à distance pourrait toutefois augmenter la capacité de joindre plus de personnes [Summerfelt *et al.*, 2015].

2.2.2.6. Continuum de services

L'implantation d'hospitalisation à domicile doit prendre en considération le continuum de services accessibles à la clientèle ciblée par ce mode de prise en charge, car des ruptures dans ce continuum peuvent avoir des répercussions sur l'hospitalisation à domicile. Dans certains cas, on remarque que le manque de services communautaires spécialisés pour les patients qui ont subi un accident vasculaire mène à l'admission au

congé précoce avec soutien de patients qui ont plus d'incapacités ou de dépendances [Chouliara *et al.*, 2014]. D'autres auteurs notent un nombre excessif de patients en attente de soins post-aigus orientés vers l'hospitalisation à domicile [Montalto, 2010]. Il est donc important d'assurer un continuum de soins à domicile, y inclus des services de tous niveaux de complexité [Farfan-Portet *et al.*, 2015].

2.2.2.7. Financement des hôpitaux

Certains auteurs recommandent un système de paiement cohérent avec celui des hôpitaux (*activity-based payment*). Ce modèle présente toutefois certaines limites, comme le fait de ne pas couvrir suffisamment les frais de transport, les produits pharmaceutiques ou les appareils médicaux [Farfan-Portet *et al.*, 2015]. Le système de paiement doit en effet tenir compte du besoin de coordination entre les acteurs, des coûts de transfert et de la charge de travail, et il doit définir des mécanismes de paiement clairs pour les différents acteurs concernés. Il est important que la structure de financement soit cohérente avec les coûts du service ainsi qu'avec le financement des autres hôpitaux et services communautaires pour éviter qu'un milieu ne devienne plus attrayant qu'un autre [Farfan-Portet *et al.*, 2015].

2.2.2.8. Aspects juridiques et légaux

La faisabilité de l'implantation d'un service d'hospitalisation à domicile dépend aussi du cadre juridique et légal en vigueur dans le pays il est envisagé. En France, bien qu'ils aient des statuts variés, p. ex. publics, privés, à but lucratif ou non, rattachés à un établissement hospitalier ou autonomes, les établissements d'hospitalisation à domicile sont tous considérés comme des établissements de santé et doivent assumer les mêmes obligations et détenir les mêmes certifications en matière de sécurité et de qualité des soins prodigués aux patients que les établissements hospitaliers classiques [Cour des comptes, 2015]. Par contre, en Belgique, les initiatives d'hospitalisation à domicile ne sont pas regroupées sous la définition des activités d'un hôpital, puisque ces dernières sont définies au sens de la loi comme étant des activités intramurales [Farfan-Portet *et al.*, 2015]. Une étude réalisée aux États-Unis portant sur les obstacles et les éléments qui facilitent l'implantation de services d'hospitalisation à domicile rapporte d'ailleurs que les politiques et les règlements liés à l'ensemble des parties prenantes constituent une des principales barrières à l'implantation d'un tel service [Brody *et al.*, 2019]. Par exemple, certains règlements prévoient que seulement certains établissements peuvent offrir des services d'intraveineuses à des patients en externe ou que seulement les médecins d'urgence ont le droit de diriger des équipes paramédicales, ce qui limite la possibilité de rendre des services d'hospitalisation à domicile [Brody *et al.*, 2019]. Bien qu'il soit possible de faire changer ces lois, ces politiques et ces règlements, ces changements prennent généralement beaucoup de temps. L'implantation d'un service d'hospitalisation à domicile nécessite donc une importante réflexion sur le cadre réglementaire qui régit les hôpitaux ou autres établissements de santé, de même que sur le travail des professionnels qui exercent dans ces milieux [Farfan-Portet *et al.*, 2015].

2.2.2.9. Implantation initiale

Enfin, certains auteurs recommandent de disposer de l'infrastructure complète, y compris des protocoles et guides pratiques, avant de proposer un tel service aux patients et de commencer l'implantation lentement afin de pouvoir surveiller la qualité et la sécurité des soins [Brody *et al.*, 2019; Handley et Bekelman, 2019; Mas et Inzitari, 2015; Pericas *et al.*, 2013; Cryer *et al.*, 2012].

En bref

- Plusieurs enjeux d'ordre organisationnel doivent être pris en considération lors de l'implantation d'un service d'hospitalisation à domicile.
- Le recrutement du personnel peut être difficile si la pratique de l'hospitalisation à domicile n'est pas valorisée chez les professionnels de la santé, s'il n'y a pas d'incitatifs financiers attractifs ou si les modalités de facturation ne sont pas adaptées à l'hospitalisation à domicile.
- Le repérage de patients qui pourraient tirer profit de l'hospitalisation à domicile peut être limité par le manque d'expérience ou le manque de connaissances à ce sujet parmi les cliniciens. L'absence de protocole d'orientation est également un frein à cet égard.
- Une étroite collaboration et la coordination des différentes parties prenantes sont essentielles au bon fonctionnement d'un service d'hospitalisation à domicile. Cela implique de disposer de mécanismes de communication clairs et de définir les rôles et responsabilités de chaque membre de l'équipe et/ou des agences externes.
- Les défis logistiques sont importants, puisqu'il faut assurer la disponibilité des services à toute heure en cas d'urgence, et particulièrement en cas de conditions météorologiques difficiles.
- Les barrières géographiques sont également présentes. Des stratégies adaptées sont nécessaires pour les surmonter, à moins de restreindre la zone servie à une région à proximité d'un hôpital.
- Une rupture dans le continuum de services a des impacts sur le volume ou le type des patients orientés vers l'hospitalisation à domicile.
- Le financement de l'hospitalisation à domicile doit être cohérent avec celui des hôpitaux et des services communautaires.
- La faisabilité de l'implantation d'un service d'hospitalisation à domicile dépend aussi du cadre juridique et légal en vigueur dans le pays où elle est envisagée.
- Enfin, certains auteurs suggèrent d'attendre de disposer de l'infrastructure complète avant de proposer le service aux patients et de commencer l'implantation lentement pour pouvoir surveiller la qualité et la sécurité des soins.

2.2.3. Éléments additionnels liés au contexte de la pandémie de COVID-19

Face à la crise actuelle liée à la pandémie de COVID-19, le système de santé est appelé à trouver des solutions efficaces et sécuritaires pour traiter les patients de manière efficiente. L'hospitalisation à domicile a été proposée par certains auteurs comme solution à implanter rapidement dans le contexte de cette pandémie, puisqu'elle permettrait non seulement de libérer des lits hospitaliers, mais également de prévenir l'apparition de nouveaux cas, tant chez les patients que chez le personnel soignant [Arias-de la Torre *et al.*, 2020; Dickson, 2020]. D'ailleurs, un éditorial mentionne qu'en Italie la région de Veneto aurait mis un accent important sur le diagnostic, les soins et les services de santé à domicile et, de ce fait, observé de plus faibles taux de nouveaux cas et de mortalité comparativement à la région de la Lombardie qui n'a pas employé cette approche [Sood et Walker, 2020]. Au-delà des enjeux mentionnés jusqu'à présent, d'autres dimensions doivent être examinées dans le contexte de cette pandémie pour assurer la sécurité et la qualité des soins offerts en hospitalisation à domicile.

Au total, 10 documents (1 revue de la littérature, 3 guides/lignes directrices, 3 études primaires et 2 articles éditoriaux) qui abordent les enjeux liés aux soins à domicile dans un contexte de pandémie ont été recensés. La majorité de ces documents sont de faible à très faible qualité ou ne s'appuient pas sur des données probantes. Les enjeux abordés concernent les mesures de prévention des infections – mesures de protection du personnel soignant, matériel de protection, recours accru à la télémédecine –, la pénurie de personnel et le transfert des connaissances. Cependant, comme peu de documents font état d'enjeux spécifiques à l'hospitalisation à domicile en contexte de pandémie de COVID-19, l'information présentée ci-dessous est extrapolée de documents qui ont traité plus largement d'enjeux relatifs aux pandémies infectieuses ou d'articles qui ont analysé tous les types de soins à domicile en contexte de pandémie de COVID-19.

2.2.3.1. Mesures de protection du personnel soignant

Pour éviter de contaminer le patient ou de contracter la COVID-19, le personnel qui offre les soins à domicile doit respecter les mesures recommandées par la santé publique en matière de prévention et de contrôle de l'infection [CDC, 2020]. Celles-ci impliquent notamment le port de l'équipement de protection personnel, la distanciation physique et la réduction des procédures générant des aérosols. Certaines mesures ont également été mises en application pour limiter les visites du personnel soignant en provenance de l'hôpital auprès des patients non infectés vivant dans des résidences pour aînés en éclosion de COVID-19 [MSSS, 2021; MSSS, 2020b].

2.2.3.2. Disponibilité du matériel de protection

La disponibilité du matériel de protection (p. ex. masques, visières, gants) et le renouvellement des stocks malgré les risques de pénurie sont des préoccupations importantes à l'échelle du système de santé, et particulièrement dans le cadre des soins offerts à domicile en cas de pandémie infectieuse [Rebmann *et al.*, 2011]. Un sondage réalisé aux États-Unis auprès de 121 agences de soins à domicile pendant la pandémie de COVID-19 révèle que la majorité d'entre elles font face à (ou anticipent) un manque

d'équipement de protection individuelle [Shang *et al.*, 2020]. Par ailleurs, il est difficile de réutiliser ces équipements, puisque les procédures de réutilisation sécuritaire limitant la contamination lors des déplacements entre les domiciles ne sont pas clairement établies et que les prestataires de soins à domicile qui se déplacent à pied ou en voiture ne disposent pas toujours d'un endroit approprié pour enfiler, enlever et disposer de ces équipements de façon sécuritaire et en respectant les protocoles des fabricants [Keller *et al.*, 2020].

2.2.3.3. Recours à la télémédecine

Le recours à toute forme de télémédecine disponible (y inclus la téléconsultation et la télésurveillance) a été préconisé en contexte de pandémie de COVID-19 afin de réduire les risques de contamination du personnel de santé et des patients [Rodriguez-Pardo *et al.*, 2020]. Dans le cadre des services de santé offerts à domicile, ces outils peuvent être utilisés en intégrant, par exemple, des consultations ou de la surveillance continue des signes physiologiques à distance [Lwin *et al.*, 2020; Zuccotti *et al.*, 2020]. Devant l'augmentation de la clientèle traitée en hospitalisation à domicile en contexte de pandémie et en raison des limites du nombre d'appareils de télésurveillance disponibles [Dickson, 2020], des auteurs ont noté l'importance d'évaluer au cas par cas la pertinence de ce type d'équipement et de définir des balises claires pour son utilisation – p. ex. type de patient, règles d'attribution en fonction des besoins en cas d'insuffisance du nombre d'appareils [Rodriguez-Pardo *et al.*, 2020]. Les travaux de l'INESSS publiés récemment recommandent toutefois que la téléconsultation soit considérée comme une prestation de soins supplémentaire ou complémentaire, sans en être l'unique modalité [INESSS, 2021].

2.2.3.4. Pénurie de personnel

La pénurie de personnel est un enjeu majeur dont on doit tenir compte avant le déploiement d'un service d'hospitalisation à domicile en temps de pandémie. La transmission accrue de la COVID-19, jumelée à un besoin croissant de libérer plus de lits dans les hôpitaux pour les cas lourds, peut mener à une augmentation du volume de patients à traiter à domicile [Rodriguez-Pardo *et al.*, 2020]. En parallèle, on observe la réduction des effectifs du personnel de santé en hospitalisation à domicile qui doit être retiré en cas d'infection à la COVID-19 ou en raison du surmenage lié à la surcharge de travail [Arias-de la Torre *et al.*, 2020; HITH Society Australasia Ltd., 2020]. Cette pénurie entraîne le risque de fermeture des services externalisés en hospitalisation à domicile en raison de l'incapacité de fournir les soins nécessaires aux patients [HITH Society Australasia Ltd., 2020]. Bien que le risque de pénurie touche l'ensemble du système de santé, les services d'hospitalisation à domicile peuvent s'en trouver particulièrement affectés, notamment en cas de réaffectation du personnel vers les unités hospitalières qui traitent les patients atteints de la COVID-19 [Pericas *et al.*, 2021].

2.2.3.5. Transfert de connaissances

Comme mentionné plus haut, des mécanismes de communication efficaces sont essentiels au bon fonctionnement d'un service d'hospitalisation à domicile. Le transfert de connaissances s'avère crucial étant donné que l'information sur la prévention et le traitement de la COVID-19, provenant de la communauté scientifique ou détenue par le personnel soignant, les usagers ou leur famille, est en constante évolution. Selon le développement des connaissances scientifiques, il faut notamment penser à former les équipes soignantes en continu et enseigner aux patients et à leur famille l'utilisation du matériel de protection, du matériel de soins et l'assainissement des lieux, tout en s'assurant d'utiliser des outils de transfert de connaissances qui sont adaptés à leurs besoins [Rebmann *et al.*, 2011].

En bref

Le contexte de COVID-19 impose des enjeux additionnels à la mise en place d'un service d'hospitalisation à domicile. Ceux-ci concernent :

- La mise en application de mesures de protection du personnel soignant comme recommandé par la santé publique;
- La disponibilité et la réutilisation des équipements de protection individuelle;
- Le recours accru aux modalités de consultation et surveillance à distance, en complément à la prestation de soins à domicile;
- Le risque de fermeture des services d'hospitalisation à domicile lié à la pénurie de personnel, notamment en cas de réaffectation du personnel vers les milieux hospitaliers traitant les patients atteints de la COVID-19;
- Le transfert de connaissances relatives à la prévention et à la prise en charge de la COVID-19, qui doit être continu et approprié.

2.3. Prise en charge de patients atteints de la COVID-19 en hospitalisation à domicile

Cette section présente de l'information recensée sur la prise en charge en hospitalisation à domicile de patients atteints de la COVID-19 et sur les enjeux qui y sont liés.

Les renseignements de cette section proviennent de quatre études primaires, d'une ligne directrice des Centers for Disease Control and Prevention (CDC), d'une déclaration de position de consensus de l'Hospital-in-the-Home Society Australasia ainsi que de quelques commentaires publiés dans la littérature universitaire.

2.3.1. Résultats cliniques

Comme la COVID-19 a une présentation clinique qui s'apparente à celle de certaines exacerbations aiguës de maladies respiratoires chroniques traitées en hospitalisation à domicile, les auteurs d'un commentaire soutiennent qu'il pourrait être envisageable que les patients atteints de la COVID-19 soient également hospitalisés à domicile [Arias-de la Torre *et al.*, 2020]. Aucune revue systématique n'a été recensée à ce sujet, mais trois études rapportent des résultats de ce mode de prise en charge chez les patients atteints de la COVID-19 pendant la première vague de la pandémie.

La première étude a été réalisée à New York et rapporte les résultats de 24 patients atteints de la COVID-19 qui ont eu recours à l'hospitalisation à domicile pour compléter une hospitalisation qui avait commencé de façon conventionnelle (congé précoce) [Heller *et al.*, 2020]. En plus des critères d'admission pour ce type d'hospitalisation, les patients devaient répondre aux critères suivants : plus de 8 jours depuis le début des symptômes, pas de fièvre au cours des 48 dernières heures et amélioration des résultats aux tests sérologiques. La durée médiane en hospitalisation à domicile était de trois jours et un décès a été constaté. Les auteurs de cette étude mentionnent que les principales barrières rencontrées ont été la disponibilité des infirmières et celle des suppléments d'oxygène.

La deuxième étude a été réalisée à Alicante (Espagne) au cours de la première vague de la COVID-19 [Llorens *et al.*, 2021]. Au total, 109 patients atteints de la COVID-19 avec pneumonie légère ont bénéficié d'un service d'hospitalisation à domicile. Ce service admettait les patients directement en provenance de l'urgence (hospitalisation à domicile sous forme d'évitement de l'admission). En moyenne, la durée de cette hospitalisation était de huit jours. Environ 19 % des patients ainsi traités ont dû retourner à l'urgence au cours des 6 jours suivant la visite initiale à l'urgence et 6 % ont dû être réadmis à l'hôpital pendant leur hospitalisation à domicile en raison d'une détérioration clinique. Toutefois, aucun d'entre eux n'a eu besoin de soins intensifs ni de ventilation mécanique. Selon les auteurs, ce service aurait le potentiel de diminuer de 77 % les coûts médicaux par patient et il aurait permis d'éviter 789 jours d'hospitalisation conventionnelle.

La troisième étude rapporte les résultats d'un service d'hospitalisation à domicile à Barcelone (Espagne) concernant 63 patients atteints de la COVID-19, mais dont l'état n'était pas jugé sévère ou dont la phase aiguë avait été préalablement traitée à l'hôpital [Pericas *et al.*, 2021]. Cet échantillon représente 4,8 % des patients qui se sont présentés à l'urgence et qui ont reçu un diagnostic de COVID-19 pendant la période de l'étude. Les patients ont été sélectionnés en fonction de critères propres à l'hospitalisation à domicile et de critères liés au degré de sévérité de la COVID-19, soit plus de 6 jours depuis le début des symptômes, pas de fièvre au cours des 24 dernières heures, stabilité clinique ou état clinique qui s'améliore. Le domicile des patients devait également permettre de les isoler des autres occupants. La durée de l'hospitalisation de ces patients a été de sept jours (médiane), dont un jour d'hospitalisation conventionnelle suivi de six jours en hospitalisation à domicile. Il n'y a eu aucun décès ni aucune réadmission à l'hôpital, et ce, même si, pour la majorité, cette hospitalisation a débuté au moment où les patients présentaient encore un risque de complications.

Malgré le décès rapporté par l'étude de Heller [2020], les résultats de ces études suggèrent que des patients atteints de la COVID-19, dont la condition n'est pas jugée sévère, peuvent être efficacement et sécuritairement hospitalisés à domicile dès le début de l'hospitalisation (admission évitée) ou après un court séjour à l'hôpital (congé précoce). Il est toutefois important de souligner qu'il s'agit de résultats basés sur un faible niveau de preuve, sur des études principalement descriptives avec faible échantillon. Alors que deux services évalués étaient déjà établis et possédaient l'infrastructure et l'expertise permettant d'utiliser l'hospitalisation à domicile pour les patients atteints de la COVID-19 [Heller *et al.*, 2020; Pericas *et al.*, 2013], l'autre a été développé spécifiquement pour répondre à la crise sanitaire et il rapporte des résultats comparables [Llorens *et al.*, 2021].

2.3.2. Critères d'admissibilité spécifiques à la COVID-19

Comme peu d'études rapportent des résultats de l'hospitalisation à domicile chez les patients atteints de la COVID-19, il est difficile de définir les critères cliniques d'admissibilité dans ce contexte. À ce sujet, un consensus d'experts australasien [Bryant *et al.*, 2020] propose comme critères que le patient ait besoin d'une évaluation ou d'une prise en charge continue et qu'il présente un degré de sévérité modéré de la maladie, p. ex. effort respiratoire sans besoin d'oxygène, pneumonie bactérienne secondaire modérée nécessitant des antibiotiques par intraveineuse. En plus de l'isolement au domicile des patients [Nogués *et al.*, 2021], des modifications spécifiques à la COVID-19 par rapport aux critères habituels d'admissibilité en hospitalisation à domicile peuvent être envisagées comme la tolérance aux fièvres et/ou une légère hypoxie. D'autres auteurs proposent, par exemple, d'utiliser des tests de la fonction pulmonaire (p. ex. test de marche sur 50 mètres) pour sélectionner les patients [Llorens *et al.*, 2021; Nattino et Paglia, 2021]. Bryant et ses collaborateurs [2020] proposent aussi des critères de transfert vers l'hôpital pour les patients atteints de la COVID-19 et dont l'état se détériore : aggravation de l'état respiratoire ou saturation en oxygène < 92 %, mauvais débit urinaire ou autres problèmes cliniques. Cependant, compte tenu de la documentation disponible, davantage d'études seront nécessaires pour déterminer les critères d'admissibilité des patients atteints de la COVID-19 et analyser la faisabilité de leur prise en charge en hospitalisation à domicile.

2.3.3. Enjeux liés à la prise en charge de patients atteints de la COVID-19 en hospitalisation à domicile

Les enjeux recensés en lien avec la prise en charge à domicile de patients atteints de la COVID-19 concernent l'organisation de soins en cohortes, la sécurité des patients et de leur famille ainsi que la réalisation de procédures générant des aérosols. Ils sont principalement extrapolés à partir d'enjeux applicables plus largement aux soins à domicile pour cette clientèle.

2.3.3.1. Cohorte pour les patients infectés par la COVID-19

Tout comme cela se fait dans les hôpitaux, l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) en Belgique suggère de faire traiter les patients qui reçoivent des soins à domicile par des équipes de soins organisées en cohortes, en séparant les patients infectés des patients non infectés par la COVID-19 [INAMI, 2020b]. Dans le cadre des soins en cohortes, une équipe permanente de personnel soignant est responsable des soins à domicile des patients infectés par la COVID-19 durant leur période de contagiosité, tout en évitant de rendre visite aux patients non infectés [INAMI, 2020b]. En séparant ces dispensateurs de soins et les patients concernés, on assure la continuité des soins tout en évitant la contamination croisée avec les patients non infectés et les autres dispensateurs de soins [INAMI, 2020b]. Des honoraires et un remboursement plus important sont offerts au personnel infirmier pour les visites à domicile auprès de patients touchés par le virus afin de couvrir les frais complémentaires de protection [INAMI, 2020a].

2.3.3.2. Mesures de protection des patients et de leur famille

En plus des mesures de prévention et de contrôle des infections recommandées par la santé publique, il est important de s'assurer que l'environnement où aura lieu l'hospitalisation à domicile est sécuritaire pour le patient atteint de la COVID-19 et ses proches. Dans leurs recommandations sur l'offre de soins à domicile en contexte de pandémie de COVID-19, les Centers for Disease Control and Prevention préconisent qu'un professionnel de la santé évalue si le milieu résidentiel d'un patient atteint de la COVID-19 est approprié pour recevoir des soins à domicile, en tenant compte notamment de l'accès à une chambre séparée pour éviter de partager l'espace immédiat avec d'autres occupants, de l'accès à du matériel de protection et de désinfection pour les membres de la famille et de la présence d'autres occupants à risque de complications en cas de contamination, p. ex. patients âgés, atteints de diabète, d'une maladie cardiorespiratoire, etc. [CDC, 2020; Sinclair *et al.*, 2020]. Par ailleurs, le patient et sa famille doivent être capables d'adhérer aux précautions recommandées dans le cadre des soins à domicile ou de l'isolement – p. ex. hygiène respiratoire, désinfection des lieux, hygiène des mains, ne pas partager d'articles personnels [Millar *et al.*, 2021; Nogués *et al.*, 2021; CDC, 2020]. Toutefois, prendre soin d'un proche malade tout en respectant l'ensemble de ces précautions peut être difficile, particulièrement dans le cas d'aînés qui vivent dans de petits appartements ou dans des logements surpeuplés [Keller *et al.*, 2020]. L'hospitalisation conventionnelle reste la norme de soins si le domicile n'est pas approprié pour la prestation des soins.

2.3.3.3. Procédures générant des aérosols

Reconnaissant le besoin de réduire l'utilisation des procédures qui génèrent des aérosols non nécessaires en contexte de pandémie de COVID-19, les auteurs d'un commentaire publié dans *The Lancet* en juin 2020 [Ari, 2020] soutiennent qu'il est possible d'utiliser efficacement et sécuritairement des médicaments en aérosol à domicile pour le traitement de patients atteints de la COVID-19, mais ce, en respectant certaines

conditions. Par exemple, ils suggèrent de privilégier un inhalateur plutôt qu'un nébuliseur, de recourir à un embout buccal plutôt qu'à un masque, de réaliser la procédure dans un endroit où la circulation de l'air est isolée du reste de la maison (p. ex. patio, garage) ainsi que de bien préparer et nettoyer l'appareil utilisé pour réduire la dispersion et le risque de transmission.

En bref

Les résultats de trois études laissent supposer que des patients atteints de la COVID-19 dont la condition n'est pas jugée sévère peuvent être efficacement et sécuritairement hospitalisés à domicile, pour l'entièreté de leur hospitalisation ou à la suite d'un court séjour à l'hôpital. Toutefois, cela s'appuie sur un faible niveau de preuve.

Cette prise en charge pose tout de même certains enjeux organisationnels (organisation des soins en cohortes), des enjeux de sécurité pour les proches qui habitent sous le même toit et des enjeux cliniques liés à la restriction des procédures générant des aérosols, sous certaines conditions.

DISCUSSION : L'HOSPITALISATION À DOMICILE DANS LE SYSTÈME DE SANTÉ QUÉBÉCOIS?

Cet état des connaissances a permis de recenser les données probantes disponibles concernant l'efficacité, la sécurité et l'efficience de l'hospitalisation à domicile et sa pertinence pour différentes clientèles. Il décrit également les divers modèles existants d'organisation de l'hospitalisation à domicile et met en lumière les principaux enjeux dont il faudrait tenir compte pour l'implantation d'un tel service de façon générale et dans le contexte de la pandémie liée à la COVID-19. Les prochains paragraphes exposent les principaux constats et proposent des pistes d'analyses complémentaires pour orienter la réflexion sur l'établissement éventuel d'un service d'hospitalisation à domicile au Québec.

Qualité des soins en hospitalisation à domicile

Les revues systématiques recensées montrent que l'hospitalisation à domicile est une option sécuritaire par rapport à l'hospitalisation conventionnelle, car elle donne des résultats qui sont au moins équivalents en termes de réadmissions, d'utilisation des services et de mortalité, et ce, sans augmentation du nombre des complications ou des événements indésirables. Ce constat semble généralisable à plusieurs clientèles qui ont besoin d'une hospitalisation, à condition que les patients aient été sélectionnés convenablement et qu'ils répondent à des critères additionnels qui permettent la prestation sécuritaire de soins à domicile. Comme les critères d'admissibilité réduisent le volume des patients admissibles à l'hospitalisation à domicile, il pourrait être judicieux de faire une évaluation préalable du volume de patients qui pourraient réellement en tirer profit. Cela permettrait de déterminer si la demande est suffisante pour justifier la création d'un tel service et, le cas échéant, de tenir compte de ce volume de patients pour délimiter des régions dans lesquelles ce mode d'hospitalisation serait offert.

D'un point de vue économique, l'hospitalisation à domicile semble avantageuse, puisqu'elle est souvent associée à une réduction des coûts du séjour hospitalier par rapport à l'hospitalisation conventionnelle. Le potentiel de généralisation de ce constat est toutefois limité en raison de l'hétérogénéité des études et des systèmes de santé examinés. Une analyse économique ciblée pourrait aider à mieux évaluer les gains réels dans le contexte du système de santé québécois si l'hospitalisation à domicile devenait une option envisagée au Québec.

Perspective des patients, proches aidants et professionnels de la santé

Les résultats de cet état des connaissances révèlent que l'hospitalisation à domicile semble bien appréciée par les patients, mais peu d'études ont examiné la perspective des proches aidants dans un tel contexte, malgré leur rôle important et les répercussions que ce changement pourrait avoir sur leur bien-être. En effet, l'hospitalisation à domicile nécessite la présence d'un proche aidant qui collabore étroitement avec l'équipe de soins pour l'administration de soins de base. Cette situation comporte des risques de

surmenage physique ou émotionnel [Brühlhart *et al.*, 2013] et, en cas de maladie infectieuse, un risque de contagion. Pour que la collaboration soit efficace, que le proche aidant comprenne bien les implications de son rôle et pour faciliter le recours à ce type d'hospitalisation, il est essentiel que ce service soit accompagné d'un soutien adéquat pour le proche aidant [Commission des affaires sociales, 2016]. Certains auteurs estiment d'ailleurs que l'éducation ou le counseling aux patients et aux proches aidants est une composante importante de ce service [Elliott *et al.*, 2020; Queensland Department of Health, 2017; Echevarria *et al.*, 2016; McCurdy, 2012]. Une analyse approfondie de la perspective des proches aidants pourrait être utile pour comprendre les réelles retombées de l'hospitalisation à domicile sur leur bien-être et définir les besoins de soutien les plus importants. Par ailleurs, en plus des impacts individuels pour les proches aidants, les impacts sociétaux – p. ex. perte de productivité en raison du temps et de l'énergie consacrés à l'administration de soins à un proche – ne sont pas négligeables [Reinhard *et al.*, 2015] et s'ajoutent à réflexion autour des enjeux liés à l'implantation de services d'hospitalisation à domicile.

Il est également étonnant de constater que peu d'études ont examiné la perspective des membres de l'équipe soignante et les effets de l'hospitalisation à domicile sur leur charge de travail. La littérature révèle cependant que le manque de valorisation de cette forme de prestation chez les professionnels de la santé et l'absence d'incitatif financier limitent le recrutement de personnel [Leung *et al.*, 2016; Farfan-Portet *et al.*, 2015]. Comme le déplacement de l'offre de soins vers le domicile du patient élimine le problème d'espace physique dans les hôpitaux, le recrutement et la disponibilité du personnel deviennent les facteurs les plus importants pour l'implantation d'un service d'hospitalisation à domicile, d'autant plus que le personnel doit avoir l'expérience et être formé pour offrir des soins aigus ou spécialisés dans ces conditions [Farfan-Portet *et al.*, 2015]. Il serait donc important d'évaluer la possibilité de recourir à du personnel qualifié en quantité suffisante. Un examen approfondi de l'acceptabilité perçue des professionnels de la santé par rapport aux services d'hospitalisation à domicile pourrait également être utile pour planifier le recrutement et déterminer des façons de rendre cette option attrayante.

Organisation des services d'hospitalisation à domicile

En ce qui concerne le volet organisationnel, l'examen de la littérature révèle l'absence d'approche standardisée des modèles d'organisation des soins en hospitalisation à domicile. Certaines tendances sont toutefois observables. Par exemple, de tels services sont généralement rattachés à un hôpital plutôt qu'offerts par des médecins de famille, ce qui permet d'accéder à du personnel et à de l'équipement spécialisés.

Ils comprennent des visites quotidiennes par une infirmière soutenue par un médecin et, dans la plupart des cas, par une équipe multidisciplinaire. Bien que les données soient limitées pour savoir si un modèle d'hospitalisation à domicile est supérieur à un autre, il est reconnu qu'une étroite collaboration, une bonne coordination et des mécanismes de communication clairs entre les différentes parties prenantes sont essentiels au bon fonctionnement de ce service [Brody *et al.*, 2019; Farfan-Portet *et al.*, 2015; Crilly *et al.*, 2012]. L'évaluation des ressources informationnelles et communicationnelles disponibles serait donc importante avant d'entreprendre la mise en place d'un service

d'hospitalisation à domicile. En fonction des ressources disponibles, il serait également judicieux de réfléchir au modèle d'organisation et d'équipe soignante qui seraient appropriés à ce mode de prise en charge des patients, qui pourraient le mieux s'intégrer au système de santé du Québec tout en assurant la continuité des services. Cela demandera notamment une bonne collaboration/participation des milieux hospitaliers, des centres de réadaptation et des services de soins à domicile. L'intégration d'un tel service au Québec pourrait d'ailleurs s'appuyer au départ sur certaines structures existantes telles que les services de soins à domicile offerts par les centres locaux de services communautaires (CLSC) ou les soins offerts dans les résidences pour personnes âgées et les ressources intermédiaires. Ces dernières présentent déjà un avantage de ce point de vue, puisque le gîte et le couvert avec surveillance de personnel préposé ou infirmier est déjà organisé. Une réflexion sur le rôle des infirmières praticiennes spécialisées serait d'ailleurs importante dans le développement et l'implantation de l'hospitalisation à domicile en vue d'augmenter l'accès aux soins des patients et la prise en charge des soins aigus dans ce contexte.

La littérature révèle divers enjeux logistiques liés à l'établissement d'un service d'hospitalisation à domicile, puisque l'on vise à assurer la disponibilité des services à toute heure en cas d'urgence, et y compris lorsque les conditions météorologiques sont difficiles ou en cas de barrières géographiques. Certaines solutions sont proposées pour surmonter ces barrières, comme restreindre la zone servie à une région à proximité d'un hôpital, établir des partenariats avec des services régionaux ou intégrer la télémédecine et la télésurveillance continue [Lim *et al.*, 2021; Farfan-Portet *et al.*, 2015; Summerfelt *et al.*, 2015]. Il sera particulièrement important de tenir compte de cet aspect pour le Québec afin éviter les ruptures de services, notamment en saison hivernale où les conditions météorologiques peuvent rendre les déplacements plus difficiles.

À noter qu'une revue systématique du groupe Cochrane au sujet des facteurs qui influent sur l'implantation de services d'hospitalisation à domicile [Gearon *et al.*, 2021] est en cours. Elle pourrait compléter l'information recensée ici et soutenir davantage la réflexion à ce sujet.

Solution en contexte de pandémie

Dans le cadre de la pandémie liée à la COVID-19, l'implantation de mesures de protection du personnel soignant et des patients traités en hospitalisation à domicile, la disponibilité du matériel de protection personnel (p. ex. gants, masques) et le recours accru aux outils de télémédecine s'ajoutent aux enjeux mentionnés précédemment. De plus, la pénurie accrue de personnel attendue en contexte de pandémie pose le risque de fermeture de services d'hospitalisation à domicile, notamment lors de la réaffectation du personnel vers les unités de soins consacrées au traitement de patients atteints de la COVID-19.

L'hospitalisation à domicile a été proposée par différents auteurs comme solution à appliquer rapidement pour faire face à la pandémie liée à la COVID-19 [Arias-de la Torre *et al.*, 2020; Dickson, 2020]. Une telle initiative a d'ailleurs débuté récemment en Colombie-Britannique dans le cadre du plan de préparation pour gérer la pandémie

[Harnett, 2020; Island Health, 2020]. Selon les responsables de cette initiative, entre 5 et 10 % des patients admis à l'hôpital dans la région du Grand Victoria y seraient admissibles et l'initiative devrait s'étendre à toute la province en 2021. Quelques études recensées semblent également soutenir la possibilité de traiter les patients atteints de la COVID-19 en hospitalisation à domicile s'ils présentent un degré de sévérité modéré de la maladie, et dans la mesure où leur environnement physique et social permet le respect des mesures de prévention et de contrôle de l'infection recommandées par la santé publique.

Solution durable pour le système de santé

Au-delà de la gestion de crise, cette situation est l'occasion de développer des solutions durables pour le système de santé. En effet, l'implantation d'un service d'hospitalisation à domicile au Québec pourrait avoir le potentiel d'augmenter la capacité des hôpitaux et soulager l'engorgement à long terme. Elle pourrait répondre à plusieurs enjeux déjà existants dans le système de santé, comme le besoin d'offrir des soins de qualité à une population de plus en plus vieillissante, prise avec une polymédication et des comorbidités importantes et qui plaide pour le maintien dans son milieu de vie. Cela pourrait aussi éviter une dégradation accélérée de la santé du patient et favoriser la gestion avec de plus en plus d'acuité dans un contexte d'austérité économique, de manque de lits et de pénurie de ressources humaines. L'implantation de services d'hospitalisation à domicile permettrait aussi de s'éloigner d'un modèle hospitalocentrique et ainsi de rendre les soins de santé plus accessibles dans la communauté. Un rapport publié en 2015 par le Centre fédéral d'expertise des soins de santé décrit la démarche employée pour déterminer si et comment l'hospitalisation à domicile pourrait être implantée en Belgique [Farfan-Portet *et al.*, 2015]. Cette démarche comprend, entre autres, des entrevues et des ateliers réalisés auprès de différentes parties prenantes comme les décideurs, le personnel hospitalier, les médecins de famille, le personnel engagé dans les soins à domicile et les patients. Une démarche similaire pourrait être envisagée pour faire avancer la réflexion sur la mise en œuvre éventuelle d'un service d'hospitalisation à domicile au Québec.

L'implantation de ce service au Québec nécessitera certainement une importante réflexion sur le cadre réglementaire qui régit les hôpitaux ou autres établissements de santé, de même que sur le travail des différents professionnels qui exercent dans ces milieux. Par exemple, il serait important de déterminer si l'hospitalisation à domicile s'articulerait autour de la régulation des hôpitaux, des autres établissements de santé ou des deux, de définir la notion de patients « hospitalisés à domicile » et de déterminer quelles interventions seraient autorisées ou quelles clientèles devraient être exclusivement traitées à l'hôpital plutôt qu'à domicile. Au Québec, le concept de « lits au permis » applicable aux hôpitaux implique que, si un établissement veut offrir dix lits d'hospitalisation à domicile, il lui faut retirer dix lits dans son établissement, car il ne peut dépasser le nombre des lits autorisés par son permis. De plus, les patients « admis » dans un hôpital au Québec sont généralement considérés comme une catégorie de patients différente des patients soignés à domicile qui sont « inscrits » à la consultation externe ou au CLSC. Cela peut sembler contradictoire avec la définition de

l'hospitalisation à domicile employée dans cet état des connaissances, puisqu'elle inclut ces deux types de clientèle. Ainsi, bien que cela dépasse le cadre du présent mandat, une analyse du contexte légal et juridique permettrait de mettre en lumière les défis et possibilités pour établir un service l'hospitalisation à domicile au Québec.

Initiatives inspirantes au Québec

Selon le cadre juridique qui serait attribué à l'hospitalisation à domicile, il serait possible de développer ce service plus ou moins rapidement. D'ailleurs, quelques initiatives québécoises ou développées sous forme de projets pilotes pourraient correspondre à la définition de ce mode de prise en charge employée dans le cadre de cet état des connaissances sans nécessairement en porter le nom. À titre d'exemple, il y a notamment le projet de soins intensifs à domicile (SIAD) et de soins à domicile (SAD) aigus de l'équipe du CLSC de Verdun [Dechêne, 2019; Dechêne, 2017; Foy et Gaillardertz, 2017; Gaillardertz et Aylwin, 2017] et le projet pilote Clinique des aînés à Québec, au CIUSSS de la Capitale-Nationale [2019]. De plus, plusieurs CLSC offrent des services de soins intensifiés qui s'apparentent aussi à de l'hospitalisation à domicile. Ces services semblent davantage avoir été développés pour les populations vulnérables en vue de diminuer l'utilisation des services hospitaliers chez les grands consommateurs de soins, et particulièrement dans le cadre des soins palliatifs [Dechêne, 2019; Foy et Gaillardertz, 2017; Kiyanda *et al.*, 2015]. Le projet de l'équipe du CLSC de Verdun cible les patients âgés atteints de conditions chroniques avancées en lourde perte d'autonomie ou en fin de vie. En plus de satisfaire la clientèle et les professionnels qui orientent les patients vers ces services, ce projet montre des résultats prometteurs, soit au moins 236 visites à l'urgence et 144 hospitalisations évitées, représentant une économie globale minimale de 613 607 \$ selon les responsables du programme [Foy et Gaillardertz, 2017]. Le projet pilote Clinique des aînés, quant à lui, consiste à établir une clinique pour faire le suivi de patient en externe, une unité d'hospitalisation consacrée aux aînés et une clinique mobile à domicile. Il vise à mieux répondre aux besoins des aînés et à diminuer le nombre de leurs visites à l'urgence ainsi que la durée de leur hospitalisation [CIUSSS de la Capitale-Nationale, 2019]. Le volet de clinique mobile s'apparente à l'hospitalisation à domicile, puisqu'il s'agit d'une « structure de soins hospitalière qui se déplace à domicile pour éviter les hospitalisations ou du moins les raccourcir » [Fleury, 2019].

Bien que les soins palliatifs à domicile aient été exclus de la présente revue de littérature, les initiatives québécoises indiquées ci-dessus offrent un point de départ pour réfléchir aux aspects organisationnels, logistiques et juridiques de l'implantation de services d'hospitalisation à domicile, puisqu'elles sont déjà intégrées dans la pratique. De plus, les clientèles ciblées par ces initiatives (clientèle gériatrique ou en soins palliatifs) portent à réfléchir au besoin de développer des services qui leur sont adaptés et qui sont adapté au type de domicile où on les trouve en proportion importante (p. ex. CHSLD, résidences pour aînés). Ainsi, on pourrait penser que des cas plus lourds pourraient être acceptés en hospitalisation à domicile dans ces milieux d'hébergement collectif plutôt que dans un domicile individuel étant donné la présence du personnel médical en continu déjà sur place.

Limites des études et de la démarche

Plusieurs revues jugent faible la qualité des études examinées ou mentionnent avoir un faible niveau de confiance dans les résultats obtenus. Par ailleurs, certaines ne font pas de distinction entre les services d'hospitalisation à domicile de type « admission évitée » et ceux de type « congé précoce avec soutien », ce qui limite la spécificité des résultats. L'analyse de la littérature fait également ressortir la grande hétérogénéité de ces modèles de prise en charge des patients et l'absence d'approche standardisée [Varney *et al.*, 2014]. Cette variété est sans doute un reflet de l'organisation des soins dans les différents pays [Mas et Inzitari, 2015].

La démarche suivie pour réaliser l'état des connaissances comporte aussi quelques limites. Premièrement, bien qu'une stratégie assez exhaustive ait été appliquée pour repérer les publications de la littérature scientifique et de la littérature grise, il se peut que certaines revues aient échappé à l'exercice. Des revues pourraient avoir été incluses ou exclues à tort étant donné que la distinction entre les services d'hospitalisation à domicile et les autres types de soutien à domicile ou de soins transitionnels est sujette à interprétation. Deuxièmement, cet état des connaissances repose sur une analyse secondaire compte tenu de la nature des documents sélectionnés, soit les revues et les guides de pratique. Les résultats d'études primaires récentes n'ont donc pas été intégrés pour l'analyse du volet sur la qualité des soins. De plus, les données sur les patients atteints de la COVID-19 traités en hospitalisation à domicile sont parcellaires à ce stade-ci. Finalement, les résultats ne sont pas généralisables à certaines clientèles (p. ex. pédiatrique, obstétrique, psychiatrique) ou à certains types de soins (p. ex. soins palliatifs), puisqu'ils ont été exclus de cet état des connaissances.

CONCLUSION

Cet état des connaissances a permis de recenser les données probantes disponibles sur l'efficacité, la sécurité et l'efficience de l'hospitalisation à domicile et sa pertinence pour différentes clientèles. Il décrit également les divers modèles d'organisation existants de ce mode de prise en charge des patients et met en lumière les principaux enjeux dont il faudrait tenir compte pour l'implantation d'un tel service de façon générale et dans le contexte de la pandémie liée à la COVID-19.

Les services d'hospitalisation à domicile paraissent sécuritaires et appréciés par les patients, mais leur mise en place semble présenter un certain nombre de défis organisationnels. Dans le but d'orienter la réflexion sur une éventuelle mise en œuvre d'un tel service au Québec, des analyses complémentaires pourraient être réalisées. Elles permettraient notamment d'évaluer le volume de patients potentiellement admissibles et la disponibilité du personnel qualifié, de s'assurer de l'acceptabilité de ce type d'hospitalisation par différentes parties prenantes, y compris les proches aidants et le personnel de soins, de déterminer le modèle d'organisation des soins le plus approprié dans ces circonstances pour assurer la continuité des services en tenant compte des réalités géographiques et météorologiques du Québec, de s'assurer de l'efficacité des systèmes de coordination et de communication pour mettre ce modèle en place, puis d'évaluer son impact potentiel sur les coûts d'hospitalisation dans le contexte québécois. De plus, une réflexion sur le cadre réglementaire qui serait attribué à l'hospitalisation à domicile s'avère essentielle, car elle déterminerait la structure et le développement de ce service.

Enfin, même si l'hospitalisation à domicile a été proposée comme solution à appliquer rapidement pour faire face à la pandémie liée à la COVID-19, cette situation s'avère l'occasion de développer des solutions novatrices et durables pour le système de santé. L'implantation d'un tel service au Québec mérite réflexion étant donné son potentiel d'augmenter la capacité des hôpitaux et de soulager l'engorgement à long terme tout en répondant à différents enjeux présents dans le système de santé.

RÉFÉRENCES

- Ari A. Use of aerosolised medications at home for COVID-19. *Lancet Respir Med* 2020;8(8):754-6.
- Arias-de la Torre J, Alonso J, Martin V, Valderas JM. Hospital-at-Home as an alternative to release the overload of healthcare systems during the Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2) pandemic. *J Am Med Dir Assoc* 2020;21(7):990-1.
- Arsenault-Lapierre G, Henein M, Gaid D, Le Berre M, Gore G, Vedel I. Hospital-at-home interventions vs in-hospital stay for patients with chronic disease who present to the emergency department: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Netw Open* 2021;4(6):e2111568.
- Balaguer A et Gonzalez de Dios J. Home versus hospital intravenous antibiotic therapy for cystic fibrosis. *Cochrane Database Syst Rev* 2015;2015(12):CD001917.
- British Thoracic Society (BTS). Intermediate care—Hospital-at-Home in chronic obstructive pulmonary disease: British Thoracic Society guideline. *Thorax* 2007;62(3):200-10.
- Brody AA, Arbaje AI, DeCherrie LV, Federman AD, Leff B, Siu AL. Starting up a hospital at home program: Facilitators and barriers to implementation. *J Am Geriatr Soc* 2019;67(3):588-95.
- Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, Burgers JS, Cluzeau F, Feder G, et al. The Global Rating Scale complements the AGREE II in advancing the quality of practice guidelines. *J Clin Epidemiol* 2012;65(5):526-34.
- Brühlhart D, Brügger S, Sottas B. Les proches aidants ont aussi besoin d'aide. *Revue internationale de soins palliatifs* 2013;28(3):193-6.
- Bryant PA, Rogers BA, Cowan R, Bowen AC, Pollard J. Planning and clinical role of acute medical home care services for COVID-19: Consensus position statement by the Hospital-in-the-Home Society Australasia. *Intern Med J* 2020;50(10):1267-71.
- Caminiti C, Meschi T, Braglia L, Diodati F, Iezzi E, Marcomini B, et al. Reducing unnecessary hospital days to improve quality of care through physician accountability: A cluster randomised trial. *BMC Health Serv Res* 2013;13:14.
- Caplan GA, Sulaiman NS, Mangin DA, Aimonino Ricauda N, Wilson AD, Barclay L. A meta-analysis of "hospital in the home". *Med J Aust* 2012;197(9):512-9.
- Casteli CP, Mbemba GI, Dumont S, Dallaire C, Juneau L, Martin E, et al. Indicators of home-based hospitalization model and strategies for its implementation: A systematic review of reviews. *Syst Rev* 2020;9(1):172.

- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Interim guidance for implementing home care of people not requiring hospitalization for coronavirus disease 2019 (COVID-19) [site Web]. Atlanta, GA : CDC; 2020. Disponible à : <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/guidance-home-care.html>.
- Charron J, Gouëzec H, Bajoux E. Transfusion à domicile : intérêt et conditions de développement dans le contexte français. *Transfus Clin Biol* 2019;26(4):304-8.
- Chouliara N, Fisher RJ, Kerr M, Walker MF. Implementing evidence-based stroke Early Supported Discharge services: A qualitative study of challenges, facilitators and impact. *Clin Rehabil* 2014;28(4):370-7.
- CIUSSS de la Capitale-Nationale. Première clinique des aînés dans la Capitale-Nationale – moins de visites à l'urgence et d'hospitalisations [site Web]. Québec, Qc : CIUSSS de la Capitale-Nationale; 2019. Disponible à : <https://www.ciusss-capitelenationale.gouv.qc.ca/nouvelles/premiere-clinique-des-aines-dans-la-capitale-nationale-moins-de-visites-lurgence-et-dhospitalisations>.
- Cœugnet S, Forrierre J, Naveteur J, Dubreucq C, Anceaux F. Time pressure and regulations on hospital-in-the-home (HITH) nurses: An on-the-road study. *Appl Ergon* 2016;54:110-9.
- Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE). Apprendre des meilleurs : étude comparative des urgences du Québec. Québec, Qc : CSBE; 2016. Disponible à : https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2016/Urgences/CSBE_Rapport_Urgences_2016.pdf.
- Commission des affaires sociales. Rapport d'information déposé en application de l'article 145 du Règlement par la Commission des affaires sociales en conclusion des travaux de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale sur l'hospitalisation à domicile. Paris, France : Assemblée nationale; 2016. Disponible à : <https://www.assemblee-nationale.fr/14/pdf/rap-info/i3977.pdf>.
- Cool L, Vandijck D, Debruyne P, Desmedt M, Lefebvre T, Lycke M, et al. Organization, quality and cost of oncological home-hospitalization: A systematic review. *Crit Rev Oncol Hematol* 2018;126:145-53.
- Cour des comptes. L'hospitalisation à domicile – Évolutions récentes. Paris, France : Cour des comptes; 2015. Disponible à : <https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/EzPublish/20160120-hospitalisation-a-domicile.pdf>.
- Crilly J, Chaboyer W, Wallis M. A structure and process evaluation of an Australian hospital admission avoidance programme for aged care facility residents. *J Adv Nurs* 2012;68(2):322-34.
- Critical Appraisal Skills Programme (CASP). CASP Checklists [site Web]. Oxford, Royaume-Uni : CASP; 2018. Disponible à : <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/>.

- Cryer L, Shannon SB, Van Amsterdam M, Leff B. Costs for 'hospital at home' patients were 19 percent lower, with equal or better outcomes compared to similar inpatients. *Health Aff (Millwood)* 2012;31(6):1237-43.
- Dabadie A et Pernin M-F. Coordonner les interventions soignantes, le rôle de l'hospitalisation à domicile. *Soins* 2013;58(775):52-3.
- De Sousa Vale J, Franco AI, Oliveira CV, Araujo I, Sousa D. Hospital at Home: An overview of literature. *Home Health Care Manag Pract* 2020;32(2):118-23.
- Dechêne G. L'intégration des équipes professionnelles de soins palliatifs à domicile au continuum de soins palliatifs (présentation au 29^e congrès annuel de l'Association québécoise de soins palliatifs). Montréal, Qc : 2019. Disponible à : https://www.aqsp.org/wp-content/uploads/2019/05/DECH%C3%80NE-Genevi%C3%A8ve_classe-de-ma%C3%A0tre.pdf.
- Dechêne G. Soins « intensifs » infirmiers et médicaux à domicile au sein de l'équipe interprofessionnelle SAD du CLSC (présentation au Forum sur les meilleures pratiques en soutien à domicile). Montréal, Qc : 2017. Disponible à : https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/documents/forum-sad/4_Bloc_2_Genevieve_Dechene.pdf.
- Dickson HG. Hospital in the home: Needed now more than ever. *Med J Aust* 2020;213(1):14-5.
- Dismore LL, Echevarria C, van Wersch A, Gibson J, Bourke S. What are the positive drivers and potential barriers to implementation of hospital at home selected by low-risk DECAF score in the UK: A qualitative study embedded within a randomised controlled trial. *BMJ Open* 2019;9(4):e026609.
- Dowell S, Moss G, Odedra K. Rapid response: A multiprofessional approach to hospital at home. *Br J Nurs* 2018;27(1):24-30.
- Echevarria C, Brewin K, Horobin H, Bryant A, Corbett S, Steer J, Bourke SC. Early Supported Discharge/Hospital At Home for acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease: A review and meta-analysis. *COPD* 2016;13(4):523-33.
- Elliott MJ, Love S, Donald M, Manns B, Donald T, Premji Z, et al. Outpatient interventions for managing acute complications of chronic diseases: A scoping review and implications for patients with CKD. *Am J Kidney Dis* 2020;76(6):794-805.
- Émond M, Grenier D, Morin J, Eagles D, Boucher V, Le Sage N, et al. Emergency department stay associated delirium in older patients. *Can Geriatr J* 2017;20(1):10-4.
- Farfan-Portet MI, Denis A, Mergaert L, Daue F, Mistiaen P, Gerkens S. Implementation of hospital at home: Orientations for Belgium. *KCE Reports* 250. Bruxelles, Belgique : Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE); 2015. Disponible à : https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_250_implementation_hospital_at_home_Report.pdf.

- Federman AD, Soones T, DeCherrie LV, Leff B, Siu AL. Association of a bundled hospital-at-home and 30-day postacute transitional care program with clinical outcomes and patient experiences. *JAMA Intern Med* 2018;178(8):1033-40.
- Fisher RJ, Gaynor C, Kerr M, Langhorne P, Anderson C, Bautz-Holter E, et al. A consensus on stroke: Early Supported Discharge. *Stroke* 2011;42(5):1392-7.
- Fleury É. Une première «clinique des aînés» à Québec. *Le Soleil*, 22 mai 2019. Disponible à : <https://www.lesoleil.com/actualite/sante/une-premiere-clinique-des-aines-a-quebec-video-df3fab6693d91a88340954f9ca13f79b>.
- Foy A et Gaillardertz E. Service de SAD aigu (présentation au Forum sur les meilleures pratiques en soutien à domicile). Montréal, Qc : 2017. Disponible à : https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/documents/forum-sad/5_Bloc_2_CIUSSS_Centre-sud-Montreal.pdf.
- Franzin-Garrec M et Hoden R. Qualité des soins et gestion des risques en HAD. *Soins* 2016;61(804):47-8.
- Gaillardertz E et Aylwin M. Soins à domicile aigus – Une alternative à l'urgence et à l'hospitalisation pour nos clientèles vulnérables (présentation à une Midi-conférence de l'Université de Montréal). Montréal, Qc : CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal; 2017. Disponible à : https://medfam.umontreal.ca/wp-content/uploads/sites/16/2018/08/SAD-aigu_alternative_urgence_CIUSSSCentre-sud-%C3%8Ele-de-Mtl-2017.pdf.
- Gearon E, O'Connor D, Wallis J, Han JX, Shepperd S, Mäkelä P, Buchbinder R. Factors influencing the implementation of early discharge hospital at home and admission avoidance hospital at home: A qualitative evidence synthesis. *Cochrane Database Syst Rev* 2021;(3):CD014765.
- Gonçalves-Bradley DC, Iliffe S, Doll HA, Broad J, Gladman J, Langhorne P, et al. Early discharge hospital at home. *Cochrane Database Syst Rev* 2017;6(6):CD000356.
- Handley NR et Bekelman JE. The Oncology Hospital at Home. *J Clin Oncol* 2019;37(6):448-52.
- Harnett CE. Creating hospital beds 'out of thin air': Hospital at Home program launches in Victoria [site Web]. Victoria, BC : Times Colonist; 2020. Disponible à : <https://www.timescolonist.com/news/local/creating-hospital-beds-out-of-thin-air-hospital-at-home-program-launches-in-victoria-1.24239644>.
- Haute Autorité de Santé (HAS). Algorithme d'aide à la décision d'orientation des patients en hospitalisation à domicile (HAD) à destination des médecins prescripteurs. Saint-Denis La Plaine, France : HAS; 2017. Disponible à : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-12/algorithme_daide_a_la_decision_dorientation_des_patients_en_hospitalisation_a_domicile_had_a_destination_des_medecins_prescr.pdf.

- Haute Autorité de Santé (HAS). Conditions du développement de la chimiothérapie en Hospitalisation à Domicile : analyse économique et organisationnelle. Synthèse et recommandations. Saint-Denis La Plaine, France : HAS; 2015. Disponible à : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-03/conditions_du_developpement_de_la_chimiotherapie_en_hospitalisation_a_domicile_-_synthese_et_recommandations.pdf.
- Haute Autorité de Santé (HAS). Situations pathologiques pouvant relever de l'hospitalisation à domicile au cours de l'ante et du post-partum. Saint-Denis La Plaine, France : HAS; 2011. Disponible à : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-06/situations_pathologiques_pouvant_relever_de_lhospitalisation_a_domicile_au_cours_de_lante_et_post-partum_-_fiche_de_synthese-4_pages.pdf.
- Heller DJ, Ornstein KA, DeCherrie LV, Saenger P, Ko FC, Rousseau CP, Siu AL. Adapting a hospital-at-home care model to respond to New York City's COVID-19 crisis. J Am Geriatr Soc 2020;68(9):1915-6.
- Hernandez C, Aibar J, Seijas N, Puig I, Alonso A, Garcia-Aymerich J, Roca J. Implementation of home hospitalization and early discharge as an integrated care service: A ten years pragmatic assessment. Int J Integr Care 2018;18(2):12.
- HITH Society Australasia Ltd. Role of Hospital in the Home for COVID-19. Perth, Australie : 2020. Disponible à : <https://www.hithsociety.org.au/resources/Documents/COVID%2019%20HITH%20Society%2031-Mar-2020.pdf>.
- Hospital at Home. Hospital care in the comfort of home [site Web]. Baltimore, MD : Johns Hopkins University School of Medicine; 2012. Disponible à : <http://www.hospitalathome.org/>.
- Huntley AL, Davies B, Jones N, Rooney J, Goyder P, Purdy S, Baxter H. Determining when a hospital admission of an older person can be avoided in a subacute setting: A systematic review and concept analysis. J Health Serv Res Policy 2020;25(4):252-64.
- Huntley AL, Chalder M, Shaw AR, Hollingworth W, Metcalfe C, Bengner JR, Purdy S. A systematic review to identify and assess the effectiveness of alternatives for people over the age of 65 who are at risk of potentially avoidable hospital admission. BMJ Open 2017;7(7):e016236.
- Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI). Soins à domicile : 2 mesures en faveur des infirmiers à domicile et des patients pendant la crise du Covid-19 [site Web]. Bruxelles, Belgique : INAMI; 2020a. Disponible à : <https://www.inami.fgov.be/fr/covid19/Pages/soins-domicile-2-mesures-infirmiers.aspx>.

- Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI). Des soins infirmiers à domicile de « cohorte » pour les patients infectés par le COVID-19 encore contagieux [site Web]. Bruxelles, Belgique : INAMI; 2020b. Disponible à : <https://www.inami.fgov.be/fr/covid19/Pages/infirmiers-soins-de-cohorte-domicile.aspx>.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). COVID-19 et la pratique de la téléconsultation en médecine de première ligne et médecine spécialisée : principes généraux. Réponse rapide. Québec, Qc : INESSS; 2021. Disponible à : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/COVID-19/COVID-19_INESSS_teleconsultation.pdf.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Première vague de la pandémie de COVID-19 au Québec : regard sur les facteurs associés aux hospitalisations et aux décès. État des pratiques rédigé par Éric Tremblay et Mike Benigeri. Québec, Qc : INESSS; 2020a. Disponible à : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/COVID-19/COVID-19_INESSS_EP_Portrait_cohorte_COVID.pdf.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Risques d'hospitalisation et projections des besoins hospitaliers [site Web]. Québec, Qc : INESSS; 2020b. Disponible à : <https://www.inesss.qc.ca/covid-19/risques-dhospitalisation-et-projections-des-besoins-hospitaliers.html> (consulté le 16 décembre 2020).
- Island Health. Hospital at Home - Victoria General Hospital and Royal Jubilee Hospital [site Web]. Victoria, BC : Island Health; 2020. Disponible à : <https://www.islandhealth.ca/our-services/hospital-home-services/hospital-home>.
- Jeppesen E, Brurberg KG, Vist GE, Wedzicha JA, Wright JJ, Greenstone M, Walters JA. Hospital at home for acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. Cochrane Database Syst Rev 2012;(5):CD003573.
- Johns Hopkins HealthCare Solutions. Hospital at Home [site Web]. Hanover, MD : Johns Hopkins HealthCare Solutions; 2015. Disponible à : <https://www.johnshopkinssolutions.com/solution/hospital-at-home/>.
- Keller SC, Gurses AP, Myers MG, Arbaje AI. Home health services in the time of coronavirus disease 2019: Recommendations for safe transitions. J Am Med Dir Assoc 2020;21(7):998-1000.
- Khatib R, Ross S, Kennedy SA, Florez ID, Ortel TL, Nieuwlaet R, et al. Home vs hospital treatment of low-risk venous thromboembolism: A systematic review and meta-analysis. Blood Adv 2020;4(3):500-13.
- Kiyanda BG, Dechêne G, Marchand R. Dying at home: Experience of the Verdun local community service centre. Can Fam Physician 2015;61(4):e215-8.
- Langhorne P et Baylan S. Early supported discharge services for people with acute stroke. Cochrane Database Syst Rev 2017;7(7):CD000443.

- Lee GA et Titchener K. The Guy's and St Thomas's NHS Foundation Trust @home service: An overview of a new service. *London J Prim Care* (Abingdon) 2017;9(2):18-22.
- Leong MQ, Lim CW, Lai YF. Comparison of Hospital-at-Home models: A systematic review of reviews. *BMJ Open* 2021;11(1):e043285.
- Leung I, Casalino E, Pateron D, Grateau G, Garandeau E, de Stampa M. Participation des médecins généralistes dans les prises en charge de leurs patients en hospitalisation à domicile. *Santé Publique* 2016;28(4):499-504.
- Levine DM, Paz M, Burke K, Schnipper JL. Predictors and reasons why patients decline to participate in home hospital: A mixed methods analysis of a randomized controlled trial. *J Gen Intern Med* 2021 [Epub ahead of print].
- Lim SM, Island L, Horsburgh A, Maier AB. Home first! Identification of hospitalized patients for home-based models of care. *J Am Med Dir Assoc* 2021;22(2):413-417.e1.
- Llorens P, Moreno-Perez O, Espinosa B, Garcia T, Paya AB, Sola S, et al. An integrated emergency department/hospital at home model in mild COVID-19 pneumonia: Feasibility and outcomes after discharge from the emergency department. *Intern Emerg Med* 2021;16(6):1673-82.
- Lwin N, Burgess J, Johnston C, Johnson N, Chung S. Hospital-in-the-Home experience of first 23 COVID-19 patients at a regional NSW hospital. *Intern Med J* 2020;50(10):1271-3.
- Madaris LL, Onyebueke M, Liebman J, Martin A. SCI Hospital in Home program: Bringing hospital care home for veterans with spinal cord injury. *Nurs Adm Q* 2016;40(2):109-14.
- Magnet M et Delmas V. Prise en charge de la nutrition parentérale à domicile par une structure d'hospitalisation à domicile en région Rhône-Alpes. *Nutr Clin Metab* 2013;27(4):269-75.
- Mas MA et Inzitari M. A critical review of Early Supported Discharge for stroke patients: From evidence to implementation into practice. *Int J Stroke* 2015;10(1):7-12.
- McCurdy BR. Hospital-at-home programs for patients with acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease (COPD): An evidence-based analysis. *Ont Health Technol Assess Ser* 2012;12(10):1-65.
- Miani C, Ball S, Pitchforth E, Exley J, King S, Roland M, et al. Organisational interventions to reduce length of stay in hospital: A rapid evidence assessment. *Health Serv Deliv Res* 2014;2(52). Disponible à : <https://www.journalslibrary.nihr.ac.uk/hsdr/hsdr02520/#/abstract>.
- Millar BC, Stirling J, Maguire M, Moore RE, Murphy A, Moore JE. Re-purposing of domestic steam disinfectors within the hospital-at-home setting. *Infect Dis Health* 2021;26(1):72-80.

- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Guide pour la prise en charge médicale des résidents en centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) dans le contexte de la pandémie de la COVID-19. Québec, Qc : MSSS; 2021. Disponible à : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2020/20-210-389W.pdf>.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Plan de contingence et de désencombrement des urgences – COVID-19. Québec, Qc : MSSS; 2020a. Disponible à : https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/directives-covid/archives/dgaumip-009_plan-contingence.pdf.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Fiche descriptive – Équipe médicale d'intervention (ÉMI) en milieu de vie pour aînés (MVA). Québec, Qc : MSSS; 2020b. Disponible à : https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/directives-covid/dgapa-017-rev-01_pj1_fiche_emi.pdf.
- Ministère des Solidarités et de la Santé. L'hospitalisation à domicile [site Web]. Paris, France : 2018. Disponible à : <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/had-10951/had>.
- Mogensen CB, Ankersen ES, Lindberg MJ, Hansen SL, Solgaard J, Therkildsen P, Skjøt-Arkil H. Admission rates in a general practitioner-based versus a hospital specialist based, hospital-at-home model: ACCESS, an open-labelled randomised clinical trial of effectiveness. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med* 2018;26(1):26.
- Montalto M. The 500-bed hospital that isn't there: The Victorian Department of Health review of the Hospital in the Home program. *Med J Aust* 2010;193(10):598-601.
- Mount Sinai. Mount Sinai at Home [site Web]. New York, NY : Icahn School of Medicine at Mount Sinai; 2021. Disponible à : <https://www.mountsinai.org/care/geriatrics/services/outpatient/mount-sinai-home>.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Chronic obstructive pulmonary disease in over 16s: Diagnosis and management. Londres, Angleterre : NICE; 2018. Disponible à : <https://www.nice.org.uk/guidance/ng115/resources/chronic-obstructive-pulmonary-disease-in-over-16s-diagnosis-and-management-pdf-66141600098245>.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Emergency and acute medical care in over 16s: Service delivery and organisation. Chapter 12 Alternatives to hospital care. Londres, Angleterre : NICE; 2017. Disponible à : <https://www.nice.org.uk/guidance/ng94/evidence/12alternatives-to-hospital-care-pdf-172397464599>.
- Nattino G et Paglia S. An integrated emergency department/hospital at home model in mild COVID-19 pneumonia: Feasibility and outcomes after discharge from the emergency department: Comment. *Intern Emerg Med* 2021;16(6):1645-6.

- Nogués X, Sanchez-Martinez F, Castells X, Diez-Pérez A, Sabaté RA, Petit I, et al. Hospital-at-Home expands hospital capacity during COVID-19 pandemic. *J Am Med Dir Assoc* 2021;22(5):939-42.
- NSW Ministry of Health. NSW Hospital in the Home (HITH) Guideline. Sydney, Australie : NSW Government; 2013. Disponible à : https://www.hithsociety.org.au/Resources/Documents/NSW_HITH_Guideline.pdf.
- Othieno R, Okpo E, Forster R. Home versus in-patient treatment for deep vein thrombosis. *Cochrane Database Syst Rev* 2018;1(1):CD003076.
- Pedepeyreau C et Reznikoff V. L'hospitalisation à domicile. *Soins* 2010;15(86):43-4.
- Pericas JM, Cucchiari D, Torrallardona-Murphy O, Calvo J, Serralabos J, Alves E, et al. Hospital at home for the management of COVID-19: Preliminary experience with 63 patients. *Infection* 2021;49(2):327-32.
- Pericas JM, Aibar J, Soler N, Lopez-Soto A, Sanclemente-Anso C, Bosch X. Should alternatives to conventional hospitalisation be promoted in an era of financial constraint? *Eur J Clin Invest* 2013;43(6):602-15.
- Philp I, Mills KA, Thanvi B, Ghosh K, Long JF. Reducing hospital bed use by frail older people: Results from a systematic review of the literature. *Int J Integr Care* 2013;13:e048.
- Qaddoura A, Yazdan-Ashoori P, Kabali C, Thabane L, Haynes RB, Connolly SJ, Van Spall HG. Efficacy of hospital at home in patients with heart failure: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One* 2015;10(6):e0129282.
- Queensland Department of Health. Hospital in the Home (HITH) Guideline. Brisbane, Australie : Queensland Government; 2017. Disponible à : https://www.health.qld.gov.au/_data/assets/pdf_file/0016/147400/qh-gdl-379.pdf.
- Rasouli HR, Aliakbar Esfahani A, Abbasi Farajzadeh M. Challenges, consequences, and lessons for way-outs to emergencies at hospitals: A systematic review study. *BMC Emerg Med* 2019;19(1):62.
- Rebmann T, Citarella B, Alexander S, Russell B, Volkman JC. Personal protective equipment use and allocation in home health during disasters. *Am J Infect Control* 2011;39(10):823-31.
- Reinhard SC, Feinberg LF, Choula R, Houser A. Valuing the invaluable: 2015 update. Indeniable progress, but big gaps remain. *Insight on the Issues* 2015;104:1-25.
- Rivas-Ruiz R, Villasis-Keever M, Miranda-Novales G, Castelan-Martinez OD, Rivas-Contreras S. Outpatient treatment for people with cancer who develop a low-risk febrile neutropaenic event. *Cochrane Database Syst Rev* 2019;3(3):CD009031.
- Rodriguez-Pardo J, Fuentes B, Alonso de Leciñana M, Campollo J, Calleja Castaño P, Carneado Ruiz J, et al. Acute stroke care during the COVID-19 pandemic. Ictus Madrid Program recommendations. *Neurologia (Engl Ed)* 2020;35(4):258-63.

- Sempé L, Billings J, Lloyd-Sherlock P. Multidisciplinary interventions for reducing the avoidable displacement from home of frail older people: A systematic review. *BMJ Open* 2019;9(11):e030687.
- Shang J, Chastain AM, Perera UG, Quigley DD, Fu CJ, Dick AW, et al. COVID-19 preparedness in US home health care agencies. *J Am Med Dir Assoc* 2020;21(7):924-7.
- Shea BJ, Reeves BC, Wells G, Thuku M, Hamel C, Moran J, et al. AMSTAR 2: A critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. *BMJ* 2017;358:j4008.
- Shepperd S, Iliffe S, Doll HA, Clarke MJ, Kalra L, Wilson AD, Gonçalves-Bradley DC. Admission avoidance hospital at home. *Cochrane Database Syst Rev* 2016;9(9):CD007491.
- Sinclair A, Dhatariya K, Burr O, Nagi D, Higgins K, Hopkins D, et al. Guidelines for the management of diabetes in care homes during the Covid-19 pandemic. *Diabet Med* 2020;37(7):1090-3.
- Siu AL, Zimbroff RM, Federman AD, DeCherrie LV, Garrido M, Morano B, et al. The effect of adapting Hospital at Home to facilitate implementation and sustainment on program drift or voltage drop. *BMC Health Serv Res* 2019;19(1):264.
- Sood A et Walker J. The promise and challenge of home health services during the COVID-19 pandemic. *Am Fam Physician* 2020;102(1):8-9.
- Sriskandarajah S, Hobbs J, Roughead E, Ryan M, Reynolds K. Safety and effectiveness of 'hospital in the home' and 'outpatient parenteral antimicrobial therapy' in different age groups: A systematic review of observational studies. *Int J Clin Pract* 2018;72:e13216.
- State of Victoria Department of Health. Hospital in the Home – Guidelines. Melbourne, Australie : State Government of Victoria; 2011. Disponible à : <https://www2.health.vic.gov.au/hospitals-and-health-services/patient-care/acute-care/hospital-in-the-home>.
- Stuck AR, Crowley C, Killeen J, Castillo EM. National survey of emergency physicians concerning home-based care options as alternatives to emergency department-based hospital admissions. *J Emerg Med* 2017;53(5):623-628.e2.
- Summerfelt WT, Sulo S, Robinson A, Chess D, Catanzano K. Scalable hospital at home with virtual physician visits: Pilot study. *Am J Manag Care* 2015;21(10):675-84.
- Talon-Chrétien M-C, Jakovenko F, Franzin-Garrec M, Révy M, Nerich B, Roucoules B. La coordination des intervenants au domicile du patient. *Soins* 2016;61(807):28-32.
- Tibaldi V, Isaia G, Scarafiotti C, Gariglio F, Zanolchi M, Bo M, et al. Hospital at home for elderly patients with acute decompensation of chronic heart failure: A prospective randomized controlled trial. *Arch Intern Med* 2009;169(17):1569-75.

- Tricco AC, Langlois EV, Straus SE. Rapid reviews to strengthen health policy and systems: A practical guide. Genève, Suisse : World Health Organization; 2017. Disponible à : <https://www.who.int/alliance-hpsr/resources/publications/rapid-review-guide/en/>.
- Vaartio-Rajalin H et Fagerström L. Professional care at home: Patient-centredness, interprofessionalism and effectiveness? A scoping review. Health Soc Care Community 2019;27(4):e270-88.
- Varney J, Weiland TJ, Jelinek G. Efficacy of hospital in the home services providing care for patients admitted from emergency departments: An integrative review. Int J Evid Based Healthc 2014;12(2):128-41.
- Vinson DR, Zehtabchi S, Yealy DM. Can selected patients with newly diagnosed pulmonary embolism be safely treated without hospitalization? A systematic review. Ann Emerg Med 2012;60(5):651-662.e4.
- World Health Organization (WHO). Continuity and coordination of care: a practice brief to support implementation of the WHO Framework on integrated people-centred health services. Genève, Suisse : WHO; 2018. Disponible à : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/274628>.
- Yoo HH, Nunes-Nogueira VS, Fortes Villas Boas PJ, Broderick C. Outpatient versus inpatient treatment for acute pulmonary embolism. Cochrane Database Syst Rev 2019;3(3):CD010019.
- Zuccotti GV, Bertoli S, Foppiani A, Verduci E, Battezzati A. COVID-19 and COVID-20: An Italian experience of active home surveillance in COVID-19 patients. Int J Environ Res Public Health 2020;17(18):6699.

ANNEXE A

Stratégie de repérage de l'information scientifique

Bases de données bibliographiques

PubMed (NLM) Date du repérage : juillet 2020 Limites : 2010- ; anglais, français Dernière mise à jour : juillet 2021	
#1	Home Care Services, Hospital-Based[majr]
#2	advanced home hospital*[tiab] OR home hospital care[tiab] OR home hospital service*[tiab] OR home hospitalisation[tiab] OR home hospitalization[tiab] OR hospital at home[tiab] OR hospital care home[tiab] OR hospital care at home[tiab] OR hospital in home[tiab] OR hospital in the home[tiab] OR hospital without walls[tiab]
#3	advanced home hospital*[ot] OR home hospital care[ot] OR home hospital service*[ot] OR home hospitalisation[ot] OR home hospitalization[ot] OR hospital at home[ot] OR hospital care home[ot] OR hospital care at home[ot] OR hospital in home[ot] OR hospital in the home[ot] OR hospital without walls[ot]
#4	Home Care Services[majr] AND (admission avoidance[ti] OR avoided admission[ti] OR emergenc*[ti] OR hospital[ti] OR hospitalisation[ti] OR hospitalization[ti] OR admission avoidance[ot] OR avoided admission[ot] OR emergenc*[ot] OR hospital[ot] OR hospitalisation[ot] OR hospitalization[ot])
#5	(domestic health care[tiab] OR domestic healthcare[tiab] OR domiciliary care[tiab] OR early discharge[tiab] OR early supported discharge[tiab] OR ((AHS[tiab] OR AHHS[tiab] OR HHS[tiab] OR HiTH[tiab]) AND home[tiab]) OR home care[tiab] OR home cares[tiab] OR home health care[tiab] OR home healthcare[tiab] OR home help[tiab] OR home service*[tiab] OR home treatment[tiab] OR homecare[tiab] OR "patient's home"[tiab]) AND (admission avoidance[tiab] OR avoided admission[tiab] OR emergenc*[tiab] OR hospital[tiab] OR hospitalisation[tiab] OR hospitalization[tiab])
#6	(domestic health care[ot] OR domestic healthcare[ot] OR domiciliary care[ot] OR early discharge[ot] OR early supported discharge[ot] OR ((AHS[ot] OR AHHS[ot] OR HHS[ot] OR HiTH[ot]) AND home[ot]) OR home care[ot] OR home cares[ot] OR home health care[ot] OR home healthcare[ot] OR home help[ot] OR home service*[ot] OR home treatment[ot] OR homecare[ot] OR "patient's home"[ot]) AND (admission avoidance[ot] OR avoided admission[ot] OR emergenc*[ot] OR hospital[ot] OR hospitalisation[ot] OR hospitalization[ot])
#7	#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6
#8	Length of Stay[mh] OR Mortality[mh] OR Risk[mh] OR Safety[mh] OR Treatment Outcome[mh]
#9	hospital stay[tiab] OR length of stay[tiab] OR hospital stay[ot] OR length of stay[ot]
#10	efficacy[tiab] OR effectiveness[tiab] OR outcome management[tiab] OR patient outcome*[tiab] OR patients-reported outcome*[tiab] OR therapeutic outcome*[tiab] OR therapy outcome*[tiab] OR treatment outcome*[tiab]
#11	efficacy[ot] OR effectiveness[ot] OR outcome management[ot] OR patient outcome*[ot] OR patients-reported outcome*[ot] OR therapeutic outcome*[ot] OR therapy outcome*[ot] OR treatment outcome*[ot]
#12	case fatality rate[tiab] OR death rate[tiab] OR mortality[tiab] OR case fatality rate[ot] OR death rate[ot] OR mortality[ot]
#13	complication*[tiab] OR criteria[tiab] OR indications[tiab] OR risk*[tiab] OR complication*[ot] OR criteria[ot] OR indications[ot] OR risk*[ot]
#14	adverse effect*[tiab] OR adverse event*[tiab] OR adverse reaction*[tiab] OR side effect*[tiab] OR adverse effect*[ot] OR adverse event*[ot] OR adverse reaction*[ot] OR side effect*[ot]
#15	Patient Readmission[mh] OR Patient Satisfaction[mh]
#16	patient safety[tiab] OR patient satisfaction[tiab] OR readmission*[tiab] OR patient safety[ot] OR patient satisfaction[ot] OR readmission*[ot]

#17	use of health service*[tiab] OR use of health service*[ot]
#18	#8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13 OR #14 OR #15 OR #16 OR #17
#19	#7 AND #18
#20	Algorithms[mh] OR Clinical Conference[pt] OR Clinical Protocols[mh] OR Consensus[mh] OR Consensus Development Conference, NIH[pt] OR Consensus Development Conference[pt] OR Consensus Development Conferences, NIH as topic[mh] OR Consensus Development Conferences as Topic[mh] OR Critical Pathways[mh] OR Guideline[pt] OR Guidelines as Topic[mh:noexp] OR Health Planning Guidelines[mh] OR Practice Guideline[pt] OR Practice Guidelines as Topic[mh]
#21	algorithm*[tiab] OR best evidence[tiab] OR best practice*[tiab] OR (best[ti] AND practice*[ti]) OR clinical path[tiab] OR clinical paths[tiab] OR clinical pathway*[tiab] OR clinical protocol*[tiab] OR committee opinion*[tiab] OR consensus[tiab] OR critical pathway*[tiab] OR CPG[tiab] OR CPGs[tiab] OR evidence base*[tiab] OR evidence report*[tiab] OR evidence syntheses*[tiab] OR guidance*[tiab] OR guide line*[tiab] OR gold standard*[tiab] OR guideline*[tiab] OR policy statement*[tiab] OR position statement*[tiab] OR practical guide*[tiab] OR practice based evidence[tiab] OR practice parameter*[tiab] OR practice pathway*[tiab] OR practice protocol*[tiab] OR practice standard*[tiab] OR recommendation*[tiab] OR research evidence*[tiab] OR standard*[ti] OR standard care*[tiab] OR standard practice*[tiab] OR standard of care[tiab] OR standard of practice*[tiab] OR standards of care[tiab]
#22	Meta-Analysis[mh] OR Meta-Analysis[pt] OR Meta-Analysis as Topic[mh] OR Systematic Review[pt] OR Technology Assessment, Biomedical[mh]
#23	meta-analy*[tiab] OR metaanaly*[tiab] OR met analy*[tiab] OR metanaly*[tiab] OR meta regression*[tiab] OR metaregression*[tiab] OR meta review*[tiab] OR metareview*[tiab] OR meta synthesis[tiab] OR metasynthesis[tiab] OR overview of review*[tiab] OR overviews of review*[tiab] OR (systematic*[tiab] AND (review*[tiab] OR overview*[tiab] OR search*[tiab] OR research*[tiab])) OR (review[tw] AND (medline[tiab] OR pubmed[tiab])) AND (cinahl[tiab] OR cochrane[tiab] OR embase[tiab] OR psycinfo[tiab])) OR umbrella review*[tiab] OR technology appraisal*[tiab] OR technology assessment*[tiab] OR technology overview*[tiab] OR technology reassessment*[tiab] OR HTA[tiab] OR HTAs[tiab] OR methodological overview*[tiab] OR methodologic overview*[tiab] OR methodological review*[tiab] OR methodologic review*[tiab] OR quantitative review*[tiab] OR quantitative overview*[tiab] OR quantitative syntheses*[tiab] OR integrative review*[tiab] OR integrative overview*[tiab] OR integrative literature review*[tiab]
#24	Double-Blind Method[mh] OR Placebos[mh] OR Random Allocation[mh] OR Randomized Controlled Trial[pt] OR Randomized Controlled Trials as Topic[mh] OR Single-Blind Method[mh]
#25	comparison group*[tiab] OR comparison studies[tiab] OR comparison study[tiab] OR control group*[tiab] OR placebo*[tiab] OR random*[tiab] OR rct[tiab] OR rcts[tiab] OR "rct's"[tiab] OR sham[tiab] OR ((singl*[tiab] OR doubl*[tiab] OR trebl*[tiab] OR tripl*[tiab]) AND (mask*[tiab] OR blind*[tiab] OR dumm*[tiab]))
#26	Case Reports[pt] OR Comment[pt] OR Editorial[pt] OR Letter[pt] OR case report*[ti] OR comment*[ti] OR reply[ti] OR replies[ti] OR editorial*[ti] OR letter*[ti]
#27	(#20 OR #21 OR #22 OR #23 OR #24 OR #25) NOT #26
#28	#19 AND #27
#29	care coordination[tiab] OR care coordination[ot] OR healthcare coordination[tiab] OR healthcare coordination[ot]
#30	care organisation[tiab] OR care organization[tiab] OR "organisation of care"[tiab] OR "organization of care"[tiab] OR "organisation of health care"[tiab] OR "organization of health care"[tiab] OR "organisation of healthcare"[tiab] OR "organization of healthcare"[tiab] OR "organisation of the care"[tiab] OR "organization of the care"[tiab]
#31	care organisation[ot] OR care organization[ot] OR "organisation of care"[ot] OR "organization of care"[ot] OR "organisation of health care"[ot] OR "organization of health care"[ot] OR "organisation of healthcare"[ot] OR "organization of healthcare"[ot] OR "organisation of the care"[ot] OR "organization of the care"[ot]
#32	organisational aspect*[tiab] OR organizational aspect*[tiab] OR organisational aspect*[ot] OR organizational aspect*[ot]

#33	#29 OR #30 OR #31 OR #32
#34	Health Services Accessibility/og
#35	(administrati*[ti] OR management[ti] OR organisation[ti] OR organization[ti]) AND (access to health care[tiab] OR accessibility of health services[tiab] OR availability of health services[tiab] OR health care access*[tiab] OR health services geographic accessibility[tiab] OR health services accessibility[tiab] OR healthcare access*[tiab] OR program accessibility[tiab])
#36	(administrati*[ot] OR management[ot] OR organisation[ot] OR organization[ot]) AND (access to health care[ot] OR accessibility of health services[ot] OR availability of health services[ot] OR health care access*[ot] OR health services geographic accessibility[ot] OR health services accessibility[ot] OR healthcare access*[ot] OR program accessibility[ot])
#37	#34 OR #35 OR #36
#38	Health Plan Implementation/og
#39	(administrati*[ti] OR management[ti] OR organisation[ti] OR organization[ti]) AND ((health[tiab] OR healthcare[tiab]) AND (implementation[tiab] OR plan[tiab] OR planning[tiab] OR plans[tiab] OR priorit*[tiab] OR program*[tiab] OR resource*[tiab] OR service[tiab] OR services[tiab]))
#40	(administrati*[ot] OR management[ot] OR organisation[ot] OR organization[ot]) AND ((health[ot] OR healthcare[ot]) AND (implementation[ot] OR plan[ot] OR planning[ot] OR plans[ot] OR priorit*[ot] OR program*[ot] OR resource*[ot] OR service[ot] OR services[ot]))
#41	#38 OR #39 OR #40
#42	Models, Organizational[majr]
#43	model of care[tiab] OR model of health care[tiab] OR model of healthcare[tiab] OR models of care[tiab] OR models of health care[tiab] OR models of healthcare[tiab] OR organisational model*[tiab] OR organizational model*[tiab] OR model of care[ot] OR model of health care[ot] OR model of healthcare[ot] OR models of care[ot] OR models of health care[ot] OR models of healthcare[ot] OR organisational model*[ot] OR organizational model*[ot]
#44	#42 OR #43
#45	"Outcome and Process Assessment (Health Care)"/og
#46	(administrati*[ti] OR management[ti] OR organisation[ti] OR organization[ti]) AND (outcome management[tiab] OR "outcome and process assessment"[tiab] OR patient outcome*[tiab] OR patients-reported outcome*[tiab] OR therapeutic outcome*[tiab] OR therapy outcome*[tiab] OR treatment outcome*[tiab])
#47	(administrati*[ot] OR management[ot] OR organisation[ot] OR organization[ot]) AND (outcome management[ot] OR "outcome and process assessment"[ot] OR patient outcome*[ot] OR patients-reported outcome*[ot] OR therapeutic outcome*[ot] OR therapy outcome*[ot] OR treatment outcome*[ot])
#48	#45 OR #46 OR #47
#49	(administrati*[ti] OR management[ti] OR organisation[ti] OR organization[ti]) AND (informal care[tiab] OR patient care[tiab] OR patient management[tiab])
#50	(administrati*[ot] OR management[ot] OR organisation[ot] OR organization[ot]) AND (informal care[ot] OR patient care[ot] OR patient management[ot])
#51	#49 OR #50
#52	Patient Care Team/og
#53	(administrati*[ti] OR management[ti] OR organisation[ti] OR organization[ti]) AND (advance care planning[tiab] OR continuity of care[tiab] OR continuity of patient care[tiab] OR episode of care[tiab] OR health care team[tiab] OR healthcare team[tiab] OR interdisciplinary health team[tiab] OR medical care team[tiab] OR patient centered care[tiab] OR patient helper[tiab] OR patient navigation[tiab])
#54	(administrati*[ot] OR management[ot] OR organisation[ot] OR organization[ot]) AND (advance care planning[ot] OR continuity of care[ot] OR continuity of patient care[ot] OR episode of care[ot] OR health care team[ot] OR healthcare team[ot] OR interdisciplinary health team[ot] OR medical care team[ot] OR patient centered care[ot] OR patient helper[ot] OR patient navigation[ot])
#55	#52 OR #53 OR #54

#56	(administrati*[ti] OR management[ti] OR organisation[ti] OR organization[ti]) AND (clinical governance[tiab] OR health care evaluation[tiab] OR health care quality[tiab] OR healthcare evaluation[tiab] OR healthcare quality[tiab] OR process assessment[tiab] OR quality assurance[tiab] OR quality indicator*[tiab] OR quality of care[tiab] OR quality of health care[tiab] OR quality of healthcare[tiab] OR standard of care[tiab])
#57	(administrati*[ot] OR management[ot] OR organisation[ot] OR organization[ot]) AND (clinical governance[ot] OR health care evaluation[ot] OR health care quality[ot] OR healthcare evaluation[ot] OR healthcare quality[ot] OR process assessment[ot] OR quality assurance[ot] OR quality indicator*[ot] OR quality of care[ot] OR quality of health care[ot] OR quality of healthcare[ot] OR standard of care[ot])
#58	#56 OR #57
#59	State Medicine/og
#60	(administrati*[ti] OR management[ti] OR organisation[ti] OR organization[ti]) AND (national health service[tiab] OR socialised medicine[tiab] OR socialized medicine[tiab] OR state medicine[tiab])
#61	(administrati*[ot] OR management[ot] OR organisation[ot] OR organization[ot]) AND (national health service[ot] OR socialised medicine[ot] OR socialized medicine[ot] OR state medicine[ot])
#62	#59 OR #60 OR #61
#63	#33 OR #37 OR #41 OR #44 OR #48 OR #51 OR #55 OR #58 OR #62
#64	#7 AND #63
#65	#28 OR #64

EBM Reviews (Ovid): Cochrane Database of Systematic Reviews; Health Technology Assessment; NHS Economic Evaluation Database Date du repérage : juillet 2020 Limites : 2010- ; anglais, français Dernière mise à jour : juillet 2021	
1	(advanced home hospital* OR home hospital care OR home hospital service* OR home hospitalisation OR home hospitalization OR hospital at home OR hospital care home OR hospital care at home OR hospital in home OR hospital in the home OR hospital without walls).mp.
2	(h(ome care AND (admission avoidance OR avoided admission OR emergenc* OR hospital OR hospitalisation OR hospitalization)).mp.
3	((domestic health care OR domestic healthcare OR domiciliary care OR early discharge OR early supported discharge OR ((AHS OR AHHS OR HHS OR HiTH) AND home) OR home care OR home cares OR home health care OR home healthcare OR home help OR home service* OR home treatment OR homecare OR "patient's home") AND (admission avoidance OR avoided admission OR emergenc* OR hospital OR hospitalisation OR hospitalization)).mp.
4	OR/1-3
5	(hospital stay OR length of stay).mp.
6	(efficacy OR effectiveness OR outcome management OR patient outcome* OR patients-reported outcome* OR therapeutic outcome* OR therapy outcome* OR treatment outcome*).mp.
7	(case fatality rate OR death rate OR mortality).mp.
8	(complication* OR criteria OR indications OR risk*).mp.
9	(adverse effect* OR adverse event* OR adverse reaction* OR side effect*).mp.
10	(patient safety OR patient satisfaction OR readmission*).mp.
11	("use of health service" OR "use of health services").mp.
12	OR/5-11
13	4 AND 12
14	(algorithm* OR best evidence OR (best ADJ3 practice*) OR clinical path OR clinical paths OR (clinical ADJ3 pathway*) OR clinical protocol* OR committee opinion* OR CPG OR CPGs OR consensus OR (critical ADJ3 pathway*) OR gold standard* OR guidance* OR guideline* OR guide line* OR policy statement* OR position statement* OR practical guide* OR practice parameter* OR practice pathway* OR practice protocol* OR practice standard* OR recommendation* OR standard care* OR standard of care OR standards of care).ti,ab. OR standard*.ti.

15	(HTA OR HTAs OR evidence base* OR evidence report* OR evidence synthesis OR evidence syntheses OR meta-analy* OR metaanaly* OR met analy* OR metanaly* OR meta regression* OR metaregression* OR meta review* OR metareview* OR meta synthesis OR metasynthesis OR overview of review* OR (systematic* ADJ3 (review* OR overview* OR search* OR research*)) OR research evidence* OR technology appraisal* OR technology assessment* OR technology overview* OR technology reassessment* OR umbrella review*).ti,ab. OR (review.tw. AND ((medline OR pubmed) AND (cinahl OR cochrane OR embase OR psycinfo)).ti,ab.)
16	(comparison group* OR comparison studies OR comparison study OR control group* OR placebo* OR random* OR rct OR rcts OR "rct's" OR sham OR ((singl* OR doubl* OR trebl* OR tripl*) ADJ3 (mask* OR blind* OR dumm*))).ti,ab.
17	(case report* OR comment* OR reply OR replies OR editorial* OR letter*).ti.
18	OR/14-16
19	18 NOT 17
20	13 AND 19
21	(care coordination OR healthcare coordination).mp.
22	(care organisation OR care organization OR "organisation of care" OR "organization of care" OR "organisation of health care" OR "organization of health care" OR "organisation of healthcare" OR "organization of healthcare" OR "organisation of the care" OR "organization of the care").mp.
23	(organisational aspect* OR organizational aspect*).mp.
24	OR/21-24
25	((administrati* OR management OR organisation OR organization) AND (access to health care OR accessibility of health services OR availability of health services OR health care access* OR health services geographic accessibility OR health services accessibility OR healthcare access* OR program accessibility)).mp.
26	((administrati* OR management OR organisation OR organization) AND ((health OR healthcare) AND (implementation OR plan OR planning OR plans OR priorit* OR program* OR resource* OR service OR services))).mp.
27	(model of care OR model of health care OR model of healthcare OR models of care OR models of health care OR models of healthcare OR organisational model* OR organizational model*).mp.
28	((administrati* OR management OR organisation OR organization) AND (outcome management OR "outcome and process assessment" OR patient outcome* OR patients-reported outcome* OR therapeutic outcome* OR therapy outcome* OR treatment outcome*)).mp.
29	((administrati* OR management OR organisation OR organization) AND (informal care OR patient care OR patient management)).mp.
30	((administrati* OR management OR organisation OR organization) AND (advance care planning OR continuity of care OR continuity of patient care OR episode of care OR health care team OR healthcare team OR interdisciplinary health team OR medical care team OR patient centered care OR patient helper OR patient navigation)).mp.
31	((administrati* OR management OR organisation OR organization) AND (clinical governance OR health care evaluation OR health care quality OR healthcare evaluation OR healthcare quality OR process assessment OR quality assurance OR quality indicator* OR quality of care OR quality of health care OR quality of healthcare OR standard of care)).mp.
32	((administrati* OR management OR organisation OR organization) AND (national health service OR socialised medicine OR socialized medicine OR state medicine)).mp.
33	OR/24-32
34	4 AND 33
35	20 OR 34

Embase (Ovid) Date du repérage : juillet 2020 Limites : 2010- ; anglais, français; Embase Dernière mise à jour : juillet 2021	
1	(advanced home hospital* OR home hospital care OR home hospital service* OR home hospitalisation OR home hospitalization OR hospital at home OR hospital care home OR hospital care at home OR hospital in home OR hospital in the home OR hospital without walls).ti,ab,kw.
2	*Home Care/ AND (admission avoidance OR avoided admission OR emergenc* OR hospital OR hospitalisation OR hospitalization).ti,kw.
3	((domestic health care OR domestic healthcare OR domiciliary care OR early discharge OR early supported discharge OR ((AHS OR AHHS OR HHS OR HiTH) AND home) OR home care OR home cares OR home health care OR home healthcare OR home help OR home service* OR home treatment OR homecare OR "patient's home") AND (admission avoidance OR avoided admission OR emergenc* OR hospital OR hospitalisation OR hospitalization)).ti,ab,kw.
4	OR/1-3
5	Length of Stay/ OR Mortality/ OR Risk/ OR Safety/ OR Treatment Outcome/
6	(hospital stay OR length of stay).ti,ab,kw.
7	(efficacy OR effectiveness OR outcome management OR patient outcome* OR patients-reported outcome* OR therapeutic outcome* OR therapy outcome* OR treatment outcome*).ti,ab,kw.
8	(case fatality rate OR death rate OR mortality).ti,ab,kw.
9	(complication* OR criteria OR indications OR risk*).ti,ab,kw.
10	(adverse effect* OR adverse event* OR adverse reaction* OR side effect*).ti,ab,kw.
11	Hospital Readmission/ OR Patient Satisfaction/
12	(patient safety OR patient satisfaction OR readmission*).ti,ab,kw.
13	("use of health service" OR "use of health services").ti,ab,kw.
14	OR/5-13
15	4 AND 14
16	Algorithm/ OR Clinical Pathway/ OR Clinical Protocol/ OR Consensus/ OR Consensus Development/ OR Health Care Planning/ OR exp Practice Guideline/
17	(algorithm* OR best evidence OR (best ADJ3 practice*) OR clinical path OR clinical paths OR (clinical ADJ3 pathway*) OR clinical protocol* OR committee opinion* OR CPG OR CPGs OR consensus OR (critical ADJ3 pathway*) OR gold standard* OR guidance* OR guideline* OR guide line* OR policy statement* OR position statement* OR practical guide* OR practice parameter* OR practice pathway* OR practice protocol* OR practice standard* OR recommendation* OR standard care* OR standard of care OR standards of care).ti,ab. OR standard*.ti.
18	Biomedical Technology Assessment/ OR Meta Analysis/ OR "Meta Analysis (topic)"/ OR Systematic Review/ OR "Systematic Review (topic)"/
19	(HTA OR HTAs OR evidence base* OR evidence report* OR evidence synthesis OR evidence syntheses OR meta-analy* OR metaanaly* OR met analy* OR metanaly* OR meta regression* OR metaregression* OR meta review* OR metareview* OR meta synthesis OR metasynthesis OR overview of review* OR (systematic* ADJ3 (review* OR overview* OR search* OR research*)) OR research evidence* OR technology appraisal* OR technology assessment* OR technology overview* OR technology reassessment* OR umbrella review*).ti,ab. OR (review.tw. AND ((medline OR pubmed) AND (cinahl OR cochrane OR embase OR psycinfo)).ti,ab.)
20	Double-Blind Procedure/ OR Placebo/ OR Randomization/ OR Randomized Controlled Trial/ OR "Randomized Controlled Trial (topic)"/ OR Single-Blind Procedure/
21	(comparison group* OR comparison studies OR comparison study OR control group* OR placebo* OR random* OR rct OR rcts OR "rct's" OR sham OR ((singl* OR doubl* OR trebl* OR tripl*) ADJ3 (mask* OR blind* OR dumm*))).ti,ab.
22	Case Report/ OR Editorial/ OR Letter/
23	OR/16-21
24	23 NOT 22

25	15 AND 24
26	(care coordination OR healthcare coordination).ti,ab,kw.
27	(care organisation OR care organization OR "organisation of care" OR "organization of care" OR "organisation of health care" OR "organization of health care" OR "organisation of healthcare" OR "organization of healthcare" OR "organisation of the care" OR "organization of the care").ti,ab,kw.
28	(organisational aspect* OR organizational aspect*).ti,ab,kw.
29	OR/26-28
30	(administrati* OR management OR organisation OR organization).ti,kw. AND (Health Care Access/ OR (access to health care OR accessibility of health services OR availability of health services OR health care access* OR health services geographic accessibility OR health services accessibility OR healthcare access* OR program accessibility).ti,ab,kw.)
31	(administrati* OR management OR organisation OR organization).ti. AND (Health Care Planning/ OR ((health OR healthcare) AND (implementation OR plan OR planning OR plans OR priorit* OR program* OR resource* OR service OR services)).ti,ab,kw.)
32	*Nonbiological Model/
33	(model of care OR model of health care OR model of healthcare OR models of care OR models of health care OR models of healthcare OR organisational model* OR organizational model*).ti,ab,kw.
34	(administrati* OR management OR organisation OR organization).ti. AND (Treatment Outcome/ OR (outcome management OR "outcome and process assessment" OR patient outcome* OR patients-reported outcome* OR therapeutic outcome* OR therapy outcome* OR treatment outcome*).ti,ab,kw.)
35	(administrati* OR management OR organisation OR organization).ti. AND (informal care OR patient care OR patient management).ti,ab,kw.
36	(administrati* OR management OR organisation OR organization).ti. AND (Patient Care/ OR (advance care planning OR continuity of care OR continuity of patient care OR episode of care OR health care team OR healthcare team OR interdisciplinary health team OR medical care team OR patient centered care OR patient helper OR patient navigation).ti,ab,kw.)
37	(administrati* OR management OR organisation OR organization).ti. AND (clinical governance OR health care evaluation OR health care quality OR healthcare evaluation OR healthcare quality OR process assessment OR quality assurance OR quality indicator* OR quality of care OR quality of health care OR quality of healthcare OR standard of care).ti,ab,kw.
38	(administrati* OR management OR organisation OR organization).ti. AND (National Health Service/ OR (national health service OR socialised medicine OR socialized medicine OR state medicine).ti,ab,kw.)
39	OR/29-38
40	4 AND 39
41	25 OR 40

CINAHL (EBSCO)	
Date du repérage : juillet 2020	
Limites : 2010- ; anglais, français; article de périodique	
Dernière mise à jour : juillet 2021	
S1	TI (advanced home hospital* OR home hospital care OR home hospital service* OR home hospitalisation OR home hospitalization OR hospital at home OR hospital care home OR hospital care at home OR hospital in home OR hospital in the home OR hospital without walls) OR AB (advanced home hospital* OR home hospital care OR home hospital service* OR home hospitalisation OR home hospitalization OR hospital at home OR hospital care home OR hospital care at home OR hospital in home OR hospital in the home OR hospital without walls) OR SU (advanced home hospital* OR home hospital care OR home hospital service* OR home hospitalisation OR home hospitalization OR hospital at home OR hospital care home OR hospital care at home OR hospital in home OR hospital in the home OR hospital without walls)
S2	MH Home Health Care

S3	TI (admission avoidance OR avoided admission OR emergenc* OR hospital OR hospitalisation OR hospitalization) OR SU (admission avoidance OR avoided admission OR emergenc* OR hospital OR hospitalisation OR hospitalization)
S4	S2 AND S3
S5	TI ((domestic health care OR domestic healthcare OR domiciliary care OR early discharge OR early supported discharge OR ((AHS OR AHHS OR HHS OR HiTH) AND home) OR home care OR home cares OR home health care OR home healthcare OR home help OR home service* OR home treatment OR homecare OR "patient's home") AND (admission avoidance OR avoided admission OR emergenc* OR hospital OR hospitalisation OR hospitalization)) OR AB ((domestic health care OR domestic healthcare OR domiciliary care OR early discharge OR early supported discharge OR ((AHS OR AHHS OR HHS OR HiTH) AND home) OR home care OR home cares OR home health care OR home healthcare OR home help OR home service* OR home treatment OR homecare OR "patient's home") AND (admission avoidance OR avoided admission OR emergenc* OR hospital OR hospitalisation OR hospitalization))
S6	SU ((domestic health care OR domestic healthcare OR domiciliary care OR early discharge OR early supported discharge OR ((AHS OR AHHS OR HHS OR HiTH) AND home) OR home care OR home cares OR home health care OR home healthcare OR home help OR home service* OR home treatment OR homecare OR "patient's home") AND (admission avoidance OR avoided admission OR emergenc* OR hospital OR hospitalisation OR hospitalization))
S7	S1 OR S4 OR S5 OR S6
S8	MH (Length of Stay OR Mortality OR Safety OR Treatment Outcomes)
S9	TI (hospital stay OR length of stay) OR AB (hospital stay OR length of stay) OR SU (hospital stay OR length of stay)
S10	TI (efficacy OR effectiveness OR outcome management OR patient outcome* OR patients-reported outcome* OR therapeutic outcome* OR therapy outcome* OR treatment outcome*) OR AB (efficacy OR effectiveness OR outcome management OR patient outcome* OR patients-reported outcome* OR therapeutic outcome* OR therapy outcome* OR treatment outcome*) OR SU (efficacy OR effectiveness OR outcome management OR patient outcome* OR patients-reported outcome* OR therapeutic outcome* OR therapy outcome* OR treatment outcome*)
S11	TI (case fatality rate OR death rate OR mortality) OR AB (case fatality rate OR death rate OR mortality) OR SU (case fatality rate OR death rate OR mortality)
S12	TI (complication* OR criteria OR indications OR risk*) OR AB (complication* OR criteria OR indications OR risk*) OR SU (complication* OR criteria OR indications OR risk*)
S13	TI (adverse effect* OR adverse event* OR adverse reaction* OR side effect*) OR AB (adverse effect* OR adverse event* OR adverse reaction* OR side effect*) OR SU (adverse effect* OR adverse event* OR adverse reaction* OR side effect*)
S14	S8 OR S9 OR S10 OR S11 OR S12 OR S13
S15	S7 AND S14
S16	MH (Algorithms OR Consensus OR Critical Path OR Practice Guidelines)
S17	TI (algorithm* OR best evidence OR best practice* OR (best AND practice*) OR clinical path OR clinical paths OR clinical pathway* OR clinical protocol* OR committee opinion* OR consensus OR critical pathway* OR CPG OR CPGs OR evidence base* OR evidence report* OR evidence syntheses* OR guidance* OR guide line* OR gold standard* OR guideline* OR policy statement* OR position statement* OR practical guide* OR practice based evidence OR practice parameter* OR practice pathway* OR practice protocol* OR practice standard* OR recommendation* OR research evidence* OR standard* OR standard care* OR standard practice* OR standard of care OR standard of practice* OR standards of care) OR AB (algorithm* OR best evidence OR best practice* OR (best AND practice*) OR clinical path OR clinical paths OR clinical pathway* OR clinical protocol* OR committee opinion* OR consensus OR critical pathway* OR CPG OR CPGs OR evidence base* OR evidence report* OR evidence syntheses* OR guidance* OR guide line* OR gold standard* OR guideline* OR policy statement* OR position statement* OR practical guide* OR practice based evidence OR practice parameter* OR practice pathway* OR practice protocol* OR

	practice standard* OR recommendation* OR research evidence* OR standard* OR standard care* OR standard practice* OR standard of care OR standard of practice* OR standards of care)
S18	SU (algorithm* OR best evidence OR best practice* OR (best AND practice*) OR clinical path OR clinical paths OR clinical pathway* OR clinical protocol* OR committee opinion* OR consensus OR critical pathway* OR CPG OR CPGs OR evidence base* OR evidence report* OR evidence syntheses* OR guidance* OR guide line* OR gold standard* OR guideline* OR policy statement* OR position statement* OR practical guide* OR practice based evidence OR practice parameter* OR practice pathway* OR practice protocol* OR practice standard* OR recommendation* OR research evidence* OR standard* OR standard care* OR standard practice* OR standard of care OR standard of practice* OR standards of care)
S19	MH Meta Analysis
S20	TI (meta-analy* OR metaanaly* OR met analy* OR metanaly* OR meta regression* OR metaregression* OR meta review* OR metareview* OR meta synthesis OR metasynthesis OR overview of review* OR overviews of review* OR (systematic* AND (review* OR overview* OR search* OR research*)) OR (review AND (medline OR pubmed) AND (cinahl OR cochrane OR embase OR psycinfo)) OR umbrella review* OR technology appraisal* OR technology assessment* OR technology overview* OR technology reassessment* OR HTA OR HTAs OR methodological overview* OR methodologic overview* OR methodological review* OR methodologic review* OR quantitative review* OR quantitative overview* OR quantitative syntheses* OR integrative review* OR integrative overview* OR integrative literature review*) OR AB (meta-analy* OR metaanaly* OR met analy* OR metanaly* OR meta regression* OR metaregression* OR meta review* OR metareview* OR meta synthesis OR metasynthesis OR overview of review* OR overviews of review* OR (systematic* AND (review* OR overview* OR search* OR research*)) OR (review AND (medline OR pubmed) AND (cinahl OR cochrane OR embase OR psycinfo)) OR umbrella review* OR technology appraisal* OR technology assessment* OR technology overview* OR technology reassessment* OR HTA OR HTAs OR methodological overview* OR methodologic overview* OR methodological review* OR methodologic review* OR quantitative review* OR quantitative overview* OR quantitative syntheses* OR integrative review* OR integrative overview* OR integrative literature review*)
S21	SU (meta-analy* OR metaanaly* OR met analy* OR metanaly* OR meta regression* OR metaregression* OR meta review* OR metareview* OR meta synthesis OR metasynthesis OR overview of review* OR overviews of review* OR (systematic* AND (review* OR overview* OR search* OR research*)) OR (review AND (medline OR pubmed) AND (cinahl OR cochrane OR embase OR psycinfo)) OR umbrella review* OR technology appraisal* OR technology assessment* OR technology overview* OR technology reassessment* OR HTA OR HTAs OR methodological overview* OR methodologic overview* OR methodological review* OR methodologic review* OR quantitative review* OR quantitative overview* OR quantitative syntheses* OR integrative review* OR integrative overview* OR integrative literature review*)
S22	MH (Double-Blind Studies OR Placebos OR Random Assignment OR Randomized Controlled Trials OR Single-Blind Studies)
S23	TI (comparison group* OR comparison studies OR comparison study OR control group* OR placebo* OR random* OR rct OR rcts OR "rct's" OR sham OR ((singl* OR doubl* OR trebl* OR tripl*) AND (mask* OR blind* OR dumm*))) OR AB (comparison group* OR comparison studies OR comparison study OR control group* OR placebo* OR random* OR rct OR rcts OR "rct's" OR sham OR ((singl* OR doubl* OR trebl* OR tripl*) AND (mask* OR blind* OR dumm*))) OR SU (comparison group* OR comparison studies OR comparison study OR control group* OR placebo* OR random* OR rct OR rcts OR "rct's" OR sham OR ((singl* OR doubl* OR trebl* OR tripl*) AND (mask* OR blind* OR dumm*)))
S24	S16 OR S17 OR S18 OR S19 OR S20 OR S21 OR S22 OR S23
S25	MH Case Studies
S26	TI (case report* OR comment* OR reply OR replies OR editorial* OR letter*) OR SU (case report* OR comment* OR reply OR replies OR editorial* OR letter*)
S27	S25 OR S26
S28	S24 NOT S27

S29	S15 AND S28
S30	TI (care coordination OR healthcare coordination) OR AB (care coordination OR healthcare coordination) OR SU (care coordination OR healthcare coordination)
S31	TI (care organisation OR care organization OR "organisation of care" OR "organization of care" OR "organisation of health care" OR "organization of health care" OR "organisation of healthcare" OR "organization of healthcare" OR "organisation of the care" OR "organization of the care") OR AB (care organisation OR care organization OR "organisation of care" OR "organization of care" OR "organisation of health care" OR "organization of health care" OR "organisation of healthcare" OR "organization of healthcare" OR "organisation of the care" OR "organization of the care") OR SU (care organisation OR care organization OR "organisation of care" OR "organization of care" OR "organisation of health care" OR "organization of health care" OR "organisation of healthcare" OR "organization of healthcare" OR "organisation of the care" OR "organization of the care")
S32	TI (organisational aspect* OR organizational aspect*) OR AB (organisational aspect* OR organizational aspect*) OR SU (organisational aspect* OR organizational aspect*)
S33	S30 OR S31 OR S32
S34	MH Health Services Accessibility/AM
S35	TI (administrati* OR management OR organisation OR organization) AND (TI (access to health care OR accessibility of health services OR availability of health services OR health care access* OR health services geographic accessibility OR health services accessibility OR healthcare access* OR program accessibility) OR AB (access to health care OR accessibility of health services OR availability of health services OR health care access* OR health services geographic accessibility OR health services accessibility OR healthcare access* OR program accessibility))
S36	OT ((administrati* OR management OR organisation OR organization) AND (access to health care OR accessibility of health services OR availability of health services OR health care access* OR health services geographic accessibility OR health services accessibility OR healthcare access* OR program accessibility))
S37	S34 OR S35 OR S36
S38	TI (administrati* OR management OR organisation OR organization) AND (TI ((health OR healthcare) AND (implementation OR plan OR planning OR plans OR priorit* OR program* OR resource* OR service OR services)) OR AB ((health OR healthcare) AND (implementation OR plan OR planning OR plans OR priorit* OR program* OR resource* OR service OR services)))
S39	OT ((administrati* OR management OR organisation OR organization) AND ((health OR healthcare) AND (implementation OR plan OR planning OR plans OR priorit* OR program* OR resource* OR service OR services)))
S40	S38 OR S39
S41	TI (model of care OR model of health care OR model of healthcare OR models of care OR models of health care OR models of healthcare OR organisational model* OR organizational model*) OR AB (model of care OR model of health care OR model of healthcare OR models of care OR models of health care OR models of healthcare OR organisational model* OR organizational model*) OR SU (model of care OR model of health care OR model of healthcare OR models of care OR models of health care OR models of healthcare OR organisational model* OR organizational model*)
S42	MH Outcome Assessment/AM
S43	MH Process Assessment (Health Care)/AM
S44	S42 OR S43
S45	TI (administrati* OR management OR organisation OR organization) AND (TI (outcome management OR "outcome and process assessment" OR patient outcome* OR patients-reported outcome* OR therapeutic outcome* OR therapy outcome* OR treatment outcome*) OR AB (outcome management OR "outcome and process assessment" OR patient outcome* OR patients-reported outcome* OR therapeutic outcome* OR therapy outcome* OR treatment outcome*))
S46	OT ((administrati* OR management OR organisation OR organization) AND (outcome management OR "outcome and process assessment" OR patient outcome* OR patients-reported outcome* OR therapeutic outcome* OR therapy outcome* OR treatment outcome*))
S47	S44 OR S45 OR S46

S48	TI (administrati* OR management OR organisation OR organization) AND (TI (informal care OR patient care OR patient management) OR AB (informal care OR patient care OR patient management))
S49	OT ((administrati* OR management OR organisation OR organization) AND (informal care OR patient care OR patient management) OR AB (informal care OR patient care OR patient management))
S50	S48 OR S49
S51	MH Multidisciplinary Care Team/AM
S52	TI (administrati* OR management OR organisation OR organization) AND (TI (advance care planning OR continuity of care OR continuity of patient care OR episode of care OR health care team OR healthcare team OR interdisciplinary health team OR medical care team OR patient centered care OR patient helper OR patient navigation) OR AB (advance care planning OR continuity of care OR continuity of patient care OR episode of care OR health care team OR healthcare team OR interdisciplinary health team OR medical care team OR patient centered care OR patient helper OR patient navigation))
S53	OT ((administrati* OR management OR organisation OR organization) AND (advance care planning OR continuity of care OR continuity of patient care OR episode of care OR health care team OR healthcare team OR interdisciplinary health team OR medical care team OR patient centered care OR patient helper OR patient navigation))
S54	S51 OR S52 OR S53
S55	TI (administrati* OR management OR organisation OR organization) AND (TI (clinical governance OR health care evaluation OR health care quality OR healthcare evaluation OR healthcare quality OR process assessment OR quality assurance OR quality indicator* OR quality of care OR quality of health care OR quality of healthcare OR standard of care) OR AB (clinical governance OR health care evaluation OR health care quality OR healthcare evaluation OR healthcare quality OR process assessment OR quality assurance OR quality indicator* OR quality of care OR quality of health care OR quality of healthcare OR standard of care))
S56	OT ((administrati* OR management OR organisation OR organization) AND (clinical governance OR health care evaluation OR health care quality OR healthcare evaluation OR healthcare quality OR process assessment OR quality assurance OR quality indicator* OR quality of care OR quality of health care OR quality of healthcare OR standard of care))
S57	S55 OR S56
S58	MH National Health Programs/AM
S59	TI (administrati* OR management OR organisation OR organization) AND (TI (national health service OR socialised medicine OR socialized medicine OR state medicine) OR AB (national health service OR socialised medicine OR socialized medicine OR state medicine))
S60	S58 OR S59
S61	S33 OR S37 OR S40 OR S41 OR S47 OR S50 OR S54 OR S57 OR S60
S62	S7 AND S61
S63	S29 OR S62

Littérature grise

International

- International Hospital Federation (IHF) (<https://www.ihf-fih.org/>)
- Guidelines International Network (G-I-N) (<https://g-i-n.net/>)
- World Health Organization (WHO) (<https://www.who.int/fr/>)
- International Network of Agencies for Health Technology Assessment (INAHTA) (<https://www.inahta.org/>)
- Campbell Collaboration (<https://www.campbellcollaboration.org/better-evidence.html>)

Europe

- European University Hospital Alliance (EUHA) (<https://www.euhalliance.eu/>)
- European Hospital and Healthcare Federation (<https://hope.be/>)

Australie et Nouvelle-Zélande

- Australian Clinical Practice Guidelines (NHMRC) (<https://www.clinicalguidelines.gov.au/>)
- Ministère de la Santé de l'État de Victoria (<https://www2.health.vic.gov.au>)
- Agency for Clinical Innovation (<https://www.aci.health.nsw.gov.au>)
- Australian Government Department of Health (<https://www.health.gov.au/>)
- HITH Society Australasia Ltd. (<https://www.hithsociety.org.au/>)
- New Zealand Ministry of Health (<https://www.health.govt.nz/>)

Belgique

- Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) (<https://kce.fgov.be/fr>)
- Fédération des centrales de services à domicile (FCSD) (<http://www.fcsd.be/Pages/default.aspx>)
- Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) (<https://www.inami.fgov.be/fr/Pages/default.aspx>)

Canada

- Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (ACMTS) (<https://www.cadth.ca/fr>)
- Santé Canada (<https://www.canada.ca/fr/sante-canada.html>)
- BCGuidelines.ca (<http://www.bcguidelines.ca/>)
- Accelerating Change Transformation Team (auparavant Toward Optimized Practice – TOP) (<https://actt.albertadoctors.org/CPGs>)
- Ontario Hospital Association (<https://www.oha.com/>)
- Canadian Society of Hospital Medicine (<https://www.hospitalmedicine.org/membership/chapter-overview/canada-chapter/>)
- Institute for Clinical Evaluative Sciences (ICES) (<https://www.ices.on.ca/>)
- Institute of Health Economics (IHE) (<https://www.ihe.ca/>)

- Health Quality Ontario (<https://www.hqontario.ca/>)

États-Unis

- Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) (<https://www.ahrq.gov/research/findings/evidence-based-reports/search.html>)
- Hospital at Home (<https://www.hospitalathome.org/>)
- Mount Sinai (<https://www.mountsinai.org/care/geriatrics/services/outpatient/mount-sinai-home>)
- Johns Hopkins HealthCare Solutions (<https://www.johnshopkinssolutions.com/solution/hospital-at-home/>)
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (<https://www.cdc.gov/>)
- American Hospital Association (<https://www.aha.org/>)
- Society of Hospital Medicine (SHM) (<https://www.hospitalmedicine.org/>)

France

- Haute Autorité de Santé (HAS) (<https://www.has-sante.fr/>)
- Ministère des Solidarités et de la Santé (<https://solidarites-sante.gouv.fr/>)
- SOS Médecins (<https://sosmedecins-france.fr/>)
- SAMU Urgences de France (<https://www.samu-urgences-de-france.fr/fr/>)
- Société française de médecine d'urgence (SFMU) (<https://www.sfmue.org/fr/>)
- Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile (FNEHAD) (<https://www.fnehad.fr/>)
- Fédération hospitalière de France (FHF) (<https://www.fhf.fr/>)

Norvège

- Norwegian Institute of Public Health (NIPH) (<https://www.fhi.no/en/>)

Royaume-Uni

- NHS National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (<https://www.nice.org.uk/guidance>)
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) (<https://www.sign.ac.uk/>)

Suisse

- Institution genevoise de maintien à domicile (IMAD) (<https://www.imad-ge.ch/prestations/hospitalisation-a-domicile/>)

ANNEXE B

Critères de sélection des publications

Tableau B-1 Critères de sélection des études scientifiques (volet Qualité des soins)

	CRITÈRES D'INCLUSION	CRITÈRES D'EXCLUSION
POPULATION	Population adulte ou âgée qui a besoin de soins hospitaliers	
INTERVENTION	Hospitalisation à domicile, c'est-à-dire : tout soin qui nécessiterait habituellement une admission à l'hôpital, mais qui est offert à domicile Évitement de l'hospitalisation (<i>admission avoidance</i>) ou congé précoce avec soutien (<i>early supported discharge</i>)	Soins préventifs, primaires, soins ambulatoires, consultation externe, réadaptation, soutien à domicile offert par les CLSC, soins de transition, congé précoce sans soutien à domicile
COMPARATEUR	Admission à l'hôpital ou sans comparateur	
RÉSULTATS	• Mortalité • Résultats cliniques (p. ex. résultats de santé, risques et avantages) • Indications/contre-indications à l'hospitalisation à domicile • Utilisation des services : réadmissions, visites à l'urgence évitées, durée du séjour hospitalier/à domicile • Qualité de vie • Satisfaction des patients ou des proches aidants	
CONTEXTE D'INTERVENTION	Domicile défini comme étant le lieu d'hébergement du patient	
TYPES DE PUBLICATIONS	Revue systématique, méta-analyses, guides de pratique basés sur une revue systématique ou consensus d'experts	Études primaires, résumés de conférences, protocoles, lettres à l'éditeur

Tableau B-2 Critères de sélection des études scientifiques (volet Organisation des soins)

	CRITÈRES D'INCLUSION	CRITÈRES D'EXCLUSION
POPULATION	Population adulte ou aînée qui a besoin de soins hospitaliers	
INTERVENTION	Hospitalisation à domicile, c'est-à-dire : tout soin qui nécessiterait habituellement une admission à l'hôpital, mais qui est offert à domicile Évitement de l'hospitalisation (<i>admission avoidance</i>) ou congé précoce avec soutien (<i>early supported discharge</i>)	Soins préventifs, primaires, soins ambulatoires, consultation externe, réadaptation, soutien à domicile offert par les CLSC, soins de transition, congé précoce sans soutien à domicile
COMPARATEUR	Admission à l'hôpital ou sans comparateur	
RÉSULTATS	• Modèles d'organisation des soins hospitaliers à domicile • Nombre et types de professionnels concernés • Coordination public/privé • Modalités de coordination des soins • Types de soins offerts • Critères d'admissibilité des patients • Description des processus d'admission et du parcours du patient • Enjeux organisationnels, p. ex. ressources nécessaires, climat hivernal, acceptabilité • Barrières et éléments qui facilitent l'implantation d'un service d'hospitalisation à domicile	
CONTEXTE D'INTERVENTION	Domicile défini comme étant le lieu d'hébergement du patient	
TYPES DE PUBLICATIONS	Revue systématiques, méta-analyses, guides de pratique basés sur une revue systématique ou consensus d'experts, essais contrôlés à répartition aléatoire et études primaires, sites Web d'organisations publiques ou privées prestataires d'un service d'hospitalisation à domicile	Résumés de conférences, protocoles, lettres à l'éditeur

ANNEXE C

Tableaux-synthèses

Tableau C-1 Données probantes sur l'hospitalisation à domicile

Auteur (date) Qualité	Type de publication	Objectifs	Population/ Échantillon	Intervention (I) et comparateur (C)	Variables étudiées	Principaux résultats	Limites de l'étude	Conclusion
Arsenault- Lapierre <i>et al.</i> , 2021 AMSTAR-2 : Modérée	Revue systématique et méta-analyse 9 ECR	Évaluer les résultats d'interventions d'HAD (évitement de l'admission) chez les patients atteints d'une maladie chronique qui se présentent à l'urgence.	Patients atteints d'une maladie chronique (p. ex. MPOC, insuffisance cardiaque, AVC ischémique, maladie neuromusculaire)	I : HAD (évitement de l'admission) (comprenant au moins une visite à domicile par une infirmière et/ou un médecin pour offrir un traitement qui aurait autrement été administré lors d'une hospitalisation C : Hospitalisation conventionnelle	Mortalité Admission en soins de longue durée Réadmission Durée du traitement Coûts Dépression et anxiété Qualité de vie Satisfaction du patient Stress chez le proche aidant Statut cognitif Nutrition Morbidity liée à l'hospitalisation Statut fonctionnel Déficits neurologiques	Pas de différence significative en termes de mortalité (RR : 0,84; 95 % IC : 0,61-1,15). Réduction significative du risque de réadmission (RR, 0,74; 95 % IC, 0,57-0,95) dans le groupe HAD. Augmentation de la durée du traitement : différence moyenne de 5,4 jours additionnels (95 % IC, 1,9-9,0 jours) dans le groupe HAD (forte hétérogénéité). Réduction significative du risque d'admission en soins de longue durée dans le groupe HAD (RR : 0,16; 95 % IC, 0,03-0,74). Les analyses de sensibilité selon le type de maladie chronique n'ont pas révélé de différence significative en termes de réadmission ou de durée du traitement. Pas de méta-analyse réalisée pour les autres résultats. La synthèse narrative révèle des résultats positifs concernant l'anxiété et la dépression, des résultats mitigés relatifs à la qualité de vie, à la satisfaction des patients, au stress du proche aidant et à la morbidité liée à l'hospitalisation ainsi que l'absence d'effet sur les autres résultats évalués.	Hétérogénéité (surtout pour la durée du traitement), faible nombre d'études incluses	Les résultats soutiennent le recours à l'HAD (y inclus au moins une visite d'une infirmière ou d'un médecin) chez les patients atteints d'une maladie chronique qui se présentent à l'urgence.

Auteur (date) Qualité	Type de publication	Objectifs	Population/ Échantillon	Intervention (I) et comparateur (C)	Variables étudiées	Principaux résultats	Limites de l'étude	Conclusion
Balaguer et Gonzalez de Dios, 2015 AMSTAR 2 : Élevée	Revue systématique (Cochrane) 1 ECR	Déterminer si une thérapie antibiotique par intraveineuse (IV) administrée à domicile aux patients atteints de fibrose kystique est aussi efficace que son administration en contexte d'hospitalisation et s'il s'agit de la modalité préférée des patients et/ou de la famille.	Enfants et adultes atteints de fibrose kystique qui reçoivent un traitement antibiotique par IV	I : Thérapie antibiotique par IV administrée à domicile C : Thérapie antibiotique par IV administrée en contexte d'hospitalisation en soins aigus	Fonction pulmonaire Infection pulmonaire Amélioration de scores cliniques Gain de poids Qualité de vie Complications cliniques Réadmissions Mortalité Coûts Durée du traitement Événements indésirables Adhésion aux autres composants du traitement	Les participants à domicile ont subi moins d'exams que les participants à l'hôpital ($p < 0,002$) et l'activité générale était plus élevée dans le groupe à domicile. Pas de différence significative pour les résultats cliniques, les événements indésirables, les complications ou le changement des lignes intraveineuses, ou le délai avant la réadmission. Les participants à domicile ont reçu moins d'antibiotiques à faible dose pour le maintien à domicile. Pas de différence significative pour certaines mesures de la qualité de vie (dyspnée, état émotionnel), mais la fatigue était pire et le sentiment de contrôle était moindre pour les participants à domicile (probablement en raison d'une activité générale plus élevée et d'un besoin de soutien). Les perturbations personnelles, familiales, du sommeil et de l'alimentation étaient moindres à domicile qu'à l'hôpital. La thérapie à domicile était moins chère pour les familles et l'hôpital. Les coûts indirects n'ont pas été déterminés.	Seulement une étude incluse, avec limites méthodologiques importantes (faible échantillon, évaluation non réalisée à l'aveugle, plusieurs variables d'intérêt non étudiées, y inclus la préférence des patients).	Les données sont limitées à un seul ECR, qui suggère que le traitement à domicile à court terme ne cause pas de dommage pour le patient, est associé à moins d'exams, il réduit les perturbations sociales et peut être « coût-efficace ». Comme il y a des avantages et des désavantages en termes de qualité de vie, la décision de tenter le traitement à domicile doit être adaptée à la situation de chaque patient en fonction des ressources locales disponibles.
Caplan <i>et al.</i> , 2012 AMSTAR 2 : Faible	Revue systématique et méta-analyse 61 ECR	Évaluer les effets des services d'HAD qui remplacent de manière significative le séjour hospitalier sur la mortalité, les taux de réadmission, la satisfaction des patients et des proches aidants et sur les coûts.	Patients > 16 ans dont l'état nécessite une hospitalisation (sauf soins pédiatriques ou obstétriques)	I : HAD remplaçant de manière significative le séjour hospitalier (durée d'HAD ≥ 7 jours ou ≥ 25 % de la durée moyenne de l'hospitalisation conventionnelle) C : Hospitalisation conventionnelle	Mortalité Taux de réadmission Satisfaction des patients et des proches aidants Coûts	Réduction significative de la mortalité en faveur de l'HAD (réduction absolue de 2,01%). Réduction significative des taux de réadmission en faveur de l'HAD, particulièrement pour soins psychiatriques) (réduction absolue de 2,09 %) Réduction des coûts en faveur de l'HAD malgré la large hétérogénéité des études. De manière générale, les coûts de l'HAD représentaient 73,5 % des coûts des soins des groupes témoins (hospitalisation conventionnelle). Données majoritairement en faveur de l'HAD en termes de satisfaction des patients et des proches aidants. Majorité des études (8/11) rapportent un moins grand fardeau en contexte d'HAD que pour l'hospitalisation conventionnelle, mais la méta-analyse sur sept études n'a révélé aucune différence.	La large hétérogénéité des types de services d'HAD rend difficile d'attribuer des éléments de l'HAD aux résultats obtenus.	L'HAD est associée à la réduction de la mortalité, de la réadmission et des coûts, et augmente la satisfaction des patients et des proches aidants, sans toutefois affecter le fardeau pour les proches aidants. L'HAD devrait être recommandée lorsque des soins adéquats peuvent être offerts à domicile comme solution de remplacement de l'hospitalisation.
Cool <i>et al.</i> , 2018 AMSTAR 2 : Élevée	Revue systématique 17 articles y inclus 5 ECR ciblant la clientèle adulte	Décrire les modèles de soins d'hospitalisation à domicile (HAD) en oncologie (voir tableau 2) Évaluer les effets de l'administration de thérapies oncologiques à domicile sur des résultats	Adultes atteints de cancer	I : Administration parentérale de médicaments anticancéreux à domicile C : Comparaison intersujet ou hospitalisation conventionnelle	Qualité de vie (anxiété/ dépression, bien- être, activités quotidiennes) Satisfaction des patients (préférences, avantages perçus) Sécurité (événements indésirables,	Pas de différence significative en termes de qualité de vie rapportée par les patients Taux de satisfaction > 70 % et préférence pour l'HAD Pas de différence significative entre le taux d'événements indésirables ou d'utilisation des services. Événements indésirables observés dans 4 études sur 11 (difficultés avec la perfusion, infection liée à un appareil, doses non administrées en raison d'un jour férié ou de l'indisponibilité du médicament)	Hétérogénéité des études, risque de biais dans la majorité des études, faible taille d'échantillon dans les études sélectionnées, cible seulement les médicaments administrés par voie parentérale.	Les données soutiennent que l'HAD en oncologie est une option sécuritaire, équivalente à l'hospitalisation conventionnelle et acceptable pour certains patients atteints de cancer. Les données ne permettent pas de juger de son potentiel de réduction des coûts.

Auteur (date) Qualité	Type de publication	Objectifs	Population/ Échantillon	Intervention (I) et comparateur (C)	Variables étudiées	Principaux résultats	Limites de l'étude	Conclusion
		rapportés par les patients			utilisation des services de santé) Coût-efficacité	Les données limitées suggèrent un coût plus faible pour l'HAD en oncologie versus en hospitalisation conventionnelle		
Echevarria <i>et al.</i> , 2016 AMSTAR 2 : Modérée	Revue systématique 8 ECR	Évaluer la sécurité, l'efficacité et les coûts de l'HAD et du congé précoce avec soutien comparativement aux soins conventionnels pour patients avec exacerbations aiguës de la MPOC	Patients avec exacerbations aiguës de la MPOC	I : HAD ou congé précoce avec soutien C : Admission conventionnelle	Réadmission Mortalité Coûts	Tendance non significative vers une réduction de la mortalité (RR : 0,66; 95 % IC 0,40–1,09, p = 0,10). L'HAD/congé précoce avec soutien est associée à moins de réadmissions (RR : 0,74, 95 % IC : 0,60–0,90, p = 0,003) lorsque le retour à l'hôpital au cours de l'intervention n'est pas considéré comme une réadmission (pourrait être un transfert ou vu comme continuité des soins), mais cet avantage n'est pas maintenu si le retour à l'hôpital est considéré comme une réadmission (RR : 0,84; 95 % IC 0,69–1,01, p = 0,07). Les coûts étaient plus faibles pour l'HAD/congé précoce avec soutien que pour l'admission conventionnelle (bien que les études aient été réalisées dans différents pays avec différents systèmes de santé tels que le Royaume-Uni, l'Australie, les Pays-Bas, l'Italie). En incluant les coûts d'une perspective sociétale (y compris soins formels et informels, perte de productivité pour le patient) et considérant la phase de soins aigus et de suivi, l'HAD/congé précoce avec soutien était plus coûteuse que les soins conventionnels.	Hétérogénéité des études et intervention, pas de distinction entre l'HAD et le congé précoce avec soutien	Pour certains patients avec exacerbations aiguës de la MPOC, l'HAD/congé précoce avec soutien réduit la durée du séjour avec des taux de mortalité et de réadmission similaires ou plus faibles comparativement à l'admission conventionnelle. Les critères de sélection restent toutefois à définir.
Elliott <i>et al.</i> , 2020 AMSTAR 2 : Très faible	Revue de la portée 26 articles (y inclus 2 ECR) sur 16 interventions d'HAD 14 articles sur 10 interventions de télésurveillance	Déterminer, catégoriser et résumer les interventions en contexte ambulatoire pour gérer les complications aiguës de maladies chroniques courantes et définir les besoins et possibilités dans la littérature pour adapter et tester différentes interventions pour les patients avec insuffisance rénale ou maladie chronique rénale avancée.	Patients avec complications aiguës d'une maladie chronique cardiovasculaire, respiratoire, rénale, cancer, ou diabète (sauf les populations chirurgicales, obstétricales et psychiatriques)	I : Stratégies, interventions ou modèles de soins qui ont pour objectif d'éviter des visites à l'urgence ou l'admission à l'hôpital C : Soins hospitaliers conventionnels	Coûts Satisfaction des patients et des intervenants Avantages de l'HAD	Recension de 16 interventions d'HAD ciblant les patients avec exacerbations aiguës de la MPOC ou atteints d'insuffisance cardiaque congestive. Économie des coûts démontrée dans toutes les études sur l'HAD. Seules quelques études sur l'HAD ont évalué la satisfaction des patients et des intervenants, et celle-ci s'avère améliorée comparativement aux soins hospitaliers dans 70 % des études. L'HAD est perçue comme offrant une plus grande accessibilité, une facilité d'utilisation et du soutien social comparativement aux soins hospitaliers conventionnels. Recension de 10 interventions de télésurveillance pour diagnostiquer rapidement et amorcer le traitement de complications aiguës de conditions respiratoires (MPOC, asthme) et d'insuffisance cardiaque. La télésurveillance implique d'autosurveiller des paramètres physiologiques (p. ex. saturation d'oxygène) avec un appareil qui transmet les données du patient à une équipe à distance. Ces interventions incluent un processus d'alerte qui permet une évaluation rapide (en personne ou par téléphone) par	Synthèse de données hétérogènes, pas de conclusions possibles concernant l'efficacité des interventions pour la population atteinte d'une maladie rénale chronique	Les interventions d'HAD sont davantage utilisées (décrites) dans le contexte du traitement de patients atteints d'une maladie respiratoire chronique (MPOC) et cardiovasculaire (insuffisance cardiaque), ce qui suggère que certaines interventions seraient plus appropriées pour certaines clientèles. Peu de preuves convaincantes sont disponibles concernant la télésurveillance pour gérer les complications aiguës chez les patients atteints d'une maladie rénale chronique avancée ou d'insuffisance rénale.

Auteur (date) Qualité	Type de publication	Objectifs	Population/ Échantillon	Intervention (I) et comparateur (C)	Variables étudiées	Principaux résultats	Limites de l'étude	Conclusion
						une infirmière ou un médecin spécialiste afin d'entreprendre le traitement en temps opportun. Trois études qualitatives sur la télésurveillance rapportent que les patients apprécient l'accessibilité, le soutien, la réassurance offerte par l'équipe soignante et la possibilité de développer une relation de confiance avec celle-ci. Il y a toutefois le risque que les patients comptent trop sur la technologie pour améliorer leur condition et délaissent les pratiques d'autogestion.		
Gonçalves-Bradley <i>et al.</i> , 2017 AMSTAR 2 : Élevée	Revue systématique (Cochrane, mise à jour) 32 ECR	Déterminer l'efficacité et les coûts d'un service d'HAD (congé précoce) comparativement à l'hospitalisation conventionnelle	Adultes qui ont besoin de soins aigus (sauf soins obstétricaux ou de santé mentale), notamment patients qui ont subi un AVC, aînés avec conditions multiples et patients qui ont subi une chirurgie non urgente	I : HAD (congé précoce) (sauf soins de longue durée, ambulatoires, palliatifs, autoadministration d'intraveineuse) C : Hospitalisation conventionnelle	Mortalité Réadmissions Statut fonctionnel Résultats rapportés par les patients (bien-être général et lié à la santé, qualité de vie, fonctions cognitives) Complications cliniques Lieu de domicile post-hospitalisation Satisfaction des patients Satisfaction et fardeau des proches aidants Perspective des intervenants Durée du séjour Utilisation des services	Patients qui ont subi un AVC : Peu ou pas de différence concernant la mortalité à 3 ou 6 mois et les réadmissions. Peut réduire le risque d'être admis en soins de longue durée à 6 mois et pourrait légèrement augmenter la satisfaction des patients. Réduit probablement la durée du séjour hospitalier d'environ 7 jours. L'effet sur le coût est incertain. Aînés avec conditions variées : Peu ou pas de différence concernant la mortalité, augmentation potentielle des réadmissions, mais réduction potentielle pour les patients atteints de la MPOC. Peut réduire le risque d'être admis en soins de longue durée à 6 mois et pourrait légèrement augmenter la satisfaction des patients. Réduit probablement la durée du séjour hospitalier entre ½ jour à 20 jours. L'effet sur le coût est incertain. Patients qui ont subi une chirurgie non urgente : Peu ou pas de différence concernant la mortalité et les réadmissions. Manque de données concernant l'effet sur le risque d'être admis en soins de longue durée. Pourrait légèrement augmenter la satisfaction des patients. Le personnel rapporte une charge de travail similaire. Les proches aidants rapportent être moins satisfaits ou aucune différence entre les groupes intervention et témoin. Réduit probablement la durée du séjour hospitalier d'environ 4 jours. L'effet sur le coût est incertain.	Faible volume de patients recrutés dans les études incluses	Il y a des preuves de faibles à modérées que l'HAD n'affecte pas négativement la mortalité, les réadmissions ou le statut fonctionnel et réduit la durée du séjour hospitalier. Il n'y a pas assez de preuves concernant les avantages économiques de l'HAD (congé précoce) ou l'amélioration des résultats de santé.
Huntley <i>et al.</i> , 2017 AMSTAR2 : Modérée	Revue systématique 11 études et 7 revues systématiques sur l'HAD	Déterminer les solutions de remplacement existantes de l'admission hospitalière pour les aînés, déterminer si celles-ci sont sécuritaires, efficaces et « coût-efficaces » et préciser les caractéristiques des patients pour lesquels la	Adultes ≥ 65 ans dans un pays de l'OCDE, dont l'état nécessite une admission non planifiée	I : Intervention communautaire offerte en remplacement de l'admission hospitalière en soins aigus C : Admission hospitalière en soins aigus	Visites à l'urgence suivant l'intervention Réadmission Résultats pour le patient Sécurité Coûts des soins de santé Critères d'admissibilité	Cette revue rapporte des données sur des études également citées dans d'autres revues systématiques incluses pour les clientèles suivantes : insuffisance cardiaque, MPOC, AVC, diverticulite non compliquée (voir Qaddoura <i>et al.</i> , 2015; Shepperd <i>et al.</i> , 2016; Jeppesen <i>et al.</i> , 2012; Vinson <i>et al.</i> , 2012; Caplan <i>et al.</i> , 2012). Pour la clientèle atteinte de pneumonie, 1 ECR montre peu ou pas de différence en termes de réadmission, qualité de vie, réactions indésirables à un traitement, complications et mortalité. Les patients qui ont bénéficié de l'HAD sont plus nombreux à être satisfaits des soins que ceux du groupe de comparaison. Pour les aînés atteints de problèmes médicaux aigus, 3 études non <i>randomisées</i> rapportent une réduction de la	Données et qualité des données insuffisantes pour réaliser une méta-analyse	Plusieurs options autres que l'admission hospitalière (y compris l'HAD) sont sécuritaires et semblent réduire l'utilisation de ressources.

Auteur (date) Qualité	Type de publication	Objectifs	Population/ Échantillon	Intervention (I) et comparateur (C)	Variables étudiées	Principaux résultats	Limites de l'étude	Conclusion
		décision d'admission serait incertaine				durée du séjour, un plus faible coût (1 étude), mais aucune différence en termes de mortalité ou d'utilisation des services (visites à l'urgence, réadmission). De manière générale, les résultats cliniques et la mortalité en contexte d'HAD sont comparables à ceux de l'hospitalisation conventionnelle pour plusieurs conditions aiguës et chroniques, et l'HAD a le potentiel de réduire les dépenses en santé. Toutefois, les patients qui ont subi un AVC semblent avoir de moins bons résultats avec l'HAD; c'est pourquoi les auteurs recommandent que ces patients soient traités dans des unités spécialisées. Huit études ont spécifié un critère lié à la sévérité de la démence comme critère d'inclusion (toutefois, difficile à appliquer en contexte aigu) et neuf études ont spécifié l'importance de tenir compte de la situation domiciliaire du patient, de son réseau social et de ses capacités de gestion de la maladie dans le processus de décision pour admettre le patient à une intervention autre qu'en milieu hospitalier.		
Jeppesen <i>et al.</i> , 2012 AMSTAR 2 : Modérée	Revue systématique (Cochrane) 8 ECR	Évaluer l'efficacité de l'HAD en comparaison avec l'hospitalisation conventionnelle chez les patients avec exacerbations aiguës de la MPOC	870 patients avec diagnostic de MPOC avec exacerbation aiguë se présentant à l'urgence	I : HAD sous forme de soutien à domicile sous la supervision d'une infirmière spécialisée en soins respiratoires (sous l'orientation d'une équipe hospitalière) y compris visites régulières par l'infirmière jusqu'au congé C : Hospitalisation conventionnelle	Taux de réadmission Mortalité Qualité de vie liée à la santé Fonction pulmonaire Exacerbations Utilisation d'un bronchodilatateur Satisfaction et préférence des patients et des proches aidants Coûts et économies de la santé Nombre de jours de soins	Réduction significative des taux de réadmission en faveur de l'HAD (qualité modérée) Tendance vers réduction de la mortalité en faveur de l'HAD (non significative) (qualité modérée) Pas de différence en termes de satisfaction des patients (faible qualité) Direction de l'effet sur les coûts favorable à l'HAD (qualité très faible, biais potentiel lié à la variation des pays et des contextes) Environ 25 % des patients ont été admissibles à l'HAD. Les raisons de l'inadmissibilité incluent : faible fonction pulmonaire, comorbidités sévères (p. ex. conditions cardiaques) ou autres (p. ex. confusion).	Qualité des preuves trop faible pour tirer des conclusions sur la qualité de vie liée à la santé, sur la fonction pulmonaire et sur les coûts directs.	Certains patients avec exacerbations aiguës de la MPOC qui se présentent à l'urgence peuvent être traités en sécurité à la maison avec le soutien d'infirmières spécialisées en soins respiratoires. L'HAD peut être avantageuse pour réduire le nombre des réadmissions, mais pas d'effets significatifs notés sur la mortalité.
Farfan-Portet <i>et al.</i> , 2015 AMSTAR 2 : Très faible	Revue systématique 17 revues systématiques d'ECR	Analyser l'efficacité et la sécurité de l'HAD Déterminer si une population cible spécifique peut être identifiée	Tous patients qui ont besoin de soins médicaux spécialisés qui sont généralement offerts en milieu hospitalier (sauf soins péri/postnataux et soins palliatifs)	I : HAD (soins médicaux spécialisés qui sont généralement offerts en milieu hospitalier, mais offerts aussi à domicile, de type congé précoce ou	Durée du séjour hospitalier Réadmissions Mortalité Sécurité (complications, événements indésirables)	Deux méta-analyses ainsi que plusieurs revues soutiennent la réduction de la durée du séjour hospitalier (congé précoce). Citent les mêmes résultats que Gonçalves-Bradley 2017 en faveur de l'HAD. Les résultats sur les réadmissions sont mixtes et les revues sur la MPOC arrivent à des résultats divergents. La plupart des revues ne montrent pas de différences significatives en termes de mortalité.	Biais potentiel en ce qui concerne la satisfaction des patients et proches aidants, puisque les études n'ont inclus que les patients qui consentent à l'HAD	L'HAD semble avoir des résultats similaires (avec des tendances vers certains résultats améliorés) en comparaison avec l'hospitalisation conventionnelle en ce qui a trait à la durée du séjour hospitalier, les réadmissions, la mortalité

Auteur (date) Qualité	Type de publication	Objectifs	Population/ Échantillon	Intervention (I) et comparateur (C)	Variables étudiées	Principaux résultats	Limites de l'étude	Conclusion
				pour éviter une admission) C : Hospitalisation conventionnelle	Qualité de vie des patients Qualité de vie des proches aidants Satisfaction des patients et des proches aidants	Il y avait trop peu de complications ou d'événements indésirables dans les études pour trouver des différences entre les groupes Pas de différences notées concernant la qualité de vie des patients (trop d'hétérogénéité pour réaliser une méta-analyse) ni des proches aidants, sauf dans le cas de l'hémodialyse à domicile où les patients rapportent une meilleure qualité de vie en faveur de l'HAD. Les patients dans le groupe HAD rapportent une plus grande satisfaction et une préférence pour l'HAD par rapport à l'hospitalisation conventionnelle.	Large hétérogénéité des études et des revues systématiques	et la sécurité. Il n'y a pas de données des revues qui montrent que l'HAD a un effet négatif sur la satisfaction des patients et des proches aidants.
Khatib <i>et al.</i> , 2020 AMSTAR 2 : Faible	Revue systématique et méta-analyse 12 études, comprenant 9 ECR et 3 études prospectives	Évaluer la sécurité et l'efficacité du traitement de patients atteints de thrombose veineuse profonde (TVP) ou d'embolie pulmonaire à domicile comparativement à l'hôpital	Patients atteints d'une TVP non compliquée et patients qui ont subi une embolie pulmonaire à faible risque de complications	I : Traitement à domicile pour TVP ou embolie pulmonaire OU court séjour à l'hôpital (≤ 72 h) avec continuation du traitement à domicile (principalement injections sous-cutanées d'héparine de bas poids moléculaire) C : Traitement à l'hôpital pour TVP ou embolie pulmonaire	Mortalité (toute cause) Embolie pulmonaire (ou récurrence) TVP (ou récurrence) Hémorragie sévère au cours des 3 mois suivant le diagnostic initial	Patients atteints d'une TVP : Diminution du risque d'embolie pulmonaire (RR regroupé 0,64; 95 % IC, 0,44-0,93) et de récurrence de TVP (RR regroupé 0,61; 95 % IC, 0,42-0,90) (certitude modérée) Réduction de la mortalité et des hémorragies sévères non significative (en faveur du traitement à domicile) (faible certitude) Patients qui subissent une embolie pulmonaire à faible risque de complications : Pas de différences significatives concernant la mortalité (toute cause), la récurrence de l'embolie pulmonaire et l'incidence d'hémorragie sévère (faible certitude)	Études avec petits échantillons, preuves avec niveau de certitude de faible à modéré, peu d'études avec patients traités par anticoagulants oraux	Les patients atteints d'une TVP à faible risque ont un risque similaire ou plus faible de complications lorsque traités à domicile plutôt qu'à l'hôpital. Il reste de l'incertitude quant à l'efficacité et la sécurité du traitement à domicile de patients qui font une embolie pulmonaire à faible risque.
Langhorne et Baylan, 2017 AMSTAR 2 : Élevée	Revue systématique et méta-analyse (Cochrane) 17 ECR	Déterminer si, en comparaison avec des soins conventionnels, une politique de congé précoce avec réadaptation dans la communauté (congé précoce soutenu) peut accélérer le retour à la maison, produire des résultats supérieurs ou équivalents pour les patients et proches aidants, satisfaire les patients et	Patients admis à l'hôpital avec diagnostic d'AVC	I : Interventions qui visent à accélérer le congé de l'hôpital en offrant du soutien (comprenant ou non la réadaptation thérapeutique) dans la communauté C : Soins conventionnels à l'hôpital	Mortalité ou dépendance physique Mortalité ou admission en soins de longue durée Activités de la vie quotidienne Santé perçue Humeur Résultats pour le proche aidant Satisfaction et préférence du patient et du proche aidant Durée du séjour Réadmission	Réduction du risque de mortalité ou de dépendance physique à la fin du suivi (médiane 6 mois) (OR 0,80; 95 % IC 0,67 à 0,95, p = 0,01, niveau de preuve modéré). Une plus grande réduction de ce risque observée pour les patients AVC et incapacité de légère à modérée par rapport aux patients avec AVC et incapacité sévère (p = 0,04). La plus grande réduction de ce risque a été observée dans les études qui ont évalué une intervention de congé précoce soutenu avec une équipe coordonnée par rapport aux services sans équipe coordonnée (p = 0,06). Réduction significative du risque de mortalité ou d'avoir besoin de soins de longue durée en établissement (OR 0,75, 95 % IC 0,59 à 0,96, p = 0,02, niveau de preuve modéré) Légères améliorations dans les scores d'activités quotidiennes étendues (diff. de moyenne standardisée 0,14, 95 % IC 0,03 à 0,25, p = 0,01, niveau de preuve faible) et en termes de satisfaction concernant les	Quelques données manquantes pour la variable d'intérêt principale (mortalité ou dépendance physique), plusieurs études réalisées il y a plus de 10 ans.	Les services de congé précoce soutenu par une équipe multidisciplinaire coordonnée permettent de réduire la dépendance à long terme, l'admission en soins de longue durée et la durée du séjour hospitalier pour certains patients qui ont subi un AVC. Aucun impact sur l'humeur, la santé perçue des patients et des proches aidants n'a été observé, ni sur les réadmissions.

Auteur (date) Qualité	Type de publication	Objectifs	Population/ Échantillon	Intervention (I) et comparateur (C)	Variables étudiées	Principaux résultats	Limites de l'étude	Conclusion
		proches aidants et avoir des implications sur l'utilisation des ressources			Coûts de l'intervention	services reçus (OR 1,60, 95 % IC 1,08 à 2,38, $p = 0,02$, niveau de preuve faible). Pas d'amélioration claire en termes d'activités de la vie quotidienne, santé perçue, humeur des patients ni en termes de santé perçue, humeur et satisfaction des proches aidants. Réduction de la durée du séjour (équivalent d'environ 6 jours) (différence moyenne – 5,5; 95 % IC - 3 à - 8 jours; $p < 0,0001$; niveau de preuve modéré). Pas de différence concernant le risque de réadmission (preuve de faible qualité) Impact sur les coûts variables (entre 23 % plus faible, jusqu'à 15 % plus important) pour le groupe avec intervention. Pas de différences significatives entre le service CPS basé dans la communauté ou à l'hôpital. Les études avec équipe CPS multidisciplinaire coordonnée montrent un risque de décès ou de dépendance moins élevé comparativement à celles sans équipe CPS (OR 0,73 (95 % IC 0,60 à 0,89 versus (OR 1,11 (95 % IC 0,75 à 1,62). La composante du service CPS responsable d'une amélioration des résultats fonctionnels n'est pas claire, mais l'offre de réadaptation à domicile pourrait être un facteur qui y contribue significativement.		
McCurdy, 2012 AMSTAR 2 : Faible	Revue systématique 13 articles, y compris 5 revues systématiques, 7 ECR et 1 rapport d'évaluation	Comparer l'HAD et l'hospitalisation conventionnelle pour les patients avec exacerbations aiguës de la MPOC qui se présentent à l'urgence	Patients avec exacerbations aiguës de la MPOC qui se présentent à l'urgence	I : HAD (traitement actif de l'exacerbation aiguë à domicile par des professionnels de la santé durant une période limitée) C : Hospitalisation conventionnelle	Mortalité Fonction pulmonaire (FEV1) Qualité de vie liée à la santé Préférences et satisfaction des patients et proches aidants Complications Réadmissions Durée du séjour hospitalier/à domicile Nombre de visites à l'urgence Transfert en soins de longue durée Délai avant la réadmission Admissibilité pour l'HAD	Réduction non significative du risque de mortalité et de réadmission comparativement à l'hospitalisation conventionnelle au suivi de 2 et 6 mois. La réadmission peut être retardée par l'HAD de 4 à 38 jours (preuves limitées et de très faible qualité). Il n'y a pas assez de preuves pour déterminer l'effet de l'HAD sur la fonction pulmonaire ni sur la durée du séjour hospitalier. La majorité des études n'ont pas trouvé de différences significatives en termes de qualité de vie. La satisfaction des patients et des proches aidants est élevée pour l'HAD, tout comme pour l'hospitalisation conventionnelle. Réduction non significative du risque de transfert en soins de longue durée (forte possibilité d'erreur de type II). Environ de 21 % à 37 % des patients avec exacerbations aiguës de la MPOC qui se présentent à l'urgence seraient admissibles à l'HAD (variable selon	Preuves de qualité faible à très faible, forte possibilité d'erreur de type II.	Résultats similaires pour l'HAD et l'hospitalisation conventionnelle chez les patients avec exacerbation de la MPOC qui se présentent à l'urgence. Ces résultats reposent sur des données de faible à très faible qualité.

Auteur (date) Qualité	Type de publication	Objectifs	Population/ Échantillon	Intervention (I) et comparateur (C)	Variables étudiées	Principaux résultats	Limites de l'étude	Conclusion
						le modèle organisationnel de l'HAD et les préférences du patient).		
Othieno <i>et al.</i> , 2018 AMSTAR 2 : Élevée	Revue systématique (Cochrane) 7 ECR	Comparer l'incidence et les complications de thromboembolie veineuse chez les patients traités à domicile comparativement à ceux traités lors d'une hospitalisation conventionnelle	Patients qui ont subi une thromboembolie veineuse, qui n'ont pas de contraindication à l'héparine et dont le contexte domiciliaire est adéquat	I : Traitement à domicile avec héparine à bas poids moléculaire C : Traitement à l'hôpital avec héparine à bas poids moléculaire ou héparine non fractionnée	Récurrence de thromboembolie veineuse (embolie pulmonaire ou TVP) Gangrène veineuse Complications liées à l'héparine Mortalité Satisfaction et qualité de vie des patients Coût-efficacité	Réduction du risque de récurrence de thromboembolie à domicile comparativement à l'hôpital (RR 0,58, 95 % IC 0,39 à 0,86; 6 études; 1 708 participants; p = 0,007; preuves de faible qualité). Pas de différence significative entre les groupes en termes d'hémorragie (sévère ou mineure) ou de mortalité (preuves de faible qualité). Aucun cas de gangrène veineuse rapporté dans les études. Deux études sur trois rapportent que le traitement à domicile mène à une plus grande amélioration de la qualité de vie, alors que la troisième rapporte un grand nombre de patients qui ont choisi de changer d'option de traitement en passant du traitement hospitalier au traitement à domicile (preuves de très faible qualité). Les coûts directs rapportés sont plus élevés chez les patients traités à l'hôpital (preuves de très faible qualité).	Hétérogénéité et lacunes méthodologiques importantes dans les 7 ECR inclus, qualité des études de faible à très faible.	Des preuves de faible qualité suggèrent que les patients traités à domicile avec héparine à bas poids moléculaire ont moins de risque de récurrence de la thromboembolie que ceux traités à l'hôpital. Les données ne montrent pas de différence en termes d'hémorragie et de mortalité.
Philp <i>et al.</i> , 2013 AMSTAR 2 : Très faible	Revue systématique 4 revues systématiques liées à l'HAD/congé précoce avec soutien	Faire une revue de littérature sur les interventions visant à réduire l'utilisation des lits hospitaliers	Aînés avec fragilité	I : Interventions visant à réduire les hospitalisations évitables et la durée du séjour	Non spécifiées	Une revue systématique recensée sur le congé précoce avec soutien est une version antérieure de Gonçalves-Bradley (2017) et une revue systématique sur l'HAD est une version antérieure de Shepperd <i>et al.</i> (2016). L'autre revue systématique sur l'HAD (publiée en 2009) ne rapporte aucune augmentation ou réduction de l'utilisation des services et des coûts. Une revue systématique sur les soins intermédiaires conclut qu'en date de publication (2009) l'approche de l'HAD est la meilleure option de soins intermédiaires soutenue par des ECR.	Résultats peu détaillés, pas d'évaluation de la qualité des études	La réduction de l'utilisation non nécessaire de lits hospitaliers par des aînés nécessite une approche intégrée entre l'hôpital et la communauté
Qaddoura <i>et al.</i> , 2015 AMSTAR 2 : Faible	Revue systématique et méta-analyse 6 études (3 ECR et 3 études observationnelles)	Synthétiser la littérature sur les effets de l'HAD chez les patients atteints d'insuffisance cardiaque, sur les résultats cliniques, centrés sur le patient, sur les résultats et les coûts pour le système de santé	Patients dont l'état nécessite une hospitalisation pour insuffisance cardiaque décompensée	I : Modèles de soins substitutifs pour patients qui ont besoin d'une hospitalisation (admission évitée, congé précoce avec traitement actif à domicile, hôpital de jour) (sauf télémedecine ou soins transitionnels) C : Hospitalisation conventionnelle	Réadmission Mortalité Durée du séjour Visites à l'urgence Qualité de vie liée à la santé Coûts pour le système de santé	L'analyse des ECR montre que l'HAD retarde le moment de la première réadmission (différence moyenne de 14,13 jours [95 % IC 10,36 à 17,91]) et améliore la qualité de vie liée à la santé jusqu'à 12 mois après (différence moyenne de - 0,17 [- 0,31 à - 0,02]). On note une tendance vers la diminution des réadmissions (RR 0,68 [0,42 à 1,09]), mais pas d'effet sur la mortalité de toute cause (RR 0,94 [0,67 à 1,32]). L'HAD diminue les coûts d'hospitalisation. Dans les études observationnelles, l'HAD réduit le nombre des réadmissions et des visites à l'urgence. Les données sont conflictuelles et hétérogènes en ce qui concerne la durée du séjour.	Faible nombre d'études recensées, études de qualité méthodologique limitée, description des interventions peu détaillée	Malgré le nombre limité d'études et leur qualité limitée, l'HAD semble retarder le délai avant la réadmission et améliorer la qualité de vie liée à la santé chez les patients qui ont besoin de soins de niveau hospitalier et pour les patients atteints d'insuffisance cardiaque.

Auteur (date) Qualité	Type de publication	Objectifs	Population/ Échantillon	Intervention (I) et comparateur (C)	Variables étudiées	Principaux résultats	Limites de l'étude	Conclusion
Rivas-Ruiz <i>et al.</i> , 2019 AMSTAR 2 : Élevée	Revue systématique (Cochrane) 10 ECR (6 ECR portant sur la clientèle adulte)	Comparer l'efficacité et la sécurité d'un traitement ambulatoire comparativement à un traitement hospitalier chez les patients atteints d'un cancer avec neutropénie fébrile à faible risque	Adultes et enfants atteints d'un cancer avec neutropénie fébrile à faible risque de développement d'infections ou de complications sévères	I : Traitement avec antibiotiques (oraux ou par intraveineuse) administrés seuls ou avec d'autres thérapies à domicile (y inclus congé précoce après un court traitement antibiotique à l'hôpital) C : Traitement avec antibiotiques (oraux ou par intraveineuse) administré seul ou avec d'autres thérapies pendant l'hospitalisation	Échec de traitement Mortalité Durée de la fièvre Réactions aux traitements Durée de la neutropénie Durée de l'hospitalisation Durée du traitement Qualité de vie	Pas de différence significative en termes d'échec du traitement ou de mortalité (certitude modérée) Pas de différence significative en termes de durée de la fièvre, de durée de la neutropénie ou de réaction au traitement (faible certitude) Durée du séjour plus courte de 1,64 jour chez les patients à domicile (faible certitude) Une étude rapporte que la qualité de vie était légèrement supérieure chez les patients traités à domicile.	Pas de méta-analyse réalisée avec l'ensemble des ECR, petit nombre d'études	Le traitement ambulatoire de la neutropénie fébrile à faible risque chez les personnes atteintes de cancer produit des résultats probablement peu ou pas différents du traitement hospitalier standard et peut réduire le temps que les patients passent à l'hôpital.
Shepperd <i>et al.</i> , 2016 AMSTAR 2 : Élevée	Revue systématique (Cochrane) 16 ECR	Déterminer l'efficacité et les coûts d'un service d'HAD (admission évitée) comparativement à l'hospitalisation conventionnelle	Adultes qui ont besoin de soins aigus (sauf soins de longue durée, soins obstétricaux ou de santé mentale) * La majorité des études incluses ont recruté des aînés avec des conditions médicales spécifiques (p. ex. AVC, MPOC, insuffisance cardiaque).	I : HAD (service qui permet d'éviter une admission en offrant des soins actifs par des professionnels de la santé à domicile pour une durée limitée et pour une condition qui autrement nécessiterait une hospitalisation conventionnelle) C : Hospitalisation conventionnelle en soins aigus	Mortalité Transfert ou réadmission à l'hôpital Statut fonctionnel Qualité de vie ou état de santé autorapporté Fonction cognitive Dépression Résultats cliniques Lieu de résidence au suivi Satisfaction du patient Résultats pour le proche aidant Perspective des professionnels de la santé Durée du séjour hospitalier/à domicile Coûts Utilisation d'autres services de santé et de soins informels	Peu de différence concernant la mortalité à 6 mois (RR 0,77, 95 % IC 0,60 à 0,99; p = 0,04; 912 participants (certitude modérée) et pas de différence concernant le risque de transfert/réadmission (certitude modérée) Peut réduire le risque d'admission en soins de longue durée à 6 mois (RR 0,35 95 % CI : 0,22 – 0,57) (certitude faible) et augmenter la satisfaction des patients par rapport aux soins reçus (faible certitude), mais peu d'études disponibles portant sur les effets sur les proches aidants. Possiblement moins de coûts (sauf les coûts des soins informels) (certitude faible) Effet sur la durée du séjour (à l'hôpital et à domicile) variant entre une réduction de 8 jours chez les aînés avec problèmes de santé variés et une augmentation de 16 jours chez les patients atteints d'ACV.	La preuve limitée par les échantillons de petite taille des ECR rend les résultats imprécis.	L'HAD (admission évitée), avec l'option de transfert vers l'hôpital, peut-être une solution efficace pour certains groupes de patients aînés dont l'état nécessite une admission.

Auteur (date) Qualité	Type de publication	Objectifs	Population/ Échantillon	Intervention (I) et comparateur (C)	Variables étudiées	Principaux résultats	Limites de l'étude	Conclusion
Sriskandarajah <i>et al.</i> , 2018 AMSTAR 2 : Très faible	Revue systématique 5 études observationnelles sur l'HAD (Seuls les résultats liés à l'HAD sont rapportés ici.)	Réviser la littérature d'études observationnelles qui ont évalué la sécurité et l'efficacité de l'HAD et de la thérapie antimicrobienne parentérale ambulatoire au sein de la population générale, âgée et pédiatrique	Population générale Aînés (> 60 ans) Enfants (< 18 ans)	I : HAD	Incidents non désirables (p. ex. réadmission, mortalité, services non planifiés)	Une étude multicentrique recensée recommande d'offrir au minimum un soutien téléphonique à toute heure, des visites d'infirmières et d'intervenants médicaux et des visites après les heures d'ouverture en cas de problèmes. Selon cette étude, les patients plus âgés, les patients venant des unités de soins (plutôt que de l'urgence) ou ceux qui reçoivent des antibiotiques par intraveineuses seraient plus à risque d'avoir des incidents non désirables ou une interruption de traitement. Trois études ont conclu que l'HAD était sécuritaire pour les patients directement admis de l'urgence; l'une d'entre elles rapporte qu'il est plus sécuritaire d'admettre les patients directement de l'urgence par rapport aux unités de soins.	Limitée aux études observationnelles	La revue suggère que, même si plusieurs patients bénéficient de l'HAD, certains groupes vivent des incidents non désirables.
Varney <i>et al.</i> , 2014 AMSTAR 2 : Très faible	Revue systématique 22 articles, y inclus 3 revues systématiques Cochrane, 10 ECR, 6 études observationnelles, 1 analyse de coûts et 2 études provenant de la littérature grise	Évaluer l'efficacité d'un service d'HAD (admission évitée) qui admet les patients avec conditions variées directement du service des urgences.	Patients qui se présentent à l'urgence et ont besoin d'une admission hospitalière	I : HAD (admission évitée) – Service offert par les professionnels de la santé pour soutenir les patients à domicile pendant une durée limitée et, par conséquent, éviter l'hospitalisation C : Hospitalisation conventionnelle	Mortalité Résultats cliniques Sécurité Satisfaction du patient Événements indésirables Coûts Durée du séjour hospitalier/à domicile	Pas d'effet sur la mortalité selon les ECR (contradiction avec les revues systématiques) Pas d'effet sur les résultats cliniques ou la qualité de vie Pas d'effet sur les événements indésirables ou complications Satisfaction des patients plus élevée, favorable à l'HAD. L'HAD représente possiblement moins de coûts, mais 2 revues systématiques rapportent que les données sont insuffisantes pour tirer des conclusions à ce sujet Durée du séjour possiblement plus longue pour l'HAD.	Hétérogénéité des interventions, des conditions traitées, de l'intensité de la participation des professionnels de la santé Faible qualité des études (petits échantillons, interventions brèves avec suivi à court terme, non réalisées à l'aveugle) Plusieurs études avec admission en passant par le médecin de famille plutôt que par l'urgence.	Les services d'HAD qui recrutent les patients directement de l'urgence contribuent à réduire les coûts pour le système de santé, à une plus grande satisfaction des patients et obtiennent des résultats sur l'efficacité et la sécurité au moins équivalents à ceux associés à l'hospitalisation conventionnelle.
Vinson <i>et al.</i> , 2012 AMSTAR 2 : Élevée	Revue systématique 8 études (1 ECR et 7 études observationnelles)	Décrire la sécurité du traitement de patients atteints d'une embolie pulmonaire, la démographie de ces patients, les comorbidités, la stratification du risque, les traitements et les résultats	Patients avec présentation aiguë d'embolie pulmonaire	I : Traitement ambulatoire/à domicile – héparine de bas poids moléculaire sous-cutanée (y compris HAD) après diagnostic à l'urgence C : hospitalisation conventionnelle (une étude)	Événement thromboembolique récurrent Hémorragie majeure Mortalité Satisfaction des patients	Faible taux d'incidents indésirables : aucun cas de mortalité liée à une thromboembolie veineuse ou une hémorragie à 90 jours, de 0 % à 6, % d'événements non fatals thromboemboliques veineux récurrents et de 0 % à 1,2 % d'hémorragies majeures non fatales à 90 jours. L'ECR (de plus haute qualité) rapporte que les résultats des patients traités en ambulatoire/domicile à 90 jours n'étaient pas inférieurs à ceux obtenus des soins hospitaliers. La satisfaction des patients traités en ambulatoire/domicile exclusivement était en moyenne de 3,8 (écart-type : 0,97) sur 5 dans une étude et ne différait pas par rapport aux patients hospitalisés dans une autre étude. Un plus grand nombre de patients	Faible nombre d'études <i>randomisées</i> , risque de biais dans les études observationnelles	Les données sur les patients traités exclusivement en ambulatoire/domicile pour embolie pulmonaire aiguë sont limitées, mais soutiennent la faisabilité et la sécurité de cette approche chez une sélection de patients à faible risque.

Auteur (date) Qualité	Type de publication	Objectifs	Population/ Échantillon	Intervention (I) et comparateur (C)	Variables étudiées	Principaux résultats	Limites de l'étude	Conclusion
						dans le groupe témoin (hospitalisé) ont dit préférer la thérapie à domicile et moins de patients du groupe expérimental (traitement ambulatoire/à domicile) ont dit préférer les soins hospitaliers.		
Yoo <i>et al.</i> , 2019 AMSTAR 2 : Élevée	Revue systématique et méta-analyse (Cochrane) 2 ECR	Comparer l'efficacité et la sécurité d'un traitement ambulatoire versus l'hospitalisation pour des patients atteints d'embolie pulmonaire aiguë jugés à faible risque	Patients de 18 ans et plus atteints d'embolie pulmonaire aiguë à faible risque	I : Traitement ambulatoire de l'embolie pulmonaire (à domicile) (congé à la maison reçu au cours des 36 h suivant le triage initial) C : Traitement à l'hôpital (hospitalisation)	Mortalité (toute cause et liée à l'embolie pulmonaire) Hémorragie Événements indésirables Récurrence de l'embolie pulmonaire Satisfaction des patients	Pas de différences significatives concernant la mortalité à 30 jours ou à 90 jours, l'hémorragie majeure à 14 jours ou à 90 jours, l'hémorragie mineure ou la récurrence de l'embolie pulmonaire à 90 jours (preuve de faible qualité) Pas de différence significative concernant la satisfaction du patient non plus (preuve de qualité modérée) Les autres variables n'ont pas été évaluées par les études incluses.	Petit nombre d'études, études de faible qualité	Seulement des preuves de faible qualité sont disponibles, provenant de 2 ECR qui ont comparé des patients atteints d'embolie pulmonaire hospitalisés ou traités à domicile. Ces études ne montrent pas de différences claires entre les interventions.

Tableau C-2 Aspects organisationnels de différents modèles d'hospitalisation à domicile (littérature scientifique)

Auteur, année (Pays)	Type de service	Structure et processus d'orientation vers l'HAD			Structure et processus du service		
		Référent	Processus d'évaluation du patient	Population ciblée / Critères d'admissibilité	Description du service d'HAD/CPS	Professionnels concernés	Modalités de coordination
Brody <i>et al.</i> , 2019 États-Unis Étude qualitative Qualité : Moyenne (CASP)	Admission évitée	Clinique externe, programme de soins primaires à domicile	Les dossiers des patients en attente d'hospitalisation sont révisés par les cliniciens de l'équipe de l'HAD. Ces cliniciens entrent en contact avec le patient ou le proche aidant pour décrire le programme, compléter l'examen et l'historique afin de déterminer l'admissibilité du patient.	Critères d'inclusion ≥ 18 ans Assurance médicale État nécessitant admission hospitalière Diagnostic (exacerbations aiguës de l'asthme, de la MPOC, insuffisance cardiaque congestive décompensée, infection des voies urinaires, pneumonie communautaire, cellulite des membres inférieurs, TVP ou embolie pulmonaire, urgence hypertensive, hyperglycémie, déshydratation) Critères d'exclusion Instabilité clinique Besoin de surveillance cardiaque Besoin de soins intensifs Environnement domiciliaire non sécuritaire Réside à l'extérieur de Manhattan	HaH-Plus : soins aigus et 30 jours de soins post-aigus à domicile Examen physique, surveillance de signes vitaux, infusions intraveineuses, pansements, formation. Visite de l'infirmière une fois ou plus par jour pour donner les soins Rencontre en personne avec le médecin ou l'infirmière praticienne quotidiennement (en personne ou par vidéoconférence facilitée par l'infirmière) Au moins une visite d'un travailleur social Provision d'équipement médical, phlébotomie et radiographie au besoin Possibilité de transfert à l'hôpital pour évaluation à l'urgence en cas de décompensation ou à la demande du patient Disponibilité de médecins 24 h/24 qui sont certifiés pour diriger les ambulanciers paramédicaux pour une évaluation urgente à tout moment. Congé à la fin de la condition aiguë avec 30 jours de soins post-aigus à domicile (soutien d'autogestion et coordination des soins avec cliniciens de soins primaires, réadaptation, soins ambulatoires au besoin)	Médecin ou infirmière praticienne Infirmière Travailleur social	Non décrite
Caplan <i>et al.</i> , 2012 Revue systématique Qualité : Modérée (AMSTAR 2)	Admission évitée et congé précoce	Non décrit	Non décrit	Non décrit	Substitution significative de l'admission hospitalière (durée des soins hors de l'hôpital de 7 jours ou plus ou de 25 % ou plus du séjour hospitalier conventionnel. Certains services sont spécialisés (p. ex. par spécialités médicales ou chirurgicales, par diagnostics), d'autres incluent tous types de patients. Les services offerts varient, peuvent inclure des soins ambulatoires ou l'administration de médicaments par voie parentérale (p. ex. antibiotiques, héparine).	Équipe multidisciplinaire Équipe partielle Un seul professionnel de la santé (le plus souvent une infirmière sous la supervision d'un médecin)	Non décrit
Charron <i>et al.</i> , 2019 France Revue narrative et enquête de terrain Qualité : S.O.	Admission évitée	Non décrit	Protocole d'un centre hospitalier de la région d'Auvergne-Rhône-Alpes : - Décision de transfuser à domicile prise au cas par cas par le médecin coordonnateur de l'HAD. - Étude de faisabilité et visite à domicile préalables par un infirmier diplômé d'État (IDE)	Non décrit	Transfusion à domicile : médecin transfuseur (hémobiologiste) se déplaçait au domicile des patients, réalisait la transfusion et assurait la surveillance clinique jusqu'au terme de celle-ci. Différentes modalités d'organisation selon les structures d'HAD : - Médecin (transfuseur ou coordonnateur) reste au domicile du patient tout au long de la transfusion (période variant de 3 à 30 minutes) - Visite à domicile la veille de la transfusion - Visite à domicile par le médecin traitant au cours des 24 h suivant la transfusion - Possibilité de joindre le médecin transfuseur ou coordonnateur Protocole d'un CH de la région d'Auvergne-Rhône-Alpes : - Transfusion de manière itérative	Médecin transfuseur ou coordonnateur Infirmier diplômé d'État (pratique privée)	Coordination assurée par un infirmier coordonnateur de l'HAD

Auteur, année (Pays)	Type de service	Structure et processus d'orientation vers l'HAD			Structure et processus du service		
		Référent	Processus d'évaluation du patient	Population ciblée / Critères d'admissibilité	Description du service d'HAD/CPS	Professionnels concernés	Modalités de coordination
					- Engagement du médecin traitant à être disponible au-delà de la transfusion, doit pouvoir « intervenir à tout moment » - Présence de l'entourage durant au moins deux heures - Acte transfusionnel réalisé par un IDE libéral qui reste au domicile pendant toute la durée de la transfusion et 30 min après. - Cet infirmier doit être joignable durant les deux heures post-transfusionnelles. - Dépôt de délivrance rattaché à l'hôpital met à disposition les concentrés globulaires rouges		
Cœugnet <i>et al.</i> , 2016 France Étude mixte Qualité : Faible (CASP)	Admission évitée	Non décrite	Non décrite	Non décrite	Organisation d'HAD (Santelys Association) Soins principalement palliatifs ($\pm 45\%$) ou ponctuels ($\pm 40\%$) et incluent de la réadaptation ($\pm 15\%$). Chaque quart de travail est d'environ 7 h, comprenant 5 h de rondes du matin et 2 h d'organisation/planification dans les bureaux de l'association en après-midi. La planification des rondes est faite en fonction de la nature des soins, de la région géographique, de la durée des soins et de la préférence des patients. Les infirmières bénéficient d'une voiture professionnelle équipée avec GPS et cellulaire mains libres. Elles parcourent environ 60 km par jour de travail.	Équipe multidisciplinaire (capacité de prendre en charge 140 à 160 patients) 32 infirmières à temps plein ou temps partiel	Non décrite
Cool <i>et al.</i> , 2018 Revue systématique Qualité : Élevée (AMSTAR 2)	Admission évitée	Non décrit	Non décrit	Patients atteints de cancer. La plupart des études ciblent les patients avec cancer du sein, thoracique ou gastro-intestinal.	Administration à domicile de médicaments anticancéreux par voie parentérale. Certaines études se concentrent sur les soins palliatifs, curatifs ou les deux ou sur la thérapie de maintien. Dans la majorité des études, une infirmière est responsable d'administrer les médicaments. Plus rarement, le patient est lui-même chargé de l'administration de son traitement.	Équipe médicale (y compris un médecin) Infirmières employées par l'hôpital ou par des services de soins à domicile spécialisés indépendants de l'hôpital	Non décrite
Crilly <i>et al.</i> , 2012 Australie Étude qualitative Qualité : Faible (CASP)	Admission évitée	Médecin à l'urgence	Triage et évaluation par le personnel à l'urgence Réception de la requête par le gestionnaire de programme, qui détermine si l'HAD est appropriée pour le patient	Aînés qui résident dans un établissement de soins pour aînés	<i>Hospital in the Nursing Home</i> (HINH) programme financé par des fonds publics, basé à l'hôpital) Soins aigus offerts pour les résidents d'un établissement de soins pour aînés Soutien et formation du personnel de l'établissement et des médecins omnipraticiens (p. ex. à travers des ateliers) Fourniture de l'équipement clinique, véhicule de transport pour le personnel, téléphone, accès à un ordinateur et au télécopieur. Horaire : lundi au vendredi de 8 h à 16 h 30 (en dehors de ces heures, les patients sont admis à l'hôpital ou restent en observation à l'urgence en attendant d'être orientés vers l'HAD le lendemain)	Directeur de programme (localisé à l'urgence de l'hôpital) Gestionnaire de programme (infirmière avec expérience en soins aigus et communautaires) Médecin omnipraticien	Coordination par le gestionnaire de programme

Auteur, année (Pays)	Type de service	Structure et processus d'orientation vers l'HAD			Structure et processus du service		
		Référent	Processus d'évaluation du patient	Population ciblée / Critères d'admissibilité	Description du service d'HAD/CPS	Professionnels concernés	Modalités de coordination
					Éléments du programme : prise en charge des résidents de l'établissement à l'urgence, prise en charge des résidents de l'établissement sur place et amélioration des compétences des infirmières de l'établissement. Les infirmières ont une expérience en soins aigus, avec un baccalauréat ou une maîtrise en soins infirmiers. Impact minimal sur la charge de travail du personnel de l'établissement : liaison avec le programme HAD, soins additionnels (p. ex. : pansements, surveillance d'intraveineuse)	Personnel de l'établissement de soins pour aînés Personnel à l'urgence Personnel dans les unités de soins Autres professionnels de la santé (p. ex. : gériatre, pathologiste, chirurgien, autres) Services diagnostiques	
Cryer <i>et al.</i>, 2012 États- Unis Étude rétrospective Qualité : Très faible (CASP)	Admission évitée et congé précoce avec soutien	Personnel de l'HAD Intervenants en soins primaires, soins à domicile et de spécialités cliniques, de l'urgence ou des unités de soins	Personnel de l'HAD évalue l'admissibilité médicale du patient	Ce service d'HAD vise à servir la population d'aînés qui sont de plus en plus nombreux à être atteints de maladies chroniques et à utiliser les soins et services de santé. Ils doivent répondre aux critères suivants : - Avoir besoin d'une hospitalisation - Avoir un lieu de résidence fixe, régulier et adéquat (hébergement sécuritaire qui comprend les commodités de base) - Lieu de résidence à moins de 25 miles d'un département d'urgence - Vivre seul ou non Autres critères : - Avoir un téléphone - Capacité à utiliser la télémédecine	Service d'HAD qui offre la possibilité de remplacer le séjour hospitalier par des soins aigus à domicile ou d'être « transféré » de l'hôpital à l'HAD. Admissions à l'HAD tous les jours entre 8 h et 17 h et service de garde à toute heure pour les patients admis Partenaires externes offrent l'équipement nécessaire et le transport (si nécessaire, de l'hôpital à domicile). Pour l'admission, une infirmière visite le patient à domicile (durant 2 à 3 heures) pour donner les médicaments et l'équipement nécessaire. Visite de médecins chaque jour pour les soins médicaux, diagnostic, plan de soins et coordination. Ces médecins traitent 5 patients par jours et sont disponibles à tout moment en cas d'urgence. Visites d'infirmières 1 à 2 fois par jour (selon la condition du patient) Soutien additionnel des infirmières par des rencontres quotidiennes par télémédecine pour surveiller les changements cliniques. L'unité de télémédecine comprend : moniteur de tension artérielle, stéthoscope, oxymètre, glucomètre, connexion vidéo. Congé selon les mêmes critères que pour l'hospitalisation conventionnelle avec suivi, conseils et coordination avec l'équipe de soins primaire. Paiement par forfait plutôt qu'à l'acte	Infirmières Médecins Partenaires externes	

Auteur, année (Pays)	Type de service	Structure et processus d'orientation vers l'HAD			Structure et processus du service		
		Référent	Processus d'évaluation du patient	Population ciblée / Critères d'admissibilité	Description du service d'HAD/CPS	Professionnels concernés	Modalités de coordination
Dabadie et Pernin, 2013 France Description de programme Qualité : S.O.	Admission évitée	Le médecin traitant est à l'origine du séjour et prescripteur principal (ordonnance pour période limitée, mais révisable en fonction de l'évolution de l'état du patient)	Non décrit	Critères liés à la maladie et aux soins dont le patient a besoin (pas l'âge ni le niveau de dépendance) Prise en considération de conditions de vie matérielles, sociales et environnementales. Peut prendre en charge : cancer, pathologies neurodégénératives (sclérose en plaques, sclérose latérale amyotrophique, etc.), périnatalité complexe et pédiatrie	Description d'un cas d'HAD en soins de fin de vie : temps passé auprès de la patiente le matin est d'environ 1 h, avec passage en binôme aide-soignant/infirmière pour la toilette complète au lit et soins importants. Le soir, lors de l'entrée de la patiente en HAD, le temps de soins est de 30 min à 1 h pour administration en avant-soins des antalgiques, soins infirmiers, prévention d'escarres, surveillance de la perfusion, évaluation de la douleur et d'autres symptômes. Garde téléphonique assurée 24 h/24 (garde opérationnelle par le personnel infirmier, garde téléphonique par le personnel médical) Les soins les plus dispensés sont : pansements pour plaies complexes, soins palliatifs ou infirmiers lourds, auxquels peuvent être associées d'autres prises en charge connexes (chimiothérapie, soins de soutien, rééducation en remplacement un séjour en centre, perfusion d'albumine, etc). Lorsque les soins sont poursuivis jusqu'au décès, un suivi de deuil est proposé.	Équipe pluridisciplinaire (p. ex. infirmière-ressource en soins palliatifs, médecin coordonnateur de l'HAD, assistante sociale, infirmières, médecin hospitalier, médecin de famille)	Concertation pluridisciplinaire 2 fois/semaine pour réévaluer et rediscuter des plans de traitement
Dowell <i>et al.</i> , 2018 Angleterre Étude descriptive Qualité : Faible (CASP)	Admission évitée	Médecins (via guichet d'accès unique) ou autres professionnels de la santé, services ambulanciers, équipe d'évaluation de l'urgence ou des unités de soins ou infirmières. Certains patients se présentent eux-mêmes.	Non décrit	Patients à domicile, venant de l'urgence ou de l'unité de courte durée Conditions traitées : cellulite, MPOC, chutes, thérapie intraveineuse, soins palliatifs, adulte malade, infection des voies urinaires	Service de réponse rapide de Gloucestershire Soutien clinique 24 h, 7 jours par semaine Surveillance continue et réponse rapide (délai entre 1 h à 8 h) pour prendre en charge les patients avec condition grave à domicile Capacité déterminée par le nombre de patients qui utilisent le service, leur localisation et la complexité de leurs besoins Visite initiale de 53 minutes en moyenne Visites de suivi varient entre 13 et 50 minutes. Durée de contact avec le service de réponse rapide de 2,6 jours en moyenne.	Infirmières <i>Paramédics</i> spécialisés Physiothérapeutes Expérience clinique entre 2 et 30 ans dans leur spécialité, doivent notamment avoir suivi un module de formation de niveau maîtrise sur l'évaluation physique et le raisonnement clinique	Non décrit
Echevarria <i>et al.</i> , 2016 Revue systématique Qualité : Modérée (AMSTAR 2)	Admission évitée et congé précoce avec soutien	Les patients sont généralement recrutés à l'urgence, ou dans les unités de soins (générales ou spécialisées)	Non décrite	Les auteurs suggèrent que la sélection de patients soit faite, entre autres, en se basant sur leur chance de survivre à un épisode aigu (p. ex. en appliquant un outil pronostique)	HAD/CPS pour patients avec exacerbations aiguës de la MPOC Dans la majorité des études, l'équipe de l'hôpital conserve la responsabilité clinique du patient jusqu'à ce que celui-ci reçoive son congé de l'HAD, sauf une étude où le médecin omnipraticien offre des soins en dehors des heures d'ouverture. Certains services d'HAD/CPS sont opérationnels du lundi au vendredi seulement, d'autres offrent des services 7 j/7.	Selon les auteurs, les services d'HAD/CPS multidisciplinaires avec un plus grand niveau de soutien clinique, soutien social temporaire et participation des ergothérapeutes et physiothérapeutes permettent l'accès	Non décrit

Auteur, année (Pays)	Type de service	Structure et processus d'orientation vers l'HAD			Structure et processus du service		
		Référent	Processus d'évaluation du patient	Population ciblée / Critères d'admissibilité	Description du service d'HAD/CPS	Professionnels concernés	Modalités de coordination
					Dans la plupart des études, les patients retournent à la maison après 24 h et 48 h de séjour à l'hôpital et reçoivent une visite à domicile au cours des 24 h suivant leur sortie de l'hôpital. La plupart des services HAD impliquent des visites à domicile d'infirmières de l'hôpital avec expérience en soins respiratoires, mais pas de visites de médecin. D'autres impliquent des visites des infirmières et des gériatres expérimentés en HAD (pour les personnes âgées de 75 ans et plus), visites par des infirmières communautaires ou infirmières communautaires et omnipraticiens, avec conseil aux infirmières par le médecin spécialisé en soins respiratoires. Le soutien en dehors des heures d'ouverture varie; il inclut infirmières, omnipraticien, équipe médicale de l'unité respiratoire sur appel, ou équipe d'HAD. Le nombre de visites à domicile varie entre, en moyenne, 2,6 et 14,1 (visites d'infirmières) et 9,9 (visites de gériatres) Le nombre moyen de téléphones des patients à l'infirmière est de 0,76 (1,34) et de l'infirmière au patient est de 1,56 (1,31). Certains services offrent aussi de l'éducation au patient et au proche aidant ou d'autres services comprenant soutien social, physiothérapie, counseling et ergothérapie.	au service pour un plus grand nombre de patients. L'inclusion de réadaptation précoce pulmonaire et d'éducation pour les patients et les proches aidants permettrait des avantages additionnels.	
Elliott <i>et al.</i> , 2020 Revue systématique Qualité : Très faible (AMSTAR 2)	Admission évitée	Non décrit	Non décrit	Principalement pour une clientèle avec maladie chronique respiratoire p. ex. MPOC Exemples de critères d'admissibilité : - Stabilité clinique - Proximité de l'hôpital - Accès à un téléphone et à du soutien à domicile	Visites à domicile par les médecins et/ou infirmières, avec la collaboration d'autres professionnels de la santé. La fréquence des visites est quotidienne initialement, et diminue ensuite. Presque la moitié des interventions recensées sont faites 7 jours par semaine, la plupart du temps pendant la journée. Certains offrent un soutien téléphonique de l'infirmière ou du médecin en dehors des heures régulières. Quelques-uns des services mentionnent l'offre d'éducation au patient comme composante du programme.	Plusieurs intervenants, y compris des médecins spécialistes, des médecins de famille, des infirmières spécialisées et communautaires et d'autres professionnels de la santé	Non décrit
Franzin-Garrec et Hoden, 2016 France Description de programme Qualité : S.O.	Admission évitée	Médecin hospitalier ou médecin en clinique	Non décrit	Non décrit	Composantes de gestion de la qualité et de la gestion des risques en HAD. Gestionnaire de risque Comité de lutte contre les infections nosocomiales Formations offertes pour les nouveaux intervenants Délivrance des médicaments assurée par la pharmacie à usage interne (service logistique de livraison 24 h/24) Indicateurs de qualité généraux et spécifiques (p. ex. tenue de dossier, dépistage des troubles nutritionnels, traçabilité de l'évaluation de la douleur avec une échelle, traçabilité de l'évaluation du risque d'escarre, etc.)	Équipe en hygiène hospitalière composée d'un médecin hygiéniste à mi-temps et de trois infirmières (titulaires d'un diplôme universitaire)	Non décrit

Auteur, année (Pays)	Type de service	Structure et processus d'orientation vers l'HAD			Structure et processus du service		
		Référent	Processus d'évaluation du patient	Population ciblée / Critères d'admissibilité	Description du service d'HAD/CPS	Professionnels concernés	Modalités de coordination
					Caractéristiques spécifiques de l'HAD à prendre en considération lors de la démarche d'amélioration de la qualité : - organisation des soins éclatée géographiquement - externalité de la prescription médicale - domicile comme espace de soins - multiplicité des intervenants médicaux et paramédicaux au domicile - difficultés de faire adhérer tous ces intervenants aux mêmes supports de transmission - organisation contrainte pour réunir les soignants lors de réunions d'information ou des formations - obligation de persuader les soignants que l'HAD est soumise aux mêmes indicateurs de qualité que les établissements		
Handley et Bekelman, 2019 États-Unis Description de programme Qualité : S.O.	Admission évitée	Non décrit	Non décrit	Population généralement jointe comprend les patients atteints de cancer dont la gravité de la condition et l'intensité des soins sont de modérées à élevées.	Oncology HaH Visites à domicile par des infirmières et médecins Infusion à domicile Surveillance à distance Tests de laboratoire Soins épisodiques, de durée variable	Non décrit	Non décrit
Hernandez <i>et al.</i> , 2018 Espagne Étude mixte Qualité : Très faible (CASP)	Admission évitée et congé précoce avec soutien	Hôpital	Admissibilité évaluée à l'urgence ou dans les unités de soins par l'équipe d'HAD/CP (environ 2 heures après l'identification du patient) Arrivée à la maison en moins de 4 heures après l'évaluation	Critères d'admission à l'HAD non décrits Critères de sélection de l'étude : - Résider dans le secteur de l'hôpital - Avoir un proche aidant 24 h par jour - Avoir un téléphone à domicile - Accepter de participer à l'étude	Service commencé en 2006, basé à l'unité de soins intégrés de l'hôpital. Opérationnel tous les jours de 8 h à 21 h (avec admissions du lundi au vendredi de 9 h à 17 h). Possibilité de joindre une infirmière ou un spécialiste de garde en dehors des heures d'ouverture. Visites quotidiennes à domicile par l'infirmière qui détient une formation spéciale. Accès à l'équipement médical et possibilité de faire certains tests à domicile, traitement intraveineux, pansements et drains. Surveillance à distance disponible. Visite par l'infirmière qui détient une formation spéciale et par le médecin pour le congé.	Équipe hospitalière spécialisée - 1 spécialiste en médecine interne - 5 infirmières avec formation spéciale, dont 4 à temps plein - 2 agents administratifs avec formation spéciale au centre d'appels - Coordinatrice (infirmière avec Ph. D)	Rencontres quotidiennes de l'équipe de l'unité de soins intégrés Rapports intégrés dans le dossier électronique du patient Un médecin de chaque unité spécialisée offre du soutien à l'équipe d'HAD/CP au besoin Services coordonnés par l'unité de soins intégrés après l'HAD (soins primaires, soins palliatifs, programme de patients fragiles)

Auteur, année (Pays)	Type de service	Structure et processus d'orientation vers l'HAD			Structure et processus du service		
		Référent	Processus d'évaluation du patient	Population ciblée / Critères d'admissibilité	Description du service d'HAD/CPS	Professionnels concernés	Modalités de coordination
							ou clinique ambulatoire)
Langhorne et Baylan, 2017 Revue systématique Qualité : Élevée (AMSTAR 2)	Congé précoce avec soutien	Non décrit	Identification précoce du patient à l'hôpital par un gestionnaire de cas de l'équipe CPS.	Patients avec diagnostic d'AVC Admissibilité des patients basée sur le besoin (incapacité persistante), stabilité de la condition médicale, considérations (proximité) Entre 13 % et 70 % (médiane 33 %) des patients hospitalisés pour AVC sont admissibles pour CPS	Différents modèles de CPS Coordination et offre de soins par l'équipe CPS: équipe multidisciplinaire qui coordonne le congé de l'hôpital, les soins post-congé et offre les soins de réadaptation à la maison ou dans la communauté; Coordination et soins immédiats postcongé par l'équipe multidisciplinaire CPS et soins de réadaptation subséquents par des agences de soins à domicile (avec ou sans équipe multidisciplinaire). Les équipes CPS sont basées à l'hôpital ou dans la communauté (pas de preuve si cela influence les résultats). Elles ont de l'expérience en réadaptation pour patients qui ont subi un AVC et pour les conditions neurologiques. Planification du congé avec le patient et proche aidant, avec visite précongé avec le patient ou visite de l'environnement domiciliaire Visites quotidiennes de l'équipe CPS ou 4 à 5 fois par semaine. Objectif de récupération et fin des services à l'intérieur de 3 mois.	Équipe multidisciplinaire typique : physiothérapie, ergothérapie, orthophoniste, médecins, infirmières, travailleurs sociaux Ressources nécessaires : Environ 3,1 équivalents à temps plein (ETP) répartis comme suit pour 100 patients par année : - Médecin : 0,1 - Infirmières : 0-1,2 - Physiothérapeute : 1,0 - Ergothérapeute : 1,0 - Orthophoniste : 0,3 - Assistant : 0,4 - Travailleurs sociaux : 0-0,5	Coordination des soins à travers des rencontres régulières multidisciplinaires
Lee et Titchener, 2017 Royaume-Uni Description de programme Qualité : S.O.	Admission évitée et congé précoce avec soutien	Hôpitaux locaux, omnipraticiens, services communautaires, services ambulanciers Système d'orientation via un guichet unique Orientation de professionnel à professionnel (délai de réponse de 2 h max. pour les évaluations urgentes)	Non décrit	Patients âgés de 18 ans et plus qui seraient autrement admis ou susceptibles d'être admis. Diagnostics rencontrés : cellulite, chutes, MPOC, diabète instable, déshydratation, soins palliatifs, gastroentérite, pneumonie communautaire. Insuffisance cardiaque, TVP, ulcère du pied infecté, hyperémèse gravidique, chirurgie postopératoire, pyélonéphrite, infection des voies urinaires et maladie virale. Patients qui préfèrent être traités à domicile (même si l'hôpital serait la meilleure option).	Guy's and St Thomas's NHS Foundation Trust (GSTT) @home service 'Bringing hospital care to your home' Soins aigus à domicile (soutien après congé précoce ou se substituant à l'admission), y compris soins palliatifs, établi en 2013. Ouvert 24 h/24, 365 jours par an Responsabilité médicale partagée ou totale Visites quotidiennes, jusqu'à 4 fois par jour, de 3 à 7 jours Soins infirmiers intensifs, physiothérapie, ergothérapie Visites par un spécialiste (ex. gériatre) ou omnipraticien de l'équipe @home au besoin Service de réponse rapide pour soins infirmiers en dehors des heures régulières Évaluation, diagnostic, traitement, titration des médicaments, traitements intraveineux ou sous-cutanés * Les infirmières ont occupé un poste de chef dans des unités hospitalières de soins aigus, soins intensifs ou à l'urgence et ont les compétences pour prendre en charge les patients avec condition aiguë complexe (doivent avoir une maîtrise en soins	Équipe multidisciplinaire menée par une infirmière-chef comprenant : infirmières expérimentées*, omnipraticiens, intervenants en réadaptation, physiothérapeutes, ergothérapeutes, travailleurs sociaux, pharmaciens et spécialistes (gériatres)	Rencontres quotidiennes des membres de l'équipe multidisciplinaire pour discuter des patients

Auteur, année (Pays)	Type de service	Structure et processus d'orientation vers l'HAD			Structure et processus du service		
		Référent	Processus d'évaluation du patient	Population ciblée / Critères d'admissibilité	Description du service d'HAD/CPS	Professionnels concernés	Modalités de coordination
					avancés et formation avancée pour réaliser des évaluations physiques et un cours pour prescripteurs non médicaux). Ce haut niveau de compétences et de connaissances est un élément critique du succès du modèle.		
Lim <i>et al.</i> , 2020 Australie Étude transversale Qualité : Très faible (CASP)	Admission évitée	Non décrit	Non décrit	Patients « potentiellement admissibles » : - Signes vitaux normaux - État fonctionnel adapté pour recevoir des soins à domicile - En attente d'investigation ou de procédure - Aucun critère d'exclusion Critères d'exclusion : - Instabilité clinique (nécessite une équipe de soins critiques durant les 24 dernières heures ou signes vitaux anormaux limitant la capacité de transfert) - Clientèle périopératoire (24 h avant ou 48 h après la chirurgie) - À jeun ou diète impossible à reproduire à domicile - État fonctionnel cognitif ou physique non approprié pour recevoir des soins à domicile	RMH@Home : soins médicaux aigus et chirurgicaux et programmes de réadaptation à domicile 45 lits pour soins aigus et 10 lits pour services de réadaptation subaigus. Multiples visites à domicile quotidiennes par le personnel infirmier ou autres professionnels de la santé selon les besoins 2 visites à domicile du personnel infirmier entre 8 h et 20 h pour offrir des soins (ex : phlébotomie, administration de fluides ou médicaments par intraveineuse, supplément d'oxygène) sous la supervision de médecins Évaluation par les médecins via télé-médecine ou en personne Soins de réadaptation subaigus (<i>inpatient level rehabilitation</i>), notamment après remplacement d'articulation, incident neurologique aigu (ex. AVC) ou déconditionnement après hospitalisation prolongée, etc.	Personnel infirmier Médecins Équipe de réadaptation (physiothérapeutes, ergothérapeutes, diététiciens, assistants)	Partenariat avec des services ruraux et régionaux pour offrir des soins à domicile de substitution à l'hospitalisation pour les patients qui résident à l'extérieur de la région servie par l'HAD
Madaris <i>et al.</i> , 2016 États-Unis Description de programme Qualité : S.O.	Admission évitée et congé précoce avec soutien	Urgence Clinique pour blessés médullaires Unité de soins de l'hôpital	Évaluation par le médecin et l'infirmière de l'équipe HAD. Application des critères d'admission. Choix offert au patient entre l'HAD et l'hospitalisation conventionnelle. Première visite à domicile dans les 24 h suivant le congé de l'hôpital. Première dose d'antibiotique par intraveineuse à l'urgence/hôpital/clinique avant de retourner à domicile.	Vétérans avec blessure médullaire dont la condition est stable, mais qui ont besoin de soins plus fréquents, avancés ou intensifs pour infection des voies urinaires, pneumonie ou ulcères de pression qui peuvent être offerts par le programme d'HAD.	Adaptation du modèle d'HAD de Johns Hopkins Équipe d'HAD spécialisée pour blessés médullaires Coordination de soins complexes à domicile Services médicaux, psychologiques, sociaux et de soutien Service opérationnel 7 jours par semaine, jusqu'à 4 visites de patients par jour Visites quotidiennes par les infirmières Patient communique directement et est suivi de près par le médecin de l'HAD Prélèvement de laboratoire avec livraison des échantillons à l'hôpital, tests au point de service, services d'oxygène offerts au besoin Accès téléphonique 24 h / 24 à une infirmière et un médecin au besoin Durée des soins selon les besoins du patient Livraison de médicaments et de l'équipement d'administration par une pharmacie sous contrat Phase de soins transitionnels après la phase de soins quotidiens (suivi du patient 2 à 3 fois par semaine). Suivant le congé de l'HAD, l'infirmière assure la continuité des soins par un suivi téléphonique avant que le patient ne soit repris en charge en soins primaires	Équipe multidisciplinaire avec expérience solide en blessures médullaires et soins médicaux chirurgicaux infirmiers. Les infirmières doivent avoir de fortes compétences d'évaluation et être efficaces pour l'administration d'intraveineuses Personnel essentiel - 1 médecin équivalent à temps plein (ETP) - 3 infirmières ETP - 1 infirmière certifiée en soins de plaies ETP	Rencontre hebdomadaire entre infirmières pour planification de congé et collaboration avec le coordonnateur d'admission pour déterminer les candidats potentiellement admissibles au programme Médecins travaillent avec le service des urgences pour surveiller les patients atteints d'une blessure médullaire qui seraient candidats pour le programme d'HAD

Auteur, année (Pays)	Type de service	Structure et processus d'orientation vers l'HAD			Structure et processus du service		
		Référent	Processus d'évaluation du patient	Population ciblée / Critères d'admissibilité	Description du service d'HAD/CPS	Professionnels concernés	Modalités de coordination
						1 assistant de soutien au programme ETP - Pharmacien, travailleur social et diététicien à temps partiel (0,2 ETP)	Intégration du service d'HAD aux services de soins à domicile pour blessés médullaires permettant une coordination avec physiothérapeutes, ergothérapeutes, travailleurs sociaux, psychologues, nutritionniste pour soutenir le patient à la maison et la provision d'autres services de soutien (ex. chaises roulantes, matelas adaptés, ressources communautaires)
Magnet et Delmas, 2013 France Description de programme Qualité : S.O.	Admission évitée	Médecin hospitalier ou médecin traitant	Analyse de la demande d'admission en HAD par le médecin coordonnateur conjointement avec le médecin traitant et le département médico-social de la structure d'HAD.	Dans certaines conditions, une seule raison de prise en charge peut être suffisante pour accepter le patient (ex. douleur, antibiothérapie) alors que pour d'autres (ex. nutrition parentérale), un autre mode de prise en charge est obligatoire. Admission nécessite le consentement du patient, accord signé de la famille et accord du médecin traitant.	Couverture nationale des services HAD Structure d'HAD rattachée ou non à un établissement hospitalier (public, privé d'intérêt collectif ou privé), considéré comme établissement hospitalier à part entière, qui a l'obligation de s'assurer de la compétence du personnel, de la traçabilité des produits dispensés et de la traçabilité et continuité des soins dispensés. Même mode de financement que pour les hospitalisations conventionnelles outre le forfait hospitalier. Le médecin traitant est celui choisi par le patient. Accès téléphonique 24 h/24 au médecin coordonnateur de garde qui mobilise les équipes nécessaires pour offrir les soins ou pour transférer le patient vers l'hôpital au besoin. Le recours aux médicaments peut être fait par la pharmacie de l'établissement d'HAD, celle de l'établissement dont dépend l'HAD ou par contrat avec une pharmacie indépendante.	Équipe multidisciplinaire	Médecin coordonnateur
Mas et Inzitari, 2015 Revue narrative Qualité : S.O.	Congé précoce avec soutien pour soins post-aigus	La plupart des patients sont recrutés dans les unités de soins multidisciplinaires pour patients qui ont subi un AVC	Non décrit	Les patients ciblés dans les études qui ont évalué les interventions de CPS auprès de patients qui ont subi un AVC ont tendance à être plus âgés (dans les 70-80 ans) avec diagnostic d'AVC aigu. Les critères d'inclusion concernent surtout :	Interventions étudiées très hétérogènes (sans doute un reflet de l'organisation des soins dans les différents pays) La majorité des services CPS sont dirigés par l'hôpital, assurant une bonne proportion de personnel avec expérience en réadaptation après AVC et fortes compétences pour sélectionner et traiter les patients dans la communauté par des interventions multidisciplinaires.	L'équipe CPS typique est multidisciplinaire, comprenant : médecins, infirmières, physiothérapeutes, ergothérapeutes, orthophonistes,	Dans la majorité des services, la coordination et les services sont assurés par l'équipe CPS. Le travail est généralement

Auteur, année (Pays)	Type de service	Structure et processus d'orientation vers l'HAD			Structure et processus du service		
		Référent	Processus d'évaluation du patient	Population ciblée / Critères d'admissibilité	Description du service d'HAD/CPS	Professionnels concernés	Modalités de coordination
				- Aspects pratiques : patients qui vivent dans une région déterminée - Stabilité clinique pour être traités à domicile - Faible sévérité de l'AVC ou incapacités post-AVC modérées Critères d'exclusion fréquents utilisés par les études : - Déficience cognitive - Handicap sévère - Ayant été précédemment admis en soins de longue durée	L'équipe CPS participe activement à la planification du congé. La plupart du temps, le congé est planifié par un gestionnaire de cas de l'équipe CPS après discussion avec le patient, son proche aidant et une visite précongé du domicile.	assistants en réadaptation, travailleurs sociaux, agents administratifs de soutien	organisé lors de rencontres hebdomadaires multidisciplinaires.
McCurdy, 2012 Revue systématique Qualité : Faible (AMSTAR 2)	Admission évitée ou congé précoce avec soutien	Département d'urgence (HAD) Unités de soins (CPS)	Non décrit	Patients avec exacerbations aiguës de la MPOC Critères d'inadmissibilité : - Patients avec exacerbations légères qui peuvent être traités sans admission à l'hôpital; - Patients qui ne peuvent pas être traités sécuritairement par l'HAD pour des raisons médicales (ex. acidose ou alcalose sévère, comorbidités sévères, changements aigus à la radiographie thoracique) ou en raison de l'absence ou du manque de soutien social à domicile. Entre 20,7 % et 36,7 % des patients avec exacerbation de la MPOC sont admissibles à l'HAD selon les études. Entre 11,5 % et 42,9 % des patients admissibles refusent des services d'HAD.	En général, les programmes d'HAD/CPS offrent des visites à domicile aux patients par des professionnels médicaux (typiquement des infirmières spécialisées) qui surveillent les patients et modifient les plans de traitement au besoin. Parfois, des soins additionnels (ex. réadaptation pulmonaire, éducation au patient et au proche aidant, counseling) sont offerts. Le patient reçoit congé de l'HAD/CPS lorsque l'exacerbation est résolue et les visites à domicile cessent. L'HAD/CPS se distingue des soins à domicile en traitant des patients dont l'état est plus grave, qui ont besoin de soins plus aigus. L'hôpital garde la responsabilité médicale et légale des patients. Les services d'HAD/CPS sont offerts durant une période définie, contrairement aux services de soins à domicile.	Typiquement infirmières spécialisées Spécialistes en réadaptation au besoin	Non décrit
Montalto, 2010 Australie Description de programme Qualité : S.O.	Admission évitée	Non décrit	Non décrit	Les diagnostics les plus fréquents : infections aiguës communautaires (peau, poumons, voies urinaires); infections nosocomiales, multirésistantes ou compliquées; TVP et embolie pulmonaire; anticoagulation périopératoire; chimiothérapie et autres soins contre le cancer; gestion de l'insuffisance cardiaque; et gestion des plaies complexes.	Aucun modèle n'est prescrit par l'État. Une variété de modèles sont implantés dans l'État de Victoria (Australie) : - Directeur médical pour les services d'HAD, avec personnel résident spécialisé, visites et soins médicaux aux patients à domicile, et garde 24 h - Coordination par l'équipe médicale affiliée avec les unités de soins ou le département d'urgence. L'examen de ces patients est fait à l'hôpital. - Arrangement avec les médecins de famille pour prendre en charge les patients au nom de l'hôpital. L'examen de ces patients est fait à la clinique plutôt qu'à l'hôpital. - HAD sans personnel médical, avec examen à l'hôpital (généralement le département d'urgence)	Non décrit	Non décrit

Auteur, année (Pays)	Type de service	Structure et processus d'orientation vers l'HAD			Structure et processus du service		
		Référent	Processus d'évaluation du patient	Population ciblée / Critères d'admissibilité	Description du service d'HAD/CPS	Professionnels concernés	Modalités de coordination
Pedepeyreau et Reznikoff, 2010 France Description de programme Qualité : S.O.	Admission évitée	Médecin traitant ou médecin hospitalier	Visite de l'infirmier coordonnateur au domicile ou au lit du patient Demande d'admission en HAD étudiée par le médecin coordonnateur sur la base du projet thérapeutique Faisabilité évaluée par une enquête par l'assistante sociale	Services offerts aux adultes, femmes enceintes et enfants résidant dans la zone de couverture de la structure d'HAD, qui sont atteints de pathologies graves, aiguës ou chroniques, évolutives et/ou instables et qui, faute d'un tel service, seraient hospitalisés dans un établissement de santé. Les indications pour l'HAD reposent sur la complexité des soins plutôt que sur la gravité de la condition. Le patient doit avoir besoin de soins coordonnés, d'une évaluation médicale au moins hebdomadaire et de soins infirmiers quasi quotidiens (ou moins fréquents, mais combinés à des interventions de physiothérapie quasi quotidiennes).	Types de soins offerts : médicaux, paramédicaux et psychosociaux lourds, complexes et fréquents (soins ponctuels, soins continus et soins de réadaptation dispensés après phase aiguë d'une maladie neurologique, cardiaque, orthopédique ou polyopathie). Les soins peuvent prendre différentes formes : assistance respiratoire, pansements complexes, traitements intraveineux, nutrition entérale ou parentérale, pris en charge de la douleur, chimiothérapie, soins infirmiers lourds, éducation thérapeutique du patient et de son entourage. Continuité des soins 24 h/24, 7 jours/7. Horaire régulier entre 7 h et 20 h, puis une équipe de nuit prend le relais. Une ligne téléphonique est disponible pour le malade et son entourage.	Équipe multidisciplinaire - Médecin traitant : responsable du diagnostic et des ordonnances - Médecin coordonnateur : garant de la prise en charge du patient, peut se substituer au médecin traitant au besoin, fait la liaison et la coordination entre le médecin traitant et le médecin hospitalier - Cadres de santé : coordonnent les soins avec l'appui du médecin coordonnateur - Infirmiers : participe à l'élaboration du protocole de soins et en assurent l'exécution (salariés de la structure ou libéraux) - Autres intervenants (salariés ou liés par convention), comprenant : aides-soignants, physiothérapeutes, sages-femmes, orthophonistes, assistantes sociales, psychologues	Réunions hebdomadaires ou plurihebdomadaires de l'équipe multidisciplinaire
Sempé <i>et al.</i>, 2019 Revue systématique Qualité : Très faible (AMSTAR 2)	Admission évitée	Non décrit	Non décrit	Non décrit	Description de 3 interventions évaluées (résultats des interventions non rapportés) Intervention 1 : Cible les patients atteints d'une maladie chronique Visites d'une équipe multidisciplinaire Séances de formation Ligne téléphonique disponible pour les aidants Offre d'équipement médical	Intervention 1 : 2 équipes : une basée à l'hôpital et l'autre qui fait les visites à domicile (comprenant médecin, infirmière, psychologue et résident médical)	Non décrite

Auteur, année (Pays)	Type de service	Structure et processus d'orientation vers l'HAD			Structure et processus du service		
		Référent	Processus d'évaluation du patient	Population ciblée / Critères d'admissibilité	Description du service d'HAD/CPS	Professionnels concernés	Modalités de coordination
					Administration de médicaments Intervention 2 : Soins infirmiers disponibles 10 h par jour, 7 jours/7 Géiatres disponibles sur appel 24 h/24 Planification centrée sur le patient par les infirmières Soutien intensif à domicile pour jusqu'à 24 h Équipe multidisciplinaire en soutien Réadaptation à domicile Intervention 3 : Service d'unité de soins virtuelle Visites par un médecin de famille et une infirmière lors de la première semaine après le congé de l'hôpital Visite de l'infirmière toutes les deux semaines pour soutien psychosocial aux patients et aux aidants Ligne téléphonique pour consultation en cas d'urgence	Intervention 2 : Menée par les infirmières; l'équipe comprend aussi ergothérapeute, physiothérapeute et travailleur social Intervention 3 : médecin et infirmière	
Shepperd <i>et al.</i> , 2016 Revue systématique Qualité : Élevée (AMSTAR 2)	Admission évitée	Département d'urgence Médecin de famille Département ambulatoire	Non décrit	Exemple de critères d'admissibilité appliqués dans les études recensées : - Patient vit seul - Patient avec aidant vivant à domicile ou à proximité	Différents modèles d'équipes : - Équipe hospitalière qui visite les patients à domicile - Mélange d'intervenants de l'hôpital et de la communauté - Médecins de famille et infirmières communautaires Caractéristiques importantes des services d'HAD - Coordination par une équipe multidisciplinaire - Provision d'une couverture de soins 24 h avec accès à un médecin au besoin - Environnement domiciliaire sécuritaire	- Médecins - Infirmières - Physiothérapeute - Ergothérapeute - Travailleur social - Counseling - Orthophoniste - Intervenant de liaison culturelle - Thérapeute respiratoire (pour l'utilisation d'un ventilateur portable)	Coordination par une équipe multidisciplinaire
Siu <i>et al.</i> , 2019 États-Unis Étude rétrospective Qualité : Faible (CASP)	Admission évitée	Département d'urgence Médecin en clinique externe Agence de soins à domicile	Non décrit	Critères d'inclusion - ≥ 18 ans - A besoin d'une admission hospitalière - Assurance médicale Critères d'exclusion - Instabilité clinique - Besoin de surveillance cardiaque - Besoin de soins intensifs - Environnement domiciliaire non sécuritaire - Réside à l'extérieur du territoire couvert par les services d'HAD	Service d'HAD du Mount Sinai Health System avec 30 jours de suivi post-aigu, version adaptée de Brody <i>et al.</i> , 2019 et de Federman <i>et al.</i> , 2018 Éléments clés du service d'HAD : - Cibler les patients qui ont besoin d'une hospitalisation - Offrir des soins hospitaliers à domicile - Visites quotidiennes d'une infirmière - Visites d'un médecin ou d'une infirmière praticienne - Disponibilité 24/7 pour les patients et leurs proches Adaptations - Étendre l'admissibilité à plus de diagnostics qu'à l'origine pour refléter la pratique médicale - Implantation de l'unité de soins palliatifs à domicile - Collaboration avec le programme de paramédecine communautaire pour des consultations vidéo d'urgence - Contrat pour services d'infusion - Engager des infirmières spécialisées - Implantation de l'observation à domicile - Implantation de la réadaptation à domicile (pour remplacer la réadaptation subaiguë en centre)	Non décrit	Non décrit

Auteur, année (Pays)	Type de service	Structure et processus d'orientation vers l'HAD			Structure et processus du service		
		Référent	Processus d'évaluation du patient	Population ciblée / Critères d'admissibilité	Description du service d'HAD/CPS	Professionnels concernés	Modalités de coordination
					- Expansion à de nouveaux sites d'admission - Adaptation des procédures d'admission pour les patients identifiés tard dans la nuit en les gardant au département d'urgence et en les transférant le lendemain matin - Ajout de consultation en télémédecine pour compléter les visites à domicile - Internalisation de la majeure partie des services de pharmacie et de laboratoire - Implantation d'une nouvelle version du dossier électronique médical - Engager un physiothérapeute spécialisé - Création d'un poste de coordonnateur des soins infirmiers - Admission pendant la fin de semaine (projet pilote)		
Talon-Chrétien <i>et al.</i> , 2016 France Description de programme Qualité : S.O.	Admission évitée	Non décrit	Non décrit	Non décrit	Principales prises en charge de l'HAD : - Pansements complexes - Prise en charge postchirurgicale - Soins palliatifs - Chimiothérapie - Éducation thérapeutique - Nutrition parentérale - Traitements intraveineux antibiotiques	Les cadres de santé de l'HAD sont la pierre angulaire de la coordination : la gestion des patients à distance est une caractéristique de l'HAD et sa première difficulté aussi. Les cadres de santé apportent leur soutien aux soignants au quotidien. Ce soutien est essentiel, car le dossier informatisé pas encore en place.	Premier acte de coordination réalisé par les infirmières coordonnatrices hospitalières qui évaluent le contexte psychosocial et la charge en soins à venir en HAD et les communiquent au cadre de santé de l'unité où sera pris en charge le patient à domicile. Rencontres hebdomadaires des équipes soignantes avec le cadre de santé
Vaartio-Rajalin et Fagerström, 2019 Revue de la portée Qualité : Très faible (AMSTAR 2)	Admission évitée	Médecin Médecin de famille Équipe de réponse rapide Service ambulancier Infirmière ou autre professionnel de la santé	Évaluation holistique de la santé physique et psychologique du patient, des symptômes chroniques et aigus, des symptômes de détresse, du statut fonctionnel, du stade de la maladie, des comorbidités et de la motivation à l'occasion d'une visite à domicile ou à distance	Besoin d'évaluation urgent semble être un critère de sélection pour les services d'HAD	Interventions des professionnels lors de l'HAD incluent : - Planification, coordination, implantation et évaluation des soins avancés par des équipes multidisciplinaires et en collaboration avec la famille du patient - Peuvent aussi inclure de l'information, éducation et <i>coaching</i> et soutien aux patients et à la famille.	Les compétences requises varient. En plus des compétences citées dans Dowel 2018 et Lee 2017, des compétences psychosociales, en communication, en technologie de documentation de données probantes et leadership sont présumées dans le contexte de soins avancés à domicile.	Non décrit

Auteur, année (Pays)	Type de service	Structure et processus d'orientation vers l'HAD			Structure et processus du service		
		Référent	Processus d'évaluation du patient	Population ciblée / Critères d'admissibilité	Description du service d'HAD/CPS	Professionnels concernés	Modalités de coordination
De Sousa Vale <i>et al.</i> , 2020 Revue narrative Qualité : S.O.	Admission évitée	Non décrit	Non décrit	Exemples de critères d'inclusion • Avoir un lieu de résidence fixe, régulier et adéquat (hébergement sécuritaire qui comprend les commodités de base) • Lieu de résidence à moins de 25 milles d'un département d'urgence • Acceptation du patient et de la famille • Identification d'un membre de la famille pour collaborer avec l'équipe soignante et administrer les soins de base Exemples de critères d'exclusion • Problèmes de dépendance aux drogues ou à l'alcool • Niveau de conscience altéré • Confusion aiguë • pH < 7,35; • Changement important à la radiographie pulmonaire • Problème médical concomitant nécessitant une hospitalisation • Présence de symptômes sévères ou facteurs associés à un faible pronostic • Manque de soutien social ou absence de supervision garantie • Pas d'accès à un téléphone • Nouvelle hypoxémie • Patients admis au cours des 2 derniers mois pour une détérioration de la même condition • Pas de réponse au traitement à l'urgence • Cancer actif, démence sévère ou autre maladie avancée indiquant une espérance de vie de moins de 6 mois • Condition psychiatrique aiguë • Tuberculose pulmonaire	HAD gérée par le médecin spécialiste en médecine interne de l'hôpital (diagnostic fait à l'hôpital, médecin spécialiste responsable du traitement, des visites et du contact auprès du patient) HAD gérée par le médecin de famille du patient (familiarisé avec la situation du patient, mais moins d'accès aux outils diagnostiques avancés, moins de connaissances ou d'expériences spécialisées) (voir Morgensen <i>et al.</i>, 2018)	Non décrit	Coordination par le médecin spécialiste de l'hôpital ou par le médecin de famille
Varney <i>et al.</i> , 2014 Revue systématique Qualité : Très faible (AMSTAR 2)	Admission évitée	Département d'urgence (la plupart des études) Médecin de famille	Non décrit	Certaines études ciblent des patients avec une condition particulière (ex. MPOC, cellulite, pneumonie), d'autres ciblent une population avec conditions variées comprenant aussi TVP, septicémie urinaire.	Il n'y a pas d'approche standardisée pour l'offre de service d'HAD. Durée de séjour varie considérablement (moyenne varie entre 6 à 11 jours; médiane varie entre 4 à 7 jours) Soins offerts à domicile par du personnel communautaire, du personnel hospitalier (la plupart des études) ou une combinaison des deux	Voir description de l'intervention	Non décrit

Auteur, année (Pays)	Type de service	Structure et processus d'orientation vers l'HAD			Structure et processus du service		
		Référent	Processus d'évaluation du patient	Population ciblée / Critères d'admissibilité	Description du service d'HAD/CPS	Professionnels concernés	Modalités de coordination
				Les conditions les plus souvent ciblées sont : infection respiratoire, cellulite, MPOC et TVP.	Type de soins : - Soins infirmiers (toutes les études) - Collaboration d'autres professionnels de la santé (ex. ergothérapeutes, physiothérapeutes, orthophonistes, travailleurs sociaux et diététiciens) - Contribution d'un médecin (la plupart des études) qui varie (ex. évaluation médicale régulière à domicile par l'équipe hospitalière ou par le médecin de famille, ou évaluation médicale à l'urgence ou en ambulatoire)		

Tableau C-3 Aspects organisationnels de différents modèles d'hospitalisation à domicile (littérature grise)

Auteur, année (Pays)	Type de service	Structure et processus d'orientation vers l'HAD			Structure et processus du service		
		Référent	Processus d'évaluation du patient	Population ciblée / Critères d'admissibilité	Description du service d'HAD/CPS	Professionnels concernés	Modalités de coordination
Cour des comptes, 2015 France	Admission évitée et congé précoce	Médecin traitant ou médecin hospitalier Orientation en accord avec le patient et son entourage	Évaluation médicale, paramédicale et sociale avec visite de l'infirmière coordonnatrice à l'hôpital et/ou à domicile (accompagnée par l'assistante sociale si à domicile) L'admission est prononcée par le médecin coordonnateur de l'HAD.	Patients atteints de « pathologies lourdes et complexes », nécessitant des « soins médicaux et paramédicaux complexes que seuls des établissements de santé peuvent prodiguer ». Conditions de faisabilité liées au logement (accessibilité, possibilité d'installer un lit médicalisé, etc.) et à la présence d'un entourage familial suffisamment étoffé et soutenu.	25 raisons de prise en charge autorisées : (ex. pansements complexes, soins palliatifs, soins infirmiers lourds, nutrition entérale ou parentérale, traitement intraveineux, surveillance, assistance respiratoire, soins postopératoires, chimiothérapie, soins post-partum pathologiques, gestion de la douleur, éducation, rééducation neurologique, rééducation orthopédique, prise en charge du nouveau-né, retour précoce à domicile, transfusion sanguine) - Information du patient de ses droits comme pour une hospitalisation conventionnelle - Visites à domicile par le médecin traitant, ordonnances pour les médicaments, examens de laboratoire, autres examens complémentaires si besoin, certains pouvant nécessiter un transport ponctuel du patient (imagerie). - Prise en charge du transport pour des consultations spécialisées ou des examens d'imagerie par l'HAD s'ils sont prescrits par le médecin traitant ou par le médecin coordonnateur - Équipe soignante joignable 24 h/24 (appel au médecin traitant et envoi d'un infirmier à domicile avec l'appui d'un médecin de garde ou recours aux services d'aides médicales d'urgence (SAMU) en cas d'urgence vitale) - Réévaluation régulière de l'état du patient par le médecin traitant, en lien avec le médecin coordonnateur - Congé accordé sur la base d'une entente entre le médecin traitant et le médecin coordonnateur avec suivi approprié selon la condition du patient (ex. soins infirmiers à domicile, soins palliatifs, etc.) - Gestion et élimination des déchets médicaux dans les conditions de sécurité d'un établissement de santé - Fourniture et livraison des produits pharmaceutiques et consommables (compresses, tubulures, etc.) et installation du matériel de soins (mobilier, lit, potence, etc.) par l'HAD (certaines HAD peuvent avoir des accords avec des pharmacies).	Médecin traitant Coordonnateur (médecin ou infirmière) Personnel infirmier salarié de la structure d'HAD ou libéral travaillant en partenariat avec l'HAD (honoraires des intervenants libéraux pris en charge par l'HAD, sur la base de tarifs conventionnels) Aide-soignant Kinésithérapeute, psychologue au besoin	Communication entre le médecin traitant et le médecin coordonnateur pour définir le projet thérapeutique Dossier du patient sur place à domicile (papier ou électronique) et une copie du dossier disponible à l'HAD. Accords avec le SAMU pour lui permettre d'accéder à un résumé de la situation médicale des personnes hospitalisées en HAD susceptibles d'avoir besoin d'une intervention sur son territoire.
Farfan-Portet et al., 2015 France, Espagne, Pays-Bas et Australie (Victoria)	Admission évitée	France : médecin spécialiste, médecin de famille Espagne (Valence et Pays basque) : médecin spécialiste, médecin de famille, services communautaires (infirmières)	Étant donné la subjectivité dans l'interprétation de certains critères d'admissibilité (voir ci-contre), le coordonnateur de l'HAD est la personne la plus apte à évaluer la complexité de l'intervention et à décider de l'admission subséquente	France : - Évaluation du patient (événements cliniques, sociaux et environnementaux) - Consentement du patient - Soins de nature intensive (complexes, techniques, fréquents et à caractère multidisciplinaire) - État du patient peut être instable Espagne (Valence et Pays basque) : - Évaluation du patient (événements cliniques, sociaux et environnementaux)	France : • Régulation centralisée, organisation régionale • Organisation publique ou privée • Lié directement (60 %) ou non à un hôpital • Définition du domicile large : résidence du patient, y inclus les maisons/établissements de soins • Contacts quotidiens en personne entre le patient et l'équipe HAD • Inclut les soins palliatifs • Inclut l'éducation et le soutien au patient en plus des soins médicaux • Dossier patient spécifique à l'HAD, conservé dans les bureaux du service d'HAD	Infirmières (qui agissent comme intervenantes ou coordonnatrices). Les coordonnatrices doivent avoir une formation en gestion par un établissement reconnu (France). Les intervenantes doivent avoir une formation continue en lien avec les	Coordination dans ces pays réalisée par une infirmière ou un médecin. Cette personne n'est généralement pas directement engagée dans les soins au patient. La coordination inclut : Définition d'un plan de soins par un membre

Auteur, année (Pays)	Type de service	Structure et processus d'orientation vers l'HAD			Structure et processus du service		
		Référent	Processus d'évaluation du patient	Population ciblée / Critères d'admissibilité	Description du service d'HAD/CPS	Professionnels concernés	Modalités de coordination
		ou demande du patient ou de la famille (Valence seulement) Pays-Bas : médecin spécialiste Australie (Victoria) : médecin spécialiste, médecin de famille		- Consentement du patient - Soins de nature intensive et nécessitant des visites quotidiennes - État du patient généralement stable Pays-Bas : - Évaluation du patient Australie (Victoria) : - Évaluation du patient (événements cliniques, sociaux et environnementaux) - Consentement du patient - Soins de nature intensive et similaire aux soins hospitaliers - Cliniquement stable De plus, la présence d'un aidant informel et l'accès à un téléphone ou autre moyen de communication sont souvent requis. Le consentement du patient est aussi un critère.	Espagne (Valence et Pays basque) : • Régulation et organisation régionale • Toujours lié à une unité hospitalière • Définition du domicile large : résidence du patient, y compris les maisons/établissements de soins • Contacts quotidiens en personne entre le patient et l'équipe HAD • Inclut l'éducation et le soutien au patient en plus des soins médicaux • Inclut les soins palliatifs (Valence) • Documentation de l'HAD dans le dossier hospitalier du patient, avec accès à distance Pays-Bas : • Régulation centralisée, organisation régionale • Définie par les interventions qui nécessitent l'action de différents acteurs • Définition du domicile large : résidence du patient, y compris les maisons/établissements de soins • Documentation de l'HAD dans le dossier hospitalier du patient et dans les dossiers de l'organisation de soins infirmiers communautaires Australie (Victoria) : • Régulation et organisation régionale • Toujours lié à une unité hospitalière • Définition du domicile large : résidence du patient, y compris les maisons/établissements de soins (parfois HAD offerte dans les <i>inpatient facility – clinic</i>) • Contacts quotidiens virtuels entre le patient et l'équipe HAD • Documentation de l'HAD dans le dossier hospitalier du patient (avec ou sans dossier spécifique à l'HAD) Applicables à tous : - Certains programmes d'HAD peuvent être spécialisés (limités à un type de patient ou de condition) ou généralistes; les approches généralistes sont davantage encouragées (France, Espagne, Australie). - Réponse aux urgences : l'HAD assure la continuité des services. L'HAD est le premier contact qui détermine si une visite à domicile est nécessaire ou si le patient doit être dirigé vers une autre ressource. Des ententes sont prises avec d'autres services si l'HAD ne peut répondre aux urgences 24 h/24. - Formation continue offerte pour les professionnels de la santé	spécificités de l'HAD (France, Espagne, Australie) ou avec formation additionnelle et expérience en milieu hospitalier (Pays-Bas) Médecins (médecin de famille et/ou spécialiste), coordinateur ou gestionnaire, autres professionnels de la santé, travailleurs sociaux, techniciens Normes en lien avec le personnel : <u>France</u> : un aide médical pour 6 patients, une infirmière-chef pour 30 places et la moitié des ETP doivent être des infirmières <u>Espagne</u> : Équipes composées d'un médecin et de deux infirmières, chaque programme d'HAD a au moins 2 équipes. Une équipe visite de 12 à 18 patients par jour.	de l'équipe HAD désigné Partage d'information entre professionnels de la santé Approvisionnement des produits pharmaceutiques et des appareils médicaux Planification de l'admission et du congé Parfois aussi : Inclusion des activités du patient ou de la famille dans le plan de soins Coordination avec les intervenants de santé communautaire ou aide sociale Arrangement pour soutenir les proches aidants

Auteur, année (Pays)	Type de service	Structure et processus d'orientation vers l'HAD			Structure et processus du service		
		Référent	Processus d'évaluation du patient	Population ciblée / Critères d'admissibilité	Description du service d'HAD/CPS	Professionnels concernés	Modalités de coordination
					- Provision de médicaments et d'appareils médicaux des pharmacies de l'hôpital (pour les HAD liées à un hôpital) ou à travers des partenariats avec pharmacies indépendantes ou des hôpitaux (pour les HAD non liées à un hôpital)		
Johns Hopkins HealthCare Solutions, 2015 Hospital at Home, 2012 États-Unis	Admission évitée	Département d'urgence ou clinique ambulatoire	Évaluation du patient par du personnel du service d'HAD selon des critères validés Si le patient est admissible et consent à avoir recours à l'HAD, le médecin du service d'HAD évalue le patient et il est transporté à domicile, souvent par ambulance.	Patients âgés qui ont besoin d'une admission hospitalière pour certaines maladies (ex. pneumonie communautaire, insuffisance cardiaque congestive, MPOC, cellulite)	Hospital at Home® : soins de niveau hospitalier à domicile comme remplacement d'une hospitalisation en soins aigus. Implanté dans plusieurs sites aux États-Unis par les hôpitaux du Veterans Affairs, par des systèmes de santé (ex. Presbyterian Health System), par des organisations de soins à domicile et par des programmes de coordination des soins - Soins infirmiers prolongés au début de l'admission, puis visites quotidiennes de l'infirmière selon les besoins cliniques. - Infirmières disponibles 24 h/24, 7 jours/7 pour les urgences - Évaluation médicale quotidienne du patient par le médecin de l'HAD pour diagnostic et amorce des traitements - Le médecin fait une visite ou plus par jour et est disponible 24 h/24, 7 jours/7 pour les urgences - Examens diagnostiques à domicile (ex. électrocardiogrammes, échocardiogrammes, radiographies) - Traitements à domicile (ex. oxygénothérapie, fluides ou antibiotiques par intraveineuse, autres médicaments, thérapie respiratoire, services de pharmacie, soins infirmiers) - Examens diagnostiques ou traitements qui ne peuvent pas être réalisés à domicile (ex. tomodensitométrie, imagerie par résonnance magnétique ou endoscopie) sont disponibles lors de brèves visites à l'hôpital - Prise en charge du patient jusqu'au congé et ensuite le patient est repris en charge par son médecin de famille.	Médecin et infirmières	
Mount Sinai, 2021 États-Unis	Admission évitée	Département d'urgence	Non décrit	Patients gériatriques - État qui nécessite une hospitalisation pour une condition aiguë - Autres critères médicaux et sociaux - Réside dans un environnement stable qui répond aux besoins de sécurité, d'hébergement et qui comprend les commodités de base - Réside dans la zone servie par le programme - Consentement écrit	<i>Mount Sinai at Home program</i> Le volet d'hospitalisation à domicile comprend : Transport de l'hôpital au domicile par ambulance (au besoin) Visites à domicile et par vidéo par des infirmières praticiennes et des médecins en réponse à des urgences Visites régulières par des infirmières pour prendre les signes vitaux et administrer certains médicaments, y compris les perfusions Coordination des soins et développement d'un plan de suivi par un travailleur social (au besoin) Offre de médicaments, tests de routine, équipement médical et intraveineuses à domicile	Médecins, infirmières, autres professionnels de la santé (ex. travailleur social)	Infirmières coordonnatrices

Auteur, année (Pays)	Type de service	Structure et processus d'orientation vers l'HAD			Structure et processus du service		
		Référent	Processus d'évaluation du patient	Population ciblée / Critères d'admissibilité	Description du service d'HAD/CPS	Professionnels concernés	Modalités de coordination
					Service de garde sur appel 24 h/7j pour répondre aux besoins urgents Accès à l'équipe HAD en tout temps pendant la période post-aigüe, jusqu'à 30 jours suivant le congé en cas d'urgence Volet Réadaptation à domicile (ergothérapie, physiothérapie, orthophonie) distinct de l'hospitalisation à domicile		
NSW Ministry of Health, 2013 Australie	Admission évitée	Département d'urgence Cliniques ambulatoires Unités de soins ou cliniques de l'hôpital Omnipraticiens ou spécialistes Unités d'évaluation ou de courte durée Prestataires externes Hôpitaux privés Établissements de soins ou résidences pour aînés	Évaluation du risque lors de l'orientation du patient : - Risque clinique - Environnement physique - Risques comportementaux (y compris dépendance aux drogues, à l'alcool) - Risques liés la manutention manuelle - Utilisation d'appareils de communication - Soutien non clinique requis Information au patient à propos du service d'HAD et offre d'un contact d'urgence 24/7 Établir la communication avec le médecin de famille du patient (qu'il soit responsable de la prise en charge du patient en HAD ou non)	- Condition aigüe sous-aigüe ou post-aigüe - Le service d'HAD peut offrir les soins requis selon les bonnes pratiques - Patient médicalement stable sans besoin de soutien clinique (multimorbidité avec besoin complexe est admissible) - Responsabilité médicale établie et approuvée selon les principes de l'HAD - Patient réside temporairement ou en permanence dans la zone servie par le programme - Consentement du patient ou de la famille - Environnement domiciliaire adéquat pour les besoins du patient et sécuritaire pour le personnel - Accès à un téléphone	Il est nécessaire d'identifier clairement la personne responsable de la prise en charge aigüe du patient. Différentes personnes qui peuvent être responsables de la prise en charge : - Spécialiste (sauf médecin débutant) - Médecin de famille - Prise en charge partagée (combinaison entre le spécialiste et le médecin de famille) – Modèle commun pour la gestion des maladies chroniques, santé mentale ou soins prénataux Prestation de soins : - Soins interdisciplinaires - Équipe HAD spécialisée - Équipe HAD intégrée (personnel employé par l'hôpital ou organisation de soins primaires ou communautaires) - Autoadministration supervisée (ex. patients qui reçoivent des injections par voie intraveineuse) Possibilité d'être admis/réadmis à l'hôpital pour le reste de l'épisode de soins	Médecins, infirmières, autres professionnels de la santé	Révision du plan de traitement en collaboration avec le patient, le médecin de famille et l'équipe HAD
Queensland Department of Health, 2017 Australie	Admission évitée	Non décrit	Recommande une visite à domicile pour évaluer la sécurité de l'environnement avant l'admission en HAD	Inclusion - Patient avec condition aigüe ou sous aigüe qui a besoin d'une admission hospitalière - Patient dont l'état nécessite au minimum des interventions ou évaluations quotidiennes - Sans allergies aux médicaments prescrits - Consentement du patient ou de la famille - Approbation du médecin responsable - Accès au téléphone - Accès à un réfrigérateur (ex. pour conservation des médicaments) - Patients pour qui l'expertise et le nombre de personnes sont disponibles	Différents modèles pour l'admission : 1) Prise en charge par l'équipe hospitalière : un clinicien autorisé (ex. médecin d'urgence, infirmière praticienne ou médecin hospitalier expérimenté) admet le patient en HAD et est responsable du patient pendant tout l'épisode de soins. Ce modèle nécessite la communication entre l'équipe hospitalière et l'équipe d'HAD 2) Prise en charge par un clinicien autorisé à prendre en charge des patients en HAD 3) Combinaison des deux modèles ci-dessus. Ce modèle permet une flexibilité dans l'offre de service, mais requiert une gouvernance clinique et des lignes directrices claires. - Le suivi téléphonique après le congé n'est pas considéré comme une activité d'HAD	Modèles d'organisation du personnel : - Équipe spécialisée qui ne fait que de l'HAD - Équipe qui offre à la fois l'HAD et des soins post-aigus - Personnel hospitalier qui offre aussi l'HAD dans le cadre de sa pratique	

Auteur, année (Pays)	Type de service	Structure et processus d'orientation vers l'HAD			Structure et processus du service		
		Référent	Processus d'évaluation du patient	Population ciblée / Critères d'admissibilité	Description du service d'HAD/CPS	Professionnels concernés	Modalités de coordination
				Exclusion Soins complexes ne pouvant être pris en charge en HAD (ex. besoins physiques, cognitifs ou sociaux qui excèdent la capacité de soutien disponible) Patient en soins de longue durée (plus de 35 jours) Patients avec condition sous-aigüe et non aigüe ou dont l'état ne nécessite pas d'intervention quotidienne Préadmission pour intervention non urgente Certaines spécialités ont besoin d'autres éléments pour évaluer l'admissibilité (soins sous-aigus, santé mentale, patients pédiatriques, santé obstétrique et du nouveau-né)			

Tableau C-4 Recommandations des lignes directrices et guides de pratique sur l'hospitalisation à domicile

Auteur (année)	Type de publication	Population ciblée	Recommandations
BTS, 2007 AGREE II GRS: 5/7	Guide de pratique (basé sur revue systématique et consensus d'experts)	Patients atteints d'une MPOC	(R1) A hospital should use an assessment proforma, protocol or ICP if setting up an integrated care service in order to deliver uniform care and facilitate audit. [Grade D] HaH should not be offered to patients with: (R2) Impaired level of consciousness. [Grade C] (R3) Acute confusion. [Grade C] (R4) pH < 7.35, if arterial blood gases have been measured. [Grade C] (R5) Acute changes on chest radiograph. [Grade C] (R6) Concomitant medical problem requiring inpatient stay. [Grade C] (R7) Insufficient social support, no telephone, residence geographically removed from hospital. [Grade C] (R8) New hypoxaemia ($\text{Spo}_2 \leq 90\%$)—a contraindication if oxygen cannot be provided at home. [Grade D] (R9) Blood tests need not be routinely performed when considering patients for home management of their exacerbation but should be available if they are indicated after assessment. [Grade D] (R10) Routine sputum culture before referral to HaH is not necessary. [Grade D] (R11) An ECG need not be routinely performed when considering patients for home management of their exacerbation but is indicated if the resting heart rate is < 60/min or > 110/min. [Grade D] (R12) Pulse oximetry should be performed on all subjects being considered for home management. Arterial blood gas measurements should be performed if $\text{Spo}_2 \leq 90\%$. These should be repeated after 1 hour on the intended therapeutic flow rate of oxygen aiming for $90\% < \text{Spo}_2 < 94\%$ and an arterial blood pH > 7.35. [Grade NICE] (R13) A chest radiograph should be performed on all subjects being considered for home management. [Grade D] (R14) Baseline spirometry should be carried out to confirm the diagnosis in cases where this is the patient's first presentation with presumed COPD. [Grade D] (R15) In busy inner city hospitals, if staffing levels permit, the combined approach of admission avoidance and early supported discharge is practicable but might be expensive. Eligibility for HaH varies from 30% to 35% with readmission from home care of 10%. [Grade A] (R16) In hospitals with fewer admissions for COPD or limited respiratory staffing levels, early inpatient assessment for supported discharge is the favoured model for HaH. Eligibility for HaH varies from 35% to 40%. [Grade A] (R17) Recruitment for HaH following direct GP referral is not recommended because of large numbers of inappropriate referrals. [Grade C] (R18) For inner city hospitals with high COPD admission rates, a 24 h/7 day service should be set up in order to maximise admission avoidance. [Grade C] (R19) For hospitals with fewer COPD admissions, hours of operation should correspond to the peak times of COPD referrals and a Monday to Friday service may be most cost effective. [Grade C] (R20) After recruitment to HaH, clinical responsibility and out-of-hours cover should be undertaken by the acute trust. [Grade C] (R21) When the patient is discharged from HaH, clinical responsibility should be formally transferred back to primary care either by fax or by email. [Grade C] (R22) The lead clinician should be a consultant respiratory physician, supported by trainee junior medical staff. [Grade C] (R23) The home care team should be lead by a specialist respiratory nurse, physiotherapist or appropriately qualified health professional. [Grade C] (R24) Inner city hospitals should aim for specialist teams, but district general hospitals in provincial or rural areas should consider generic teams which may deal with several HaH services. [Grade C]

Auteur (année)	Type de publication	Population ciblée	Recommandations
			(R25) Key skills for members of the HaH teams include: – ability to take a comprehensive clinical history; – proficiency in assessing clinical condition; – familiarity with pharmacological and non-pharmacological approaches; – knowledge of current guidelines in COPD management; – excellent communication skills; – excellent team working skills. [Grade D] (R26) Useful but non-essential team member skills include: – ability to perform chest auscultation; – venous and arterial blood sampling; – performance of and basic interpretation of an ECG; – interpretation of a chest radiograph; – performance of spirometry; – understanding of airway clearance techniques. [Grade D] (R27) The first visit should be carried out on the day after recruitment to HaH. [Grade D] (R28) Details of level of dyspnoea, cough and sputum volume/colour should be recorded. [Grade D] (R29) Vital signs including pulse, BP, respiratory rate and temperature should be measured. [Grade D] (R30) Oxygen saturation should be measured by oximetry and the Spo₂ documented alongside the Fio₂. [Grade D] (R31) A copy of the clinical notes and observations should be left in the patient's home. [Grade D] (R32) Serial spirometry may be useful as objective confirmation of improvement or worsening during an exacerbation and should always be measured before discharge. [Grade D] (R33) Treatment compliance and nebuliser/oxygen usage should be assessed. [Grade D] (R34) Telephone contact with respiratory practitioner should be encouraged. [Grade D] (R35) Weekly team meetings should be held. [Grade D] (R36) Home care should be completed in fewer than 14 days and with fewer than 10 visits. [Grade C] (R37) Failure to comply with the above recommendation requires team discussion. [Grade C] (R38) There should be written agreement between management and medical/nursing staff defining the scope and objectives of an ESD service. [Grade D] (R39) Patients should be given an information leaflet about the service, as shown in Appendix 2. [Grade D] (R40) The process of discharge should be streamlined. [Grade D] (R41) There is insufficient evidence to justify setting up telemetry in HaH at present. [Grade C] (R42) Plans for new HaH services should include formal health economics evaluation. [Grade C] (R51) HaH should not prevent patients gaining access to broader COPD care such as pulmonary rehabilitation or smoking cessation programmes. [Grade D] (R52) Selected physiotherapeutic techniques and nutritional support may be beneficial. [Grade D]
Fisher <i>et al.</i> , 2011 AGREE II GRS : 6/7	Recommandations d'un consensus d'experts	Patients qui ont subi un accident vasculaire cérébral	Members of the early supported discharge team should have specialist knowledge in stroke care An early supported discharge team should be multidisciplinary A typical early supported discharge team should comprise: - Physiotherapist - Occupational therapist

Auteur (année)	Type de publication	Population ciblée	Recommandations
			- Nurse - Speech and language therapist - Physician - Social worker - Secretary - Rehabilitation assistant (consensus not reached) A representative guide for the composition of an early supported discharge team (for a 100-patient-per-year caseload) is : - Physiotherapist - Occupational Therapist - 0.4 Speech and Language Therapist - 0–0.5 Social Worker - 0–1.2 Nurse - 0.1 Physician - 0.25 Assistant (consensus not reached) Each patient should be assigned a key worker (specific staff member responsible) An early supported discharge team should be organised by a team coordinator An early supported discharge team should plan and coordinate both discharge from hospital and provide rehabilitation and support in the community An early supported discharge team should meet on a weekly basis An early supported discharge team should be based in the hospital An early supported discharge team should plan and coordinate discharge from hospital and then pass on responsibility of rehabilitation and support in the community-to-community-based teams (disagree) An early supported discharge team should be based in the community (disagree) An early supported discharge team's main role is to ensure early discharge from hospital to home (consensus not reached) The recommendations in the Cochrane Systematic Review relate only to early supported discharge teams operating in urban settings (consensus not reached) Eligibility decisions for early supported discharge should be based on whether the patient is able to live safely back at home Eligibility decisions for early supported discharge should be based, in part on practicality (whether the patient living within the local area) Hospital staff should identify patients for early supported discharge Early supported discharge team staff should identify patients for early supported discharge Specific eligibility criteria for early supported discharge should be followed Eligibility decisions for early supported discharge should be based in part on the patient's level of disability (eg, Barthel score) Eligibility decisions for early supported discharge should be based on the patient's medical stability The length of intervention offered by an early supported discharge team should be based on the existence and type of other community-based stroke services operating in the area Most patients eligible for early supported discharge would have a Barthel score of between 10/20 and 17/20 Patients eligible for early supported discharge would be able to transfer safely from bed to chair (ie, can transfer safely with one with an able carer, or independently if living alone) Patients eligible for early supported discharge would have sufficient cognitive function and ability to consent to being referred to an ESD service (consensus not reached)

Auteur (année)	Type de publication	Population ciblée	Recommandations
			The intervention carried out by an early supported discharge team should take place for as long as required, dictated by the patient's needs (disagree, consensus not reached) The intervention carried out by an early supported discharge team should take place over a fixed period (disagree, consensus not reached) An early supported discharge team should routinely record the following standardized outcome measures: A measure of the degree of dependence/stroke severity, eg Barthel score A measure of activities of daily living (ADL) ability Patient's satisfaction with ESD services Carer's satisfaction with ESD services Patient's subjective health status score/quality of life measure Patient's general health/mood evaluation Carer's subjective health status score/quality of life measure (disagree, consensus not reached) Carer's general health/mood evaluation (disagree, consensus not reached) Success of an early supported discharge service would be indicated by: The annual cost of the early supported discharge team should be less or equal to the annual savings made by reduction in length of stay in hospital An average increase in activities of daily living (eg, Nottingham extended ADL) No increase in annual readmission rate to hospital due to stroke related causes A significant and consistent reduction in length of stay in hospital by stroke patients A consistent reduction of 8 days or more in length of stay in hospital by stroke patients No significant reduction in the mood score of carers An average increase in satisfaction levels shown by carers No change in institutionalisation rates of stroke patients An average increase in satisfaction levels shown by patients
HAS, 2015 AGREE II GRS : S.O.	Rapport d'évaluation	Patients atteints d'un cancer, dont l'état nécessite un traitement de chimiothérapie	Au niveau national - Assurer en priorité une couverture régionale par les HAD, de l'activité de chimiothérapie pour la prise en charge en hématologie, les traitements administrés par voie sous-cutanée, et concernant les populations les plus fragiles (enfants et personnes âgées, personnes souffrant de cancers métastatiques). - Renouveler le modèle tarifaire afin de le rendre incitatif au développement de la chimiothérapie en HAD et de faire en sorte que cette activité ne soit plus déficitaire. - Mener des actions d'information en direction des patients par l'intermédiaire de leurs associations. - Améliorer les outils de communication informatique entre les HAD et les établissements prescripteurs, en utilisant les transferts d'information sécurisés. - Évaluer les dispositifs expérimentaux mis en place dans le cadre de la facilitation de la dispensation des chimiothérapies orales (observance, suivi des patients), afin de définir le périmètre et les éventuelles modalités d'intervention de l'HAD. Au niveau régional - Dynamiser le développement de la chimiothérapie par le biais des HAD déjà rattachées ou associées à des établissements de santé ayant une activité en oncologie/hématologie - Clarifier les conditions de facturation des cytotoxiques entre la PUI et les HAD, en particulier concernant les pertes de produits non réutilisables et les forfaits liés à la préparation.

Auteur (année)	Type de publication	Population ciblée	Recommandations
			- Capitaliser sur les expériences réussies, en favorisant le regroupement des informations et des documents déjà produits par les HAD et les établissements prescripteurs ayant une expérience dans le domaine. - Mener des actions d'information en direction des oncologues/hématologues prescripteurs, afin de leur présenter les modalités de réalisation des chimiothérapies en HAD et de les inciter à développer cette offre avec les HAD du territoire de santé couvert par leur établissement. - Engager une réflexion sur l'organisation d'une offre de soins en cancérologie structurée d'emblée autour de la prise en charge à domicile via les structures de proximité. - Encourager la réalisation d'études de bonne qualité méthodologique visant à comparer le bénéfice médical et la satisfaction des patients en HAD versus en HDJ pour la chimiothérapie. - Réaffirmer le rôle essentiel de l'HAD dans l'administration des chimiothérapies lorsqu'elles sont réalisées par voie sous cutanée et a fortiori intraveineuse de durée d'administration courte. - Adapter le fonctionnement des PUI pour leur permettre de répondre au mieux à la réalisation des chimiothérapies en HAD. Au niveau local - Encourager les personnels des HAD à suivre des formations en oncologie et hématologie. - Maintenir les modalités de tarification incitatives par les HAD pour les infirmières libérales qui souhaitent s'engager dans cette pratique, en particulier pour les injections nécessitant une présence longue au domicile du patient. - Évaluer le coût complet de l'acheminement des produits au domicile des patients et sa variation en fonction de l'éloignement du domicile des patients et du transporteur retenu. - Évaluer le seuil d'activité rendant nécessaire le basculement de l'acheminement vers un transporteur ou des personnels dédiés à cette activité. - Définir la place du médecin traitant autour du suivi global du patient - Mener une réflexion pour alléger la contrainte logistique actuellement imposée au patient à son domicile
HAS, 2017 AGREE II GRS : S.O.	Algorithme pour l'orientation du patient vers l'HAD	Patient qui a besoin d'une hospitalisation	PRÉREQUIS Une hospitalisation à domicile (HAD) est impossible si : ▣ L'état clinique du patient nécessite l'accès direct et immédiat à : - un plateau technique au sein d'un établissement de santé; - une surveillance continue médicale et paramédicale 24h/24 au chevet du patient (soins intensifs). ▣ Le patient est en situation d'isolement (absence d'aidant) ET n'est pas en capacité cognitive ou physique de pouvoir alerter l'équipe de l'HAD si nécessaire. CRITERES D'INCLUSION DIRECTE (non cumulatifs : Si oui à l'une de ces questions, le patient est admissible, sinon passer aux critères de niveaux d'intervention) L'état de santé du patient nécessite-il l'administration de médicaments de la réserve hospitalière ? (ex. : chimiothérapie injectable, médicaments en soins palliatifs et antalgiques spécifiques, etc.) Le patient nécessite-t-il des soins de nature hospitalière ? (ex. : pansements par TPN, drainage pleural, transfusion sanguine, analgésie par MEOPA, etc.) Le patient relève-t-il d'un parcours de soins encadré par un protocole défini avec une HAD permettant un retour plus rapide à domicile ou d'éviter une hospitalisation conventionnelle ? (ex. : protocoles définis avec l'HAD dans le cadre d'une décompensation d'une pathologie chronique (cardiaque, pulmonaire ou autre), en post-chirurgie lourde, en postgreffe, en périnatalogie). L'état de santé du patient nécessite-t-il une charge en soins très importante du fait de la fréquence élevée des interventions ou de la durée cumulée importante des soins sur son lieu de vie ?

Auteur (année)	Type de publication	Population ciblée	Recommandations
			CRITERES DE NIVEAUX D'INTERVENTION L'état du patient répond-il à l'une des situations suivantes ? (non admissible si la réponse est non) - Il est à risque d'aggravation; - Il a eu des recours réitérés à l'hospitalisation avec hébergement; - Il présente plusieurs critères de complexité médico psycho-sociale. Par exemple : polypathologie, dépendance majorée, troubles neurocognitifs, vulnérabilité psycho-sociale (ex : isolement social, enfants en bas âge, précarité, nécessité d'un soutien/suivi psychologique régulier au domicile, etc.). La mise en place du projet thérapeutique du patient nécessite-t-elle l'intervention d'une équipe pluridisciplinaire sur les plans médical, paramédical, social et psychologique impliquant un besoin de coordination important ? (admissible si la réponse est oui, sinon, passer à la question ci-dessous) L'état de santé du patient nécessite-t-il une continuité des soins 24h/24 et 7j/7 caractérisée par la possibilité d'intervention à tout moment d'une infirmière et de recours à un avis médical (intervention au domicile ou conseil téléphonique ou télé-prescription) ? (admissible si la réponse est oui)
Commission des affaires sociales, 2016 AGREE II GRS : S.O.	Rapport d'information sur l'hospitalisation à domicile présenté à l'Assemblée nationale	S.O.	Mieux définir l'HAD et mieux évaluer ses atouts Proposition n° 1 Définir clairement par voie réglementaire l'HAD comme une activité de substitution à l'hospitalisation conventionnelle et aux SSR, distincte des autres modes de prise en charge à domicile. Proposition n° 2 Confier à l'agence technique de l'information hospitalière (ATIH), en coordination avec la CNAMTS, la réalisation d'études médico-économiques permettant de comparer le coût de l'HAD et celui des autres modes de prise en charge. Proposition n° 3 Confier à la Haute Autorité de Santé l'élaboration de référentiels d'activité par grande pathologie susceptible d'être prise en charge en HAD. Renforcer le modèle médical de l'HAD Proposition n° 4 Développer des solutions incitatives en vue de faire progresser la prise en charge en HAD au sein des établissements médico-sociaux, telles que : – la suppression de la minoration tarifaire, en faveur des établissements HAD; – une rémunération des EHPAD indexée sur la qualité de la prise en charge, laquelle tiendrait compte du taux de prise en charge en HAD. Proposition n° 5 Garantir que les prestations et les actes fournis par les structures d'HAD correspondent à la qualité et la permanence des soins hospitaliers et retirer les autorisations d'exercer aux établissements qui ne les garantissent pas. Proposition n° 6 Recomposer l'offre de soins en HAD par un adossement des plus petites structures aux établissements de santé exerçant sur le même territoire. Proposition n° 7 Développer un système d'appui technique et financier pour les médecins traitants qui s'investissent dans la prise en charge en HAD. Proposition n° 8 Créer une procédure de délégation permettant au médecin coordonnateur de prendre en charge les prescriptions et le suivi effectif de la prise en charge. Proposition n° 9 Revoir et simplifier les procédures de délégation de tâches du médecin à l'infirmière. Proposition n° 10 Développer une offre de soins pour prendre en charge les patients qui sont en dessous du seuil d'admission en HAD. Proposition n° 11 Favoriser les intégrations et les conventionnements « verticaux » pour assurer la fluidité du parcours de soins. Placer le partage de l'information médicale au coeur de l'HAD Proposition n° 12 Les pouvoirs publics doivent soutenir spécifiquement l'effort d'informatisation des structures d'HAD ainsi que l'interopérabilité entre les systèmes d'information mis en place. Proposition n° 13 Intégrer pleinement l'HAD dans le développement du nouveau DMP.

Auteur (année)	Type de publication	Population ciblée	Recommandations
			Rénover le financement de l'HAD Proposition n° 14 Engager la réforme de la tarification de l'HAD au plus tôt et, dans les faits, dès l'exercice 2018. Proposition n° 15 Faire de la coordination et de la gestion de l'information médicale un élément de la tarification de l'HAD. Proposition n° 16 Faire bénéficier de manière expérimentale l'HAD de nouveaux modes de financements prenant en compte son rôle, d'une part, de substitution à l'hospitalisation conventionnelle et, d'autre part, dans le maintien de structures de soins coordonnées sur le territoire. Faciliter le recours à l'HAD Proposition n° 17 Enseigner aux futurs professionnels de santé la prise en charge en HAD, comme tout autre mode d'hospitalisation. Proposition n° 18 Faire de l'HAD l'une des orientations nationales du développement professionnel continu des professionnels de santé. Proposition n° 19 Organiser une information à destination des professionnels de santé et du grand public sur les solutions d'HAD existant au sein de chaque groupement hospitalier de territoire. Proposition n° 20 Mettre en place des solutions adaptées pour soutenir les aidants des patients en HAD.
NICE, 2017 AGREE II GRS: 7/7	Guide de pratique	Patients de 16 ans et plus qui ont besoin de soins d'urgence ou aigus	Alternatives to hospital care 1.1.5 Provide nurse-led support in the community for people at increased risk of hospital admission or readmission. The nursing team should work with the team providing specialist care. [See the evidence review on community nursing.] 1.1.6 Provide multidisciplinary intermediate care as an alternative to hospital care to prevent admission and promote earlier discharge. Ensure that the benefits and risks of the various types of intermediate care are discussed with the person and their family or carer[1]. [See the evidence review on alternatives to hospital care.] 1.1.7 Provide a multidisciplinary community-based rehabilitation service for people who have had a medical emergency. [See the evidence review on community rehabilitation.] 1.1.8 Provide specialist multidisciplinary community-based palliative care as an option for people in the terminal phase of an illness. [See the evidence review on community palliative care.] 1.1.9 Offer advance care planning to people in the community and in hospital who are approaching the end of life and are at risk of a medical emergency[2]. Ensure that there is close collaboration between the person, their families and carers, and the professionals involved in their care. [See the evidence review on advance care planning.]
NICE, 2018 AGREE II GRS: 7/7	Guide de pratique	Patients avec exacerbations de la MPOC	Hospital-at-home and assisted-discharge schemes 1.3.4 Hospital-at-home and assisted-discharge schemes are safe and effective and should be used as an alternative way of caring for people with exacerbations of COPD who would otherwise need to be admitted or stay in hospital. [2004] 1.3.5 The multiprofessional team that operates these schemes should include allied health professionals with experience in managing COPD, and may include nurses, physiotherapists, occupational therapists and other health workers. [2004] 1.3.6 There are currently insufficient data to make firm recommendations about which people with COPD with an exacerbation are most suitable for hospital-at-home or early discharge. Selection should depend on the resources available and absence of factors associated with a worse prognosis (for example, acidosis). [2004] 1.3.7 Include people's preferences about treatment at home or in hospital in decision-making. [2004]

Auteur (année)	Type de publication	Population ciblée	Recommandations
NSW Ministry of Health, 2013 AGREE II GRS: 4/7	Lignes directrices	Patients qui ont besoin d'une hospitalisation	• The patient care need is the defining factor as to whether a person's entry to HITH is clinically equivalent to an admission or not. Patient care need for HITH is categorised as Daily or Intermittent • Care setting is the predominant place where the care is delivered. A variety of care settings are available to align with patient & local needs • For each entry to HITH, medical management is agreed and documented • Where a GP management model is used, local processes for funding a GPs activity are established • It is not essential that a HITH team has its own dedicated clinician resources. It is possible to use an integrated model to flex capacity to meet the needs of patients as required. • A locally appropriate, district-wide approach to HITH service planning and delivery is recommended. This approach should clarify the service roles of related programs and seek integration of programs with primary and community care where possible. • Development of locally appropriate referral processes that facilitate equity and ease of access • Referral to HITH must be made as a result of a clinical decision. • Risk screening should occur at the time of referral • HITH services will have systems in place, including an after-hours procedure, to recognise and manage deteriorating patients • A Collaborative care plan review should occur between patient, carer, GP and HITH to tailor the treatment plan to patient needs • HITH services will have systems in place, where clinically appropriate, to avoid a patient representing through Emergency Department • HITH services will have systems in place for effective clinical handover at the transfer of care • Information management systems must support coding, record management, data collection and reporting for HITH • Development of quality, safety and professional improvement processes to share innovation and implement local solutions for local problems • Daily HITH is eligible for Activity Based Funding at equivalency to inpatient care. • HITH activity is reported monthly in the NSW Health System Performance reports
Queensland Department of Health, 2017 AGREE II GRS : 4/7	Lignes directrices	Patients qui ont besoin d'une hospitalisation	9.1 Corporate Governance Corporate governance of HITH services is essential for both patient safety and the viability of HITH services. The establishment of a comprehensive corporate governance structure will provide transparent monitoring/reporting systems, strong clinical leadership, advocacy and clinical risk management 9.2 Clinical Governance Clear lines of responsibility for the clinical management of the patient are essential to ensure a treatment plan (medical management plan) is established and appropriate management and coordination of care is achieved. A variety of models of care can be implemented by the HHS to meet local need and should be reflected in the HHS admission policy. 10.0 Inclusion Criteria and Exclusion Criteria (voir Tableau Organisation des soins) 11.1 Screening of eligible patients Consideration of patient and staff safety is an essential part of patient selection. Due to the unpredictable nature of the home environment it is essential that a home visiting safety screen of the patient and their home (or other environment where treatment is planned to occur) is completed prior to acceptance by a HITH service. The assessment needs to identify any potential treatment and environmental risks, e.g. environment hazards, infection control or personal threat. 11.2 Admission/ transfer of care The patient journey through the HITH service should be seamless. Tools such as clinical pathways and Criteria Led Discharge support patient flow and are frequently adopted by HITH services. Formal clinical pathways are not mandatory for HITH services, however, it is essential that care of the HITH patient is planned and coordinated from admission to separation.

Auteur (année)	Type de publication	Population ciblée	Recommandations
			11.3 Clinical Assessment, Treatment, Monitoring and Documentation Comprehensive assessment of the patient's care needs is required during patient selection and while the patient is receiving care from the HITH service. Assessment of the patient is to be documented and updated throughout the episode of care. To assist in the minimisation of duplication, inpatient medical records and information gathered by the hospital is to be utilised by the HITH service. 11.4 Patient Education and Health Literacy Patient education is essential for HITH services to achieve the requirement of providing equivalent care in the community setting. Appropriate education will provide the patient with the strategies and tools to manage in the home setting, resulting in positive patient outcomes and preventing unnecessary transfer back to the acute facility. 12.1 Patient Safety and Quality - Meet the National Safety and Quality Health Service Standards - Pressure injury surveillance, malnutrition screening and falls risk assessment shall be completed on all patients in HITH as per the National Safety and Quality Standards. - Meet the infection control requirements in the Australian Guidelines for the Prevention and Control of Infection in Healthcare (2010) - Infection control procedures, practices and guidelines are developed to meet the community setting. - A HITH service has processes in place to manage emergencies, adverse events and other patient complications. - Collaboration and forward planning between all parties involved in an incident focuses on implementing strategies to minimise the likelihood of incidents reoccurring. - All clinical and non-clinical incidents/near misses are managed in accordance with related HHS health and safety processes, to ensure all incidents/near misses are reported and recorded. - HITH services are to be involved in all clinical incident analyses (including Root Cause Analysis and Human Error and Patient Safety (HEAPS) review) for patients that have had part of their care provided by the HITH service. - At risk behaviours are documented, monitored, risk assessed and reported by the HITH team, as per HHS health and safety processes. - Where the community setting is not safe for care provision, care may be provided in a clinic environment. This should be used as a last resort and clear documentation stating the reason for clinic-based care must be provided in the patient's clinical notes. - There is a local escalation process in place for HITH staff to manage the deteriorating patient. - Work instructions are to be implemented for the early identification of the Deteriorating Patient Adult Deterioration Detection system (ADDS) and Children's Early Warning tool (CEWT). - HHS shall have an action plan for extreme weather events to ensure HITH patients and staff members are not put at risk. - Medical records are to be audited as per HHS requirements. - Inpatient medical records utilised by HITH are to be maintained to the same standard set for hospital inpatient care and meet HHS guidelines. 12.2 Medication Management Evidence identifies that patients have a higher than average risk of medication error when care is transferred from one setting to another. Due to this risk, HITH services require diligence to ensure patient risk is minimised, and should seek to obtain and verify the best possible medication history for patients. 12.3 Death during a HITH admission It is essential that the morbidity and mortality of patients is monitored and that appropriate processes are followed and should include regular, multidisciplinary morbidity, mortality and quality audit and review.

Auteur (année)	Type de publication	Population ciblée	Recommandations
			13.0 Integrated Service Delivery Model Clear and concise communication between the HITH team, hospital service, primary care provider and other relevant people will enhance care delivery and positively impact the patient journey. 14.0 Corporate Functions 14.1 Staffing models There are three main models of staffing HITH services. These include: 1. 'Dedicated HITH Team' – Team is recruited to provide HITH care only. 2. 'Dual Model of Care' – Team recruited to provide both HITH and Post-Acute Care. 3. 'Inpatient Shared Model' – Staff that work in a hospital and also provide HITH care within their scope of practice. 14.2 Staff Training and Competencies The provision of care in the community setting requires acute and sub-acute specialist skills to ensure the care provided is of the highest standard. Continuous professional development is required to maintain patient and staff safety. 14.3 Staffing requirements As per organisational requirements, HITH staff may be required to: - Complete a criminal history check. - Have a Blue Card (if non-regulated staff, and work directly with children). - Complete an Aged Care Police Check, if HITH staff are entering RACFs to provide treatment to HITH patients. 14.4 Activity Based Funding HITH patients are considered inpatients of the hospital facility and are funded through Activity Based Funding (ABF). While patients remain under the HITH model of care, the below items/services are funded within the ABF funding allocation : Consumables (e.g. wound care products), Clinical services (Medical, Allied Health, Nursing and support services), Clinical investigations, Intervention medications, Equipment. Alternative models for an outside provider option will be developed through separate negotiations. Irrespective of service provider, no treatment cost is to be transferred to the patient. 14.5 Revenue HITH services are also able to accept compensable patients. 14.6 Service Evaluation Data and KPIs are to be monitored, analysed and reported via local HHS processes. Service evaluation is important for the ongoing monitoring and evaluation of service level data to ensure key performance indicators are met.
State of Victoria Department of Health, 2011	Lignes directrices	Patients qui ont besoin d'une hospitalisation	• HITH is an acute health program that substitutes admitted care in the home setting. The admission criteria are governed by the department's Victorian hospital admission policy. • HITH is delivered to patients in their home or at a temporary residential address that does not normally provide admitted care. Services delivered in other settings are only eligible to be HITH in specific circumstances. • HITH offers a range of services that substitute those available in the acute hospital setting to meet patient needs. The range of services offered is limited by practical and safety aspects and influences patient selection criteria.

Auteur (année)	Type de publication	Population ciblée	Recommandations
AGREE II GRS: 4/7			• Comprehensive assessment is conducted throughout the entry process and supports appropriate patient selection, treatment and planning. Assessment is reviewed throughout the admitted episode. • Pre-hospital or preadmission care is eligible for HITH only where the services delivered directly substitute admitted care. HITH admitted services delivered immediately prior to a hospital-based episode form a single continuous episode of care. • HITH-amenable conditions are considered within the context of a patient-centred journey or pathway from entry to admitted care through to separation. • Service coordination and involvement of community, ambulatory and other health programs maximises access, reduces duplication and increases continuity of care for the patient. Services must operate within relevant criteria and models of care. • Transfer of admitted patients from a hospital or HITH service to another HITH service should be driven by person-centred care principles. Appropriate governance should support the transfer arrangement. • The separation of a patient from HITH occurs when acute admitted care is no longer required. Appropriate planning and communication enable timely separation and continuity of care. • HITH services implement systems to ensure safe and effective medication management in the home setting. • Patients and carers have 24-hour access to appropriate healthcare professionals from the relevant HITH service. • Privately insured patients in public health services are eligible for HITH and are entitled to equity of access to HITH. • HITH records and data are reported to the same coding standards and VAED (Victorian Admitted Episode Data) requirements as those for all admitted care. • Effective leadership of HITH services is implemented within each health service providing HITH services. • HITH services have structured, planned and comprehensive learning and development systems. Staff participation in professional development should be encouraged. • All staff providing HITH services have suitable competence and credentials to deliver high-quality, safe services in the home setting. • Annual quality improvement plans are developed in line with the health service's quality improvement process. • Consider the safety of patients and staff when determining the intervention and setting for service delivery. • Health service boards, management and staff are responsible for ensuring appropriate clinical governance for HITH services. • Infection control policies, procedures and practices are adapted and developed to minimise infection risk in the home environment. • External service providers (contractors) are managed to maximise safety, continuity and quality of care.

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

Québec 

Siège social

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

Bureau de Montréal

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

inesss.qc.ca

