Histoire de cas

La mise en œuvre de l'Hôpital@domicile du CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal

10 mars 2025

transfert

Pôle santé HEC MONTRÉAL

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal

Québec

vos soins partout
care everywhere

Fondé en 2010, le Pôle Santé HEC Montréal est une plateforme universitaire d'excellence, dédiée à la génération et à la diffusion des connaissances sur les meilleures pratiques en gestion de la santé et des services sociaux. Rassemblant des professeurs, experts de renom, professionnels chevronnés et étudiants passionnés, il mobilise ces acteurs autour d'enjeux réels du milieu, au sein d'équipes sur mesure dirigées par des chargées de projet expérimentées. Cette dynamique permet une co-construction et un transfert des connaissances appliquées et directement liées aux besoins des milieux de pratique.

Pôle santé HEC Montréal
501, rue de la Gauchetière Ouest
Montréal (Québec) H2Z 1Z5
Courriel : pole.sante@hec.ca
https://polesante.hec.ca/

Recherche et rédaction

Ariane-Hélène Fortin, M. Sc.
Coordonnatrice et chargée de projets, Pôle santé HEC Montréal

Clémentine Le Roy, B.A.A.
Chargée de projets, Pôle santé HEC Montréal

Avec la collaboration de

Erin Cook, M. Sc. inf.
Directrice, Direction de la Qualité, Transformation, Évaluation, Valorisation, Éthique et Soins virtuels, (Présidente-directrice générale adjointe depuis mai 2025)
CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal

Lawrence Rudski, M.D.
Cardiologue, directeur du Centre cardiaque Azrieli et directeur médical des soins virtuels,
CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal

Nadia Benomar, M. Sc.
Directrice administrative et chargée de projets, Pôle santé HEC Montréal

Denis Chênevert, Ph. D.
Professeur titulaire et directeur du Pôle santé HEC Montréal

Caroline Chaumont, M. Sc.
Chargée de projets, Pôle santé HEC Montréal

Révision linguistique

Jade Lyonnais-Lafond
Marc Le tremble

Table des matières

Table des matières III
Remerciements 5
L'histoire du déploiement de l'H@D 6
L'émergence de l'idée d'une hospitalisation à domicile 6
La pandémie, un catalyseur des soins virtuels 6
Janvier 2022 – Cinquième vague de pandémie : le délestage à éviter à tout prix! 7
COVID@domicile : une fin de semaine pour mettre en place l'hospitalisation à domicile des patients atteints de COVID 7
Vendredi 7 janvier 2022 : l'annonce et le démarrage du projet 7
Samedi 8 et dimanche 9 janvier 2022 : un travail à toute allure 12
Les premières expériences d'hospitalisation à domicile 23
Lundi 10 janvier 2022 : le pré-test 23
Mardi 11 janvier : les premiers patients admis au COVID@domicile 24
Le développement et l'expansion vers l'H@D 25
Création de l'unité virtuelle V2 pour accueillir d'autres profils de patients 25
Création de l'unité V3 (Glenmount) pour combiner soins aigus et réadaptation 26
Une expansion soutenue et une diversification des profils de patients et des pratiques 26
L'évolution du pilotage et de la gouvernance de l'H@D 27
Caucus quotidiens 27
Comité tactique et comités de travail 28
Comité directeur 29
Comité exécutif 30
La mesure de la performance : surveiller pour progresser et s'améliorer 30
Le repérage des patients pour l'H@D : un travail de communication et de gestion du changement auprès des équipes et des médecins 31
Les présentations de l'H@D aux équipes de soins et aux médecins 31
Les défis de mobilisation et d'adhésion des médecins 33
La gestion des préoccupations et l'amélioration continue 34
L'expérience-patient : de la communication à l'amélioration de la trajectoire 35
Le développement de nouveaux rôles d'infirmières et l'ajustement des pratiques 36
Le développement du rôle d'infirmière virtuelle et de la pratique des soins virtuels en H@D 37
Le développement du rôle des infirmières en soins à domicile dans le cadre de l'H@D et des pratiques de soins virtuels 38
L'arrimage entre les infirmières virtuelles et les infirmières en soins à domicile 39
Les défis technologiques et logistiques 41
La coordination des soins limitée par les systèmes 41

Le développement de collaborations avec les territoires environnants....45
Bilan des 18 premiers mois : des résultats prometteurs....45
L'H@D de demain : perspectives et défis....46
Une mise à l'échelle provinciale : un H@D dans chaque établissement....46
Vers un centre de coordination régional ou provincial et des systèmes mieux intégrés ?....47
Des barrières législatives à l'intégration de nouveaux dispositifs connectés....48
Une force de frappe provinciale pour l'acquisition de technologies connectées....49
Vers un modèle qui inclut les omnipraticiens et la première ligne....49
La rémunération des actes médicaux des omnipraticiens....50
Le difficile recrutement des infirmières et médecins....51
Infirmières praticiennes spécialisées....51
Médecins spécialistes, médecins omnipraticiens et modèles d'unité....51
Conclusion....52
Épilogue....55
Bibliographie....57
Annexe 1 : Critères d'admissibilité – affiche....i
Annexe 2 : Guide du médecin pour le processus de transfert à l'H@D....ii
Annexe 3 : Enseignement offert aux patients....iii
Annexe 4 : Processus de transfert vers l'unité virtuelle....iv
Annexe 5 : Processus du séjour à l'hospitalisation à domicile....v
Annexe 6 : Processus de congé de l'unité virtuelle....vi
Annexe 7 : Technologies utilisées....vii
Annexe 8 : Développement d'une trajectoire....viii
Annexe 9 : Structure de gouvernance....
Annexe 10 : Horaire des rencontres de gouvernance et de pilotage....i
Annexe 11 : Indicateurs clés de performance (ICP) de l'H@D....ii
Annexe 12 : Tableaux de bord H@D suivis au C4....iii
Annexe 13 : Bénéfices de l'H@D....iv
Annexe 14 : Affiche de l'hospitalisation à domicile pour les patients....v
Annexe 15 : Fiche informative à l'intention du patient et de ses proches....vi
Annexe 16 : Processus de médication pour l'unité virtuelle....viii
Annexe 17 : Liste non-exhaustive des diagnostics pouvant être admis à l'H@D et des services offerts....ix

Remerciements

Nous tenons à remercier l'ensemble des personnes qui ont contribué à la rédaction de la présente histoire de cas. Notamment, celles qui ont été interrogées dans le cadre d'entrevues menées en juin-juillet 2023 et qui ont permis de reconstituer la séquence des événements et de rassembler les informations nécessaires à la rédaction de ce document en deux parties.

Des rencontres ont été organisées avec les personnes suivantes[1] :

Dr Lawrence Rosenberg, président-directeur général.

Erin Cook, directrice adjointe de la Direction de la Qualité, Transformation, Évaluation, Valeur, Éthique clinique et organisationnelle et des Soins Virtuels (DQTEVE-SV) au lancement de l'H@D. Entre juin 2023 et mai 2025, Mme Cook a occupé la fonction de directrice de la DQTEVE-SV. Depuis mai 2025, elle est présidente-directrice générale adjointe.

Dr Lawrence Rudski, directeur du Centre cardiaque Azrieli de l'Hôpital général juif (HGJ), directeur médical de l'informatique et directeur médical des soins virtuels.

Lucie Tremblay, directrice des soins infirmiers (DSI) et directrice de la Vaccination (COVID19) au lancement de l'H@D. Entre octobre 2022 et mars 2025, elle a occupé les fonctions de présidente-directrice générale adjointe avant de prendre sa retraite.

Aurelia Di Fabrizio, chargée de projets à la DQTEVE-SV.

Alla'a Ali, conseillère-cadre à la DQTEVE-SV.

Dre Shannon Fraser, chirurgienne générale et directrice médicale du Centre de commandement (C4).

Kimberly Garshore, coordonnatrice du C4.

Chantal Bastien, adjointe à la direction des soins infirmiers (intérim) (DSI).

Catherine McDonald, cheffe des admissions à la direction des services professionnels (DSP).

Viki Doucette, infirmière-chef de l'unité virtuelle.

Tracy Heramchuk, assistante infirmière-chef dans l'équipe H@D.

Denis Dao, pharmacien coordinateur de l'unité virtuelle.

Brenda Lécouteur, coordonnatrice du programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées – soins à domicile (SAPA-SAD).

Lilly Luan, cheffe d'activité des programmes SAPA-SAD.

Annick Mercier, cheffe d'activité des programmes SAPA-SAD.

Remarque : pour alléger le texte, l'utilisation du masculin générique est privilégiée. Cependant, pour les titres ou catégories d'emploi à prédominance féminine, la forme féminine est utilisée. Cette approche vise à faciliter la lecture tout en respectant la réalité des fonctions et des personnes concernées.

---

[1] Les fonctions indiquées dans cette liste sont celles occupées par les personnes au moment des faits racontés dans l'histoire de cas. Plusieurs d'entre elles n'occupent plus les mêmes fonctions au moment de la publication du présent document.

L'histoire du déploiement de l'H@D

L'émergence de l'idée d'une hospitalisation à domicile

La pandémie, un catalyseur des soins virtuels

Les possibilités qu'offre la télésanté[2] se multiplient et promettent de révolutionner l'avenir des soins partout dans le monde. Au Québec, le déploiement de la télésanté reste, jusqu'en 2020, principalement concentré autour des centres hospitaliers universitaires, en soutien au déploiement d'une offre de soins et services spécialisés pour les régions plus éloignées. La pandémie de COVID-19 accélère drastiquement ce développement en faisant tomber de nombreuses barrières, dont la rémunération des médecins, le perfectionnement et l'implantation à plus large échelle des plateformes utilisées pour la télésanté, le développement rapide des compétences, de la littératie numérique de la population et des soignants, le développement d'algorithmes décisionnels et de procédures d'encadrement, etc. La télésanté fait ainsi un bond de géant au Québec : on passe de quelques dizaines de milliers de services médicaux de télésanté offerts par année à près de 10 millions dans les sept premiers mois de la pandémie (FMEQ, 2021).

Le CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal (CCOMTL) voit ce développement véloce des pratiques d'un bon œil. Il restructure et réorganise rapidement la gouvernance de la santé numérique au sein de son établissement. Il met notamment en place une équipe dynamique dont le mandat a une portée stratégique et transversale et qui a pour rôle de soutenir les équipes de soins dans le déploiement de nouvelles façons de soigner à distance.

C'est au printemps 2021, dans un contexte d'accélération de l'utilisation de la télésanté et de structuration de l'offre de soins numérique que l'idée du développement d'un hôpital à domicile (H@D) commence à germer au CCOMTL. Lors d'une réunion, le Dr Rosenberg partage à l'équipe de la haute direction sa vision d'avenir pour la santé numérique et précise que l'Hôpital à domicile pourrait en constituer un élément-clé.

Erin Cook, alors directrice adjointe à la DQTEVE-SV et le Dr Rudski, directeur du Centre cardiaque Azrieli du CIUSSS et directeur médical de l'informatique s'allient pour élaborer un projet de continuum de soins virtuels où les patients seraient hospitalisés à domicile. Dr Rudski et Mme Cook sont en effet fort intéressés par le développement des soins virtuels et utilisent déjà des objets connectés dans le soin des patients en cardiologie. Ensemble, ils réfléchissent à la forme que pourrait prendre un continuum virtuel. Ils utilisent une approche originale pour circonscrire le problème : celle du *Vision Scripter*. Il s'agit d'un document qui présente une vision du futur au temps présent, comme si elle se produisait aujourd'hui. Tous deux ont ainsi prétendu être en 2024 et rendre compte du chemin parcouru au cours des trois dernières années.

L'initiative, qui s'inscrit très bien dans la vision de l'établissement *Vos soins partout (Care Everywhere)*, plaît indéniablement au Dr Rosenberg. En septembre, il organise une rencontre avec le comité de direction du CCOMTL où il encourage l'équipe à s'engager dans une transformation numérique et à envisager des stratégies pour réaliser cette vision.

---

[2] Cette pratique permet d'offrir des services de santé à distance grâce à l'utilisation des technologies de l'information et de la communication (TIC).

Janvier 2022 – Cinquième vague de pandémie : le délestage à éviter à tout prix!

Janvier 2022 : l'heure est grave au Québec. Depuis la fin de 2021, la COVID-19 reprend de l'ampleur. Le variant Omicron, dont le niveau de contagion dépasse les précédents, fait des ravages. Les cas sont passés de 500 000 au Québec le 22 décembre 2021 à près de 750 000 le 7 janvier 2022, et ce, malgré le resserrement des mesures sanitaires le 31 décembre tels que le confinement et le couvre-feu (INSPQ, 2022). Le Québec entre dans la cinquième vague. Au CCOMTL comme partout, on entrevoit manquer rapidement de capacité pour soigner les patients en situation critique et le délestage des chirurgies risque d'être inévitable. Les équipes du continuum chirurgical travaillent fort pour rattraper le retard en chirurgie laissé par les vagues précédentes et la perspective d'un nouveau recul inquiète et décourage. Dr Rosenberg tranche et passe à l'action : l'initiative présentée en septembre au comité de direction sera la solution pour créer de la capacité litière et éviter le report de chirurgies.

Qu'est-ce que le délestage?

À la suite du déclenchement de la pandémie de COVID-19, plusieurs vagues successives ont frappé le Québec. Elles ont obligé les établissements de santé à réorganiser leurs installations ainsi que la prestation des soins et services offerts pour répondre aux besoins grandissants des patients atteints de la COVID-19 et devant être hospitalisés pour des soins aigus. Le délestage consiste à annuler ou à reporter des rendez-vous non urgents, par exemple des chirurgies électives, afin de libérer des lits de soins intensifs. Bien que cette stratégie crée de la capacité immédiate, elle a pour conséquence d'allonger les listes d'attente, obligeant un rattrapage des chirurgies.

COVID@domicile : une fin de semaine pour mettre en place l'hospitalisation à domicile des patients atteints de COVID

Vendredi 7 janvier 2022 : l'annonce et le démarrage du projet

14 h : Rencontre Oxygène à la maison

Le vendredi 7 janvier 2022 en mi-journée, plusieurs personnes occupant un poste stratégique au CCOMTL reçoivent une invitation en vue de participer à une rencontre Microsoft Teams urgente, à 14 h, organisée par le Dr Rosenberg. La réunion porte le mystérieux titre « *Oxygène à la maison* ».

À 14 h, se retrouvent à l'écran :

- la présidente-directrice générale adjointe, Francine Dupuis;
- la directrice des services professionnels, la Dre Louise Miner;
- le chef du Département de l'urgence de l'Hôpital général juif, le Dr Marc Afilalo;
- la directrice des soins infirmiers, Lucie Tremblay;
- le directeur du Centre cardiaque Azrieli à l'HGJ et chef de l'information médicale, le Dr Lawrence Rudski;
- le directeur du programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA), Gary Stoopler;
- le directeur adjoint du programme SAPA, volet Soins à domicile (SAPA-SAD), RI-RTF et LAAA, Luc Méthot;
- la directrice de la Qualité, Transformation, Évaluation, Valeur, Éthique clinique et organisationnelle et des Soins virtuels, Joanne Côté;
- la directrice adjointe de la Qualité, Transformation, Évaluation, Valeur, Éthique clinique et organisationnelle et des Soins Virtuels (DQTEVE-SV), Erin Cook.

Le Dr Rosenberg se rappelle la réunion :

> *« J'ai décidé, au début de la cinquième vague, de ne pas fermer des lits chirurgicaux, mais de trouver un autre moyen de donner les soins pour les patients ayant la COVID-19. J'ai décidé d'essayer un hôpital à domicile pour eux. Alors, j'ai rencontré mes gestionnaires. C'était un vendredi après-midi [7 janvier]. Nous avons eu une discussion en vue de déterminer s'il était possible de mettre en place un hôpital à domicile en trois jours pour éviter la fermeture des chirurgies encore une fois. Ils ont dit "oui, on va essayer". »*
>
> *Dr Lawrence Rosenberg, PDG du CCOMTL*

Le Dr Rosenberg veut un projet pilote fonctionnel permettant d'accueillir son premier patient dès le lundi matin. Ce projet repose sur une collaboration entre le milieu hospitalier et le programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA) – volet Soins à domicile (SAD) afin de permettre aux usagers qui sont atteints de la COVID-19 de se soigner à domicile en bénéficiant de traitements de l'équipe de soins à domicile et de suivis en télésanté, avec télésurveillance[3].

> *« Comme c'est souvent le cas, les situations d'urgence favorisent le développement d'innovations. […] on ne voulait plus fermer nos services. Ça faisait déjà deux ans qu'on fermait les cliniques, qu'on réduisait des chirurgies en réponse à la pandémie. Donc on s'est dit pourquoi ne pas essayer quelque chose où on va pouvoir maintenir l'accès à la population. C'est ce sentiment d'urgence qui a fait en sorte que les gens se sont donnés à la cause pour réaliser l'initiative. »*
>
> *Erin Cook, directrice adjointe de la DQTEVE-SV*

Les parties prenantes réunies cet après-midi-là sont motivées par le projet, mais sont tout de même habitées de certaines inquiétudes. Annick Mercier, cheffe d'activité des programmes SAPA-SAD, se remémore :

> *« C'est sûr qu'il y a eu de la résistance à différents niveaux. Sur l'idée de comment on va faire, il ne faut pas aller trop vite. On n'a pas les ressources dans un contexte de pénurie. Somme toute, je pense qu'au début, on s'est dit : bon, allez, il faut le faire, on le fait et on va voir comment ça va aller. »*
>
> *Annick Mercier, cheffe d'activité des programmes SAPA-SAD*

[3] Télésurveillance : utilisation de la technologie afin d'effectuer la surveillance à distance d'un patient, aussi appelée *télémonitoring.*

Erin Cook et le Dr Rudski à la codirection du projet-pilote COVID@domicile

Le Dr Rosenberg, PDG, qui agit à titre de propriétaire de projet, désigne Erin Cook et le Dr Rudski comme co-directeurs du projet, respectivement, des volets administratif et médical. Cette opportunité est bien accueillie tant par Erin Cook que par le Dr Rudski :

« Je me souviens en réunion il disait : "si vous voulez diriger ça, allez-y." Quand tu as une offre comme ça, pour quelque chose que tu veux depuis longtemps, tu dis oui et tu le prends. Dans mon cas, je dis toujours oui, je saisis toutes ces opportunités. » [Traduction libre]

Dr Rudski, directeur du Centre cardiaque Azrieli et directeur médical des soins virtuels

---

Dès la fin de la rencontre *Oxygène à la maison*, l'opérationnalisation débute. Le PDG ayant laissé carte blanche pour réaliser le projet, le groupe d'acteurs présents à la rencontre forme un premier noyau stratégique qui se met à l'œuvre. L'information est relayée à leurs équipes. Les gens se mobilisent dans l'urgence pour mettre sur pied l'unité virtuelle d'hospitalisation des patients atteints de la COVID-19, qu'on appellera d'abord COVID@domicile (COVID@home), puis rapidement Hospitalisation à domicile (H@D).

Vendredi après-midi : à la recherche de fournisseurs d'oxygène et de modèles inspirants

Simultanément, plusieurs s'attaquent au premier défi : trouver le matériel essentiel pour lundi matin avant que les bureaux de fournisseurs ne ferment pour la fin de semaine. Erin Cook explique :

« La plus grande priorité en ce moment-là, c'était de trouver qui était le fournisseur qui pourrait potentiellement livrer l'oxygène à domicile pour lundi matin. Et on s'entend qu'on est vendredi en fin de journée, première semaine de janvier. Rapidement, on s'est mis à l'effort. L'autre question, c'était quel outil on allait utiliser pour suivre les signes vitaux? On avait quelques outils à notre disposition à l'intérieur de l'hôpital, mais il fallait évidemment être certains que tout fonctionne bien avant de les utiliser avec des patients. »

Erin Cook, directrice adjointe de la DQTEVE-SV

Erin Cook cherche également des modèles inspirants pour se donner des balises : « J'ai quand même pris le temps d'aller regarder rapidement ce qui s'est fait ailleurs. Juste pour être certaine qu'on couvre les points importants et de ne rien oublier. » Elle rassemble de la documentation sur le modèle d'hospitalisation à domicile en Australie, appelé *Hospital in the Home*. Cette initiative australienne cumule près de 10 ans d'expérience et le modèle semble correspondre à ce que le CCOMTL projette.

« Ce que j'ai aimé de leur modèle, c'est qu'il était très axé sur la qualité. Je voyais beaucoup de similitudes quant à la façon dont ils ont élaboré le

programme et une vision de qualité axée sur l'expérience patient, mais aussi sur les données, la performance et la qualité des soins. C'est là que j'ai trouvé une certaine affinité avec ce modèle par rapport à d'autres que nous connaissions. »

Erin Cook, directrice adjointe de la DQTEVE-SV

Vendredi soir et samedi matin : rassembler les parties prenantes et organiser le travail de la fin de semaine

Le vendredi soir et le samedi matin, Erin Cook continue d'interpeller les bonnes personnes pour compléter les équipes. Elle est vite rejointe par Aurelia Di Fabrizio, chargée de projets à la DQTEVE-SV.

« J'ai eu un appel de Erin, le samedi matin, me disant qu'il fallait qu'on mette en place un hôpital à domicile. Le vendredi soir et le samedi matin, c'étaient plus des rencontres stratégiques pour comprendre qui devrait être interpellé pour travailler sur un hôpital à domicile. Étant donné que c'était nouveau, il fallait vraiment identifier toutes les parties prenantes ».

Aurelia Di Fabrizio, chargée de projets à la DQTEVE-SV

Pendant la fin de semaine et jusqu'au lundi, plus de 70 personnes provenant de 14 directions cliniques et administratives sont réunies et travaillent plus de 12 heures par jour pour réaliser le projet.

En temps normal, la création d'une nouvelle trajectoire aurait nécessité plusieurs semaines de travail. Cependant, pour accélérer le processus, le travail à accomplir est divisé en volets auxquels des groupes de travail (caucus) travailleront simultanément et de façon agile.

Le travail s'effectue en deux cycles. Dans un premier temps, chaque caucus se rencontre pour établir un plan de travail et répartir les tâches entre les membres avant de les laisser travailler individuellement. Ensuite, des rencontres en moyen et grand groupe sont fixées pour mettre en commun le travail réalisé et refaire le point en prévision du cycle suivant. Erin Cook et Aurelia Di Fabrizio partagent leur temps entre les différents groupes pour s'assurer d'avoir une vue d'ensemble et de préparer les mises en commun.

Liste des parties prenantes impliquées dans le démarrage de COVID@domicile

1. Pharmacie : chef de la pharmacie, co-chef, pharmacienne, technicien en pharmacie
2. Logistique et approvisionnement : directeur, gestionnaire de contrat, représentant des achats, chef biomédicale
3. Admission : gestionnaire de l'admission, spécialiste des systèmes
4. Archives médicales
5. Direction des soins infirmiers – DSI : adjointe à la DSI (intérim) et conseiller en soins infirmiers/chef de l'information infirmière, directeur, etc.
6. Médecins : codirecteur médical, médecins représentant diverses spécialités
7. Centre de commandement (C4) : spécialiste en procédés administratifs et optimisation, coordinatrice du C4
8. Équipe juridique : avocat
9. Services multidisciplinaires
10. Équipe de la transformation : gestionnaire de projet, spécialiste en optimisation et cartographie de la trajectoire
11. Santé numérique : conseillère cadre en informatique clinique, spécialiste en procédés administratifs
12. SAPA-SAD : coordonnatrice et chef d'administration de programme
13. Équipe de la performance : chef de la performance, spécialiste en procédés administratifs (analyste)
14. Qualité : conseillère cadre expérience patient, spécialiste en gestion des risques
15. Patient partenaire
16. Conseiller pour proches aidants

Liste des groupes de travail (caucus)

1. Caucus « Administration » : chapeauter les décisions administratives et assurer l'harmonisation des systèmes et des éléments opérationnels.
2. Caucus « Processus et cartographie » : cartographier la trajectoire H@D et plus spécifiquement celle des patients atteints de la COVID-19.
3. Caucus « Pharmacie » : planifier le circuit des médicaments destinés à domicile (requête, préparation, ensachage, livraison).
4. Caucus « Critères d'admission » : définir les critères d'admission de la clientèle.
5. Caucus « Protocoles cliniques » : créer les protocoles cliniques encadrant le travail des professionnels dans le projet pilote.
6. Caucus « Dotation » : préparer les budgets et les mécanismes de rémunération des équipes de H@D et des médecins.
7. Caucus « Technologie » : identifier et obtenir les bonnes technologies et les bons systèmes de télésurveillance pour les besoins du projet pilote.
8. Caucus « Plans de contingence » : élaborer les éléments touchant le volet juridique (consentement, plan de contingence avec analyse des risques juridiques, assurances, etc.).
9. Caucus « Communications » : prévoir les communications aux équipes cliniques, aux patients, aux familles et aux parties prenantes.
10. Caucus « Indicateurs de performance et sondage patients » : définir les indicateurs à suivre pour la prise de décision et pour la mesure de performance de la trajectoire; préparer un sondage de satisfaction des patients.

Malgré la quantité importante de travail à abattre, les équipes sur place sont déterminées à en venir à bout.

> « La première fin de semaine, les gens étaient très dévoués. On avait comme un sentiment d'urgence et d'appartenance ensemble. Je ne pense vraiment pas que la motivation manquait. On travaillait jusqu'à 10 h du soir, puis les gens étaient stimulés. On créait quelque chose de nouveau. Je pense que les gens voulaient être là, ils voulaient en faire partie. »
>
> Aurelia Di Fabrizio, chargée de projets à la DQTEVE-SV

Samedi 8 et dimanche 9 janvier 2022 : un travail à toute allure

Pendant la fin de semaine, la direction et les groupes de travail s'activent. Ils créent l'unité virtuelle et organisent sa gouvernance, cartographient le parcours de soins pour y rattacher des intervenants, prévoient les aspects logistiques et technologiques, rédigent les protocoles de soins et prévoient les communications aux équipes et aux patients entre autres.

Création administrative de l'unité virtuelle V1

Le samedi 8 janvier, l'unité virtuelle est créée administrativement. Portant le nom *V1 Unité Covid virtuelle – Virtual Covid Unit*, l'unité compte une cinquantaine de lits fictifs sous le service de l'hospitalisation à domicile. Aucun lieu physique n'est dédié à cette unité virtuelle.

Dans l'optique d'offrir un continuum de soins, le patient admis dans l'unité virtuelle reste administrativement inscrit à l'hôpital. Le patient est simplement transféré de l'unité physique du centre hospitalier à l'unité virtuelle d'hospitalisation à domicile pour bénéficier des soins depuis son domicile.

Intégration de COVID@domicile au Centre de commandement sous la DQTEVE-SV

L'une des premières questions qui se pose sur le plan de la gouvernance est le rattachement de l'unité virtuelle de soins nouvellement créée à une direction.

Au CCOMTL, la direction DQTEVE-SV chapeaute déjà une initiative transversale : le Centre de commandement, appelé C4, mis sur pied environ un an auparavant. Le C4 est un centre de coordination et de pilotage de la fluidité des patients au sein du CIUSSS appuyé par des tableaux de bord présentant différents indicateurs pour appuyer les décisions sur l'orientation et le transfert des patients. Le C4 dispose d'un endroit où les écrans affichent les données en temps réel ainsi qu'une équipe dédiée.

DQTEVE-SV du CCOMTL

La DQTEVE-SV du CCOMTL occupe une position forte et une place importante dans l'organisation. Il s'agit en quelque sorte du souhait du PDG formulé dès le début de son mandat. D'ailleurs, il avait confié à la directrice de l'époque que : « la direction de la qualité, c'est bien plus que l'agrément, elle peut développer bien d'autres choses ». « Avec le temps et au fil des succès, on a réalisé qu'on a pris une place unique comparé à d'autres organisations », explique Erin Cook.

Très rapidement, l'établissement réalise que les installations du C4 pourraient permettre de suivre sur écran en temps réel les indicateurs de santé des patients hospitalisés à domicile par le biais de la télésurveillance et des objets connectés. L'unité virtuelle nouvellement créée s'inscrit aussi très bien dans la mission du C4 en permettant d'augmenter la capacité litière

et d'avoir un impact bénéfique sur la fluidité. Le projet-pilote COVID@domicile est donc placé sous la gouverne de la DQTEVE-SV et intégré au C4. Le choix de positionner l'unité virtuelle sous une direction transversale comme la DQTEVE-SV permet de dépolitiser l'initiative et de maximiser la collaboration des équipes de soins des différents secteurs.

Par ailleurs, le lien étroit entre un centre de commandement et une unité virtuelle est aussi observé à la Mayo Clinic et à la Cleveland Clinic aux États-Unis, ainsi qu'à l'Hôpital Humber River en Ontario, trois établissements qui ont inspiré le CCOMTL dans la création de son Centre de commandement. « Ils épousent également ce modèle [d'unité virtuelle rattachée au Centre de commandement], donc on voit qu'il intègre tout naturellement la fluidité, la logistique, les centres de commandement et les soins virtuels. », témoigne Erin Cook.

Définition des critères d'admissibilité des patients pour COVID@domicile

Qui pourra être admis dans cette trajectoire? Le groupe de travail sur les critères d'admission se penche sur cette première question. D'abord, pour être pris en charge dans ce projet, le patient doit être atteint de la COVID-19. Il doit présenter un état stable pour lequel on estime qu'il ne nécessitera qu'une brève période de suivi. Son besoin hospitalier peut se caractériser par des traitements médicamenteux et un besoin d'oxygénothérapie, soit des soins et services qui peuvent se faire à domicile. Le patient doit être en mesure de prendre des responsabilités et d'être autonome pour prendre sa médication avec supervision du personnel infirmier virtuel. Il doit également bénéficier du soutien d'un proche aidant ou d'un membre de sa famille. Le lieu de résidence du patient se situe idéalement dans la région desservie par le CCOMTL afin de lui permettre de recevoir des soins et services de son équipe de soins à domicile (SAPA-SAD). Il est convenu que l'âge ne fera pas partie des critères, afin de ne pas écarter des patients potentiels qui pourraient en bénéficier, mais dont le simple critère de l'âge les rendrait inadmissibles. L'équipe se distancie ainsi des recommandations de la littérature qui fixe 70 ans et moins comme un critère de choix.

Lorsque les critères sont réunis, le patient doit aussi, bien entendu, consentir à sa participation. Les critères d'admission déterminés par le groupe de travail peuvent être consultés en annexe (Annexe 1 : Critères d'admissibilité – affiche).

Cartographie de la nouvelle trajectoire

Dirigé par le Dr Rudski et Marc-André Reid, infirmier clinicien et conseiller en soins infirmiers – santé numérique, le groupe de travail sur la cartographie des processus réunit une équipe interdisciplinaire qui définit la trajectoire d'un patient atteint de la COVID-19 en hospitalisation à domicile. La trajectoire suit les étapes décrites ci-après.

Étape 1 : Identification des patients, évaluation, admission, enseignement initial

Les patients, candidats potentiels du COVID@domicile, sont identifiés directement à l'urgence ou à l'unité de soins.

Le processus d'identification des patients potentiels commence par le travail du médecin traitant ou du personnel infirmier praticien spécialisé (IPS). Ces derniers repèrent les candidats admissibles dans leur unité (Annexe 2 : Guide du médecin pour le processus de transfert à l'H@D). Cette évaluation se fait généralement en collaboration avec l'assistante infirmière-chef qui a également fait un premier repérage. Une fois les candidats présélectionnés sur l'étage et l'infirmière-chef avisée, le personnel infirmier de l'unité responsable contacte l'infirmière de transfert rattachée à l'unité de soins virtuelle. Le rôle de cette dernière est d'organiser et de faciliter le transfert des patients vers l'unité virtuelle de soins. Cette dernière rencontre les patients et évalue le respect des critères d'admissibilité. Elle rencontre ensuite les patients et leurs proches aidants pour recueillir le consentement et expliquer le fonctionnement de l'hospitalisation à domicile à l'aide de la documentation qui leur est fournie (Annexe 3 : Enseignement offert aux patients). Afin

de vérifier les connaissances technologiques du patient, ce professionnel procède notamment à un appel test avec l'application Microsoft Teams. Ce personnel infirmier s'assure également que l'ensemble des appareils de surveillance sont connectés de manière adéquate par Bluetooth au téléphone que le patient aura à sa disposition à son retour à domicile. Il s'agit d'une étape clé pour garantir une bonne connectivité et ainsi s'assurer d'avoir une transmission sécurisée des signes vitaux des IoT. L'ensemble de ce processus, soit le transfert (Annexe 4 : Processus de transfert vers l'unité virtuelle), prend en général entre deux à quatre heures.

Une fois l'admission au programme confirmée, l'équipe COVID@domicile en est informée lors d'un caucus quotidien. L'équipe virtuelle s'assure alors que le matériel, les médicaments et les soins requis sont bien coordonnés. La transmission d'informations se déroule sans papier, dans les systèmes en place, incluant les prescriptions, le dossier médical et les commandes de matériel pour le patient hospitalisé à la maison. Cette étape se termine par le transfert physique du patient à son domicile soit dans le véhicule d'un particulier (ex. : proche aidant) sous autorisation légale, soit en ambulance. La demande de transport est faite par une agente administrative du C4, coordonnée par le bureau des admissions.

Étape 2 : Hospitalisation à domicile

Le patient hospitalisé à domicile bénéficie d'une télésurveillance 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 par une infirmière virtuelle à l'aide de dispositifs d'IoT (Annexe 5 : Processus du séjour à l'hospitalisation à domicile). Les tournées, soit les rencontres régulières de suivi et de coordination des soins avec les professionnels soignants, sont réalisées par téléphone ou par visioconférence (p. ex., MS Teams) avec le patient. Le patient a aussi accès à son médecin spécialiste traitant, au besoin, de la même façon. En effet, comme l'explique le D^{r} Rudski, la grande majorité des évaluations médicales sont réalisées en parlant avec le patient, sans examen physique, ce qui peut être réalisé par la télémédecine. (*La Presse*, 2022). Les proches des patients sont également invités à se joindre aux consultations virtuelles, qu'ils soient au chevet du patient ou ailleurs. La modalité et la fréquence des tournées sont déterminées par le jugement clinique de l'équipe soignante, en fonction de l'état de santé des patients. Quant à la prise en charge des services prodigués aux patients par des visites à domicile, elle est confiée au SAPA-SAD, qui détient déjà l'expertise pour les visites à domicile, dans un esprit d'étroite collaboration.

Les patients hospitalisés à domicile bénéficient des mêmes soins que les autres patients hospitalisés : les procédures sont priorisées de la même manière et un transport est organisé par l'équipe soignante si le patient doit se rendre à l'hôpital pour un examen physique, une imagerie ou une procédure en personne, par exemple. En cas d'aggravation importante du patient nécessitant un retour à l'hôpital, un transport est organisé pour son transfert et le patient est directement admis dans une unité de l'Hôpital général juif pour y poursuivre ses soins. Néanmoins, si le patient se rend à l'urgence, son admission à l'hôpital se termine puisque cela signifie un départ de l'hospitalisation et un retour à l'ambulatoire. Dans ce cas, une admission à l'urgence est nécessaire avant qu'il puisse être réadmis dans l'unité virtuelle si telle est la suite indiquée pour ce patient.

Étape 3 : Fin de l'épisode d'hospitalisation et transfert aux soins dans la communauté

Le patient admis demeure dans le service virtuel aussi longtemps que son état de santé le requiert. Une fois que le patient revient à son niveau de santé de référence, un processus de congé de l'hôpital est complété par l'équipe de soins virtuels. Les infirmières virtuelles s'assurent que l'enseignement est terminé et que le dossier du patient est transféré à la ressource communautaire appropriée selon les besoins du patient pour la suite de ses soins et services (Annexe 6 : Processus de congé de l'unité virtuelle).

Identification et habilitation de l'équipe interdisciplinaire

Les soins prodigués dans l'unité d'hospitalisation virtuelle doivent être offerts 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7. Cela nécessite la mise en place d'une équipe couvrant les quarts de jour, de soir et de nuit, 7 jours par semaine, et ce dès le lundi qui vient.

L'équipe doit rapidement être constituée et doit par ailleurs combiner une expertise pour les soins virtuels, pour les soins à domicile, mais aussi pour les soins dédiés à la COVID-19, une pratique émergente à organiser. Durant la fin de semaine, les rôles et responsabilités de cette équipe interdisciplinaire sont donc définis.

L'infirmière de transfert

Rattachée à l'unité de soins virtuels, l'infirmière de transfert a pour mission de transférer les patients de l'hôpital vers l'unité virtuelle. Elle est donc tenue d'effectuer la présélection des patients identifiés comme potentiellement admissibles par le médecin traitant ou l'infirmière praticienne spécialisée (IPS) en évaluant les critères d'inclusion et d'exclusion. Cela se réalise notamment par une évaluation physique du patient et la vérification d'un soutien disponible de proche aidant. L'infirmière de transfert s'assure par la suite du consentement écrit du patient et du proche aidant, ce qui permet d'effectuer les démarches administratives de transfert à l'unité virtuelle. On leur enseigne ensuite le fonctionnement de l'hospitalisation à domicile, les soins à réaliser, l'auto-administration de certains médicaments et l'utilisation de la technologie. Un appel MS Teams est ainsi organisé à titre de test. Finalement, l'infirmière de transfert installe les appareils IoT, s'assure de leur bon fonctionnement, puis organise un premier contact avec l'équipe de soins virtuels qui les suivra pendant l'épisode.

Au moment de sa création, cette fonction constitue un emploi à temps plein de jour. Cependant l'objectif à moyen terme reste de couvrir 7 jours sur 7, 24 heures sur 24 avec une plus grande équipe.

Les infirmières virtuelles comme intervenantes pivots

On met en place une équipe d'infirmières virtuelles pour assurer le suivi des soins des patients hospitalisés à leur domicile.

Une infirmière virtuelle agit à titre de coordinatrice des soins de chaque patient de l'hospitalisation à domicile. Conçu pour couvrir deux quarts de travail par jour, 7 jours sur 7, ce nouveau poste permet ainsi de prendre les décisions concernant le dossier de l'usager. Ainsi, ces personnes responsables sont chargées de suivre le patient 24/7, de revoir les résultats de laboratoire, d'effectuer une évaluation complète à chaque quart de travail, d'assurer un approvisionnement adéquat d'équipement et de médication, de documenter et de superviser la prise de médication à distance auprès des patients autonomes durant les appels de suivi, ainsi que de communiquer avec le médecin et l'équipe du SAPA-SAD, qui assure les soins à domicile pour le patient, pour signaler tout changement. La continuité des soins lui incombe également. De ce fait, si les services ne peuvent pas être offerts à domicile, les soins virtuels coordonnent le transport pour effectuer des tests diagnostiques ou une évaluation médicale en personne. De même, l'unité virtuelle détient le rôle de coordinateur et de courroie de transmission de l'information entre le médecin, le SAPA-SAD, la pharmacie et les autres parties prenantes. L'unité virtuelle centralise ainsi toute l'information et agit à titre de pivot. C'est le point de contact pour toute question concernant le patient envers l'équipe soignante. L'infirmière virtuelle est donc considérée comme la personne référente que l'équipe interdisciplinaire peut contacter en ce qui concerne le dossier de l'usager.

Compte tenu du contexte de pénurie de main-d'œuvre en pleine pandémie et sachant que les tâches peuvent se faire en télétravail, au vu de la nature des interventions, ces postes sont comblés par des infirmières en retrait préventif à la maison. Cela constitue une utilisation judicieuse de leur

expertise au bénéfice des patients, ce qui permet de ne pas réduire les effectifs du terrain et d'avoir une incidence sur les autres services qui ont bien besoin de leurs infirmières.

Comme l'explique Lucie Tremblay, intéresser le personnel infirmier et les mobiliser rapidement est capital pour le succès du projet. Heureusement, la mise en place de ces postes qui ouvrent sur un nouveau champ de pratique est appréciée par plusieurs professionnels infirmiers comme en témoigne Tracy Heramchuk, assistante infirmière-chef qui fait partie de l'équipe.

« Il y a une cohorte d'infirmières qui recherche ça. Plusieurs ne peuvent pas travailler à l'hôpital et sont prêtes à faire la différence, prêtes à exercer un type de soins infirmiers différent. » [Traduction libre]

Tracy Heramchuk, assistante infirmière-chef dans l'équipe H@D

Étant donné la nouveauté de ce projet et la rapidité avec laquelle il faut le mettre en œuvre, il faut aussi se montrer rassurant et aider le personnel infirmier à surmonter les craintes initiales, ajoute M^{me} Tremblay.

« C'est sûr qu'on travaillait sur un échéancier serré [pour monter le projet]. C'est important d'avoir des gens qui veulent s'investir, qui croient au projet. […] Il fallait aussi les rassurer en disant : vous ne serez pas seul, il va y avoir du soutien. On innove, on est en train de mettre en place des choses. On va avoir des "touch base" régulièrement pour faire les ajustements qui s'imposent. On va aussi mettre en place, et c'est la beauté de notre programme, toute une structure de collaboration interprofessionnelle. »

Lucie Tremblay, directrice des soins infirmiers

Une fois les rôles définis et les infirmières virtuelles identifiées, du temps est consacré, durant la fin de semaine, à leur formation sur l'utilisation des appareils et des outils mis à leur disposition pour effectuer le suivi. Pour chaque nouvel appareil, elles reçoivent une formation visant notamment à leur permettre de comprendre comment recevoir le signal, comment lire la fréquence de monitorage et comment consulter les données. Les explications sont consignées au fur et à mesure à la façon d'un guide de référence et centralisées dans un site SharePoint partagé où se retrouvent également les protocoles cliniques rédigés.

Le personnel infirmier du SAPA-SAD pour assurer les soins à domicile

Pour constituer une équipe en mesure d'assurer les soins infirmiers des patients hospitalisés à domicile, on se tourne vers le SAPA-SAD. On choisit de cibler et de mettre à contribution auprès des patients hospitalisés à domicile des infirmières ayant de l'expérience avec la clientèle hospitalisée. Lilly Luan, cheffe d'activité des programmes SAPA-SAD, explique :

« Lorsque vous travaillez à l'hôpital en tant qu'infirmière, vous mettez l'intraveineuse, […] vous donnez des médicaments, vous faites un prélèvement, vous faites une échographie, vous faites un ECG. Donc toute la

journée, vous devez faire des techniques et suivre les ordonnances des médecins. C'est un autre type de soins infirmiers […] À l'époque, nous avons choisi des personnes qui avaient déjà de l'expérience en soins aigus. Elles sont plus à l'aise pour administrer [aux patients du COVID@domicile] du Lasix par intraveineuse en poussée tardive, par exemple, parce qu'elles ont les connaissances. Elles ont déjà fait cela auparavant. » [Traduction libre]

Lilly Luan, cheffe d'activité des programmes SAPA-SAD

Lucie Tremblay explique que bien que les infirmières du SAD fasse déjà plusieurs des techniques et traitements nécessaires en hospitalisation à domicile, elles le font néanmoins peu souvent. Le type de soins à prodiguer en hospitalisation à domicile implique de développer des compétences en surveillance clinique de conditions de santé habituellement suivies en milieu hospitalier et d'organiser les soins différemment.

Comme pour les infirmières virtuelles, le personnel infirmier du SAPA-SAD ciblé pour le projet doit suivre une formation qui débute durant la fin de semaine. Ces ressources sont formées notamment aux nouveaux équipements intégrés à l'IoT ainsi qu'à l'administration intraveineuse des médicaments administrés aux patients atteints de la COVID-19.

Il a été établi que les infirmières du SAPA-SAD auraient la charge d'effectuer les soins et services et évaluations au domicile que l'unité virtuelle ne serait pas en mesure de réaliser à distance. À ce titre, ces personnes sont responsables de la gestion des médications administrées par voie intraveineuse, de l'administration à la documentation. Ce faisant, elles remplissent, signent et transmettent à l'infirmière de l'unité virtuelle la feuille d'administration des médicaments qui consigne les détails des médicaments administrés. Le personnel infirmier du SAPA-SAD est également tenu d'assurer la gestion et le suivi des soins relatifs aux plaies. Cela englobe l'évaluation et la mesure des plaies, la documentation et le changement des pansements. Ce personnel est également responsable des prises de sang et doit communiquer en tout temps avec l'unité virtuelle. Leur rôle est donc de réaliser l'évaluation physique du patient complémentaire à l'évaluation réalisée virtuellement. Si un problème survient avec l'appareil de monitorage des signes vitaux à distance, que ce soit au niveau de l'adhérence, du signal ou si le patient ne se sent pas bien, l'unité virtuelle entre en contact avec le SAPA-SAD afin qu'une infirmière se déplace pour évaluer les signes vitaux et résoudre le problème. Le déplacement d'un professionnel au domicile du patient demeure nécessaire en contexte d'implantation de soins virtuels, car « rien ne remplace l'évaluation physique de l'usager pour assurer la sécurité », témoigne Brenda Lécouteur, coordonnatrice au SAPA-SAD.

Pour la compilation des statistiques des soins et services assurés par l'équipe du SAPA-SAD aux patients hospitalisés à domicile, l'unité administrative reste inchangée. Afin de différencier les soins à la clientèle hospitalisée à domicile des soins à la clientèle régulière du SAPA-SAD, l'unité virtuelle est mentionnée à titre de lieu.

Les autres professionnels impliqués

Le besoin en oxygène des patients de COVID@domicile peut nécessiter des soins d'inhalothérapie. Cependant, en l'absence d'inhalothérapeutes affiliés au SAPA-SAD du CCOMTL, ce service est couvert par le fournisseur d'oxygène et ses propres équipes.

L'implication d'autres professionnels de l'équipe du SAPA-SAD auprès des patients hospitalisés à domicile peut aussi être pertinente en fonction des besoins, comme des spécialistes en travail social, des physiothérapeutes ou des ergothérapeutes. Toutefois, la modification des pratiques

pour ces professionnels et leur implication demeurent plus modestes et COVID@domicile peut démarrer sans une formation spécifique à leur intention.

Considérant le fait qu'on privilégie des patients entourés et soutenus par des proches aidants pour l'hospitalisation à domicile, les services de soutien à la personne (SSS), habituellement mobilisés en milieu hospitalier, sont peu impliqués dans le projet. En effet, les patients peuvent compter sur l'accompagnement de leurs proches pour leurs besoins quotidiens, comme les repas et l'hygiène.

Les médecins de l'unité ouverte

Avant toute chose, pour être en mesure d'impliquer des médecins dans l'hospitalisation à domicile, il faut choisir un modèle clinique. COVID@domicile doit-il être organisé comme une unité fermée ou une unité ouverte? Une unité fermée implique d'avoir des médecins voués uniquement à l'unité des soins virtuels. Ce modèle n'est pas envisageable à court terme pour le CCOMTL, explique le Dr Rudski : « Il n'y avait pas d'autres options. Nous ne pouvions pas soudainement dire que nous allions trouver un ou deux médecins spécialisés, car nous n'avions pas le personnel » [Traduction libre].

Le Dr Rudski, Erin Cook et leurs équipes misent donc sur une unité ouverte au lancement du projet. Ce modèle permet à plusieurs professionnels de faire partie de l'unité virtuelle tout en continuant leur pratique régulière au sein de leur unité d'attache. L'unité ouverte permet ainsi au médecin traitant du patient durant son hospitalisation de poursuivre les soins de manière virtuelle dans le COVID@domicile. Ce scénario est jugé intéressant pour la continuité des soins au patient. Il n'en demeure pas moins que les patients hospitalisés à la maison rajoutent une charge aux médecins qui les admettent dans l'unité virtuelle en plus de leurs patients à l'unité de l'hôpital, d'autant plus qu'ils ne peuvent être appuyés par des résidents en médecine, qui ne sont pas formés pour cette prise en charge et dont l'hospitalisation à domicile ne fait pas partie du programme de résidence. Donc, bien que l'unité ouverte soit la meilleure option, il est acquis qu'elle constituera un défi pour la mobilisation et la contribution des médecins.

Dans l'attente de promouvoir le projet auprès des médecins sur les étages et de faire connaître la possibilité d'hospitaliser des patients à domicile pour dégager de la capacité litière, il faut faire face à l'enjeu d'une couverture médicale 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 dès le lancement pour les premiers patients envoyés au COVID@Domicile. Le Dr Rudski assurera les soins médicaux dans les premiers temps.

« Ce que nous avons fait, c'est que pendant des semaines, j'ai assuré une grande partie de la couverture médicale. Vous savez, je n'aime pas déléguer quelque chose à moins d'être sûr que cela fonctionne. Il n'y avait donc qu'un petit nombre de médecins impliqués au départ. » [Traduction libre]

Dr Rudski, directeur du Centre cardiaque Azrieli à l'HGJ et chef de l'information médicale

---

Le chef de service en chirurgie cardiaque, qui doit temporairement respecter une période d'isolement, s'ajoute au Dr Rudski. Comme pour le personnel soignant dans l'unité virtuelle en retrait préventif, ce médecin est mobilisé pour couvrir les gardes virtuellement, avec le Dr Rudski.

L'enjeu de la rémunération des actes médicaux pratiqués dans le cadre du COVID@domicile se pose par ailleurs dès le départ, car il n'existe pas encore de code ministériel pour la facturation des médecins œuvrant dans une unité d'hospitalisation virtuelle. Ainsi, au lancement du projet, les

médecins qui prennent en charge un patient du COVID@Domicile n'ont aucune garantie qu'ils seront payés. Deux scénarios se dessinent : ne faire aucune facturation ou facturer les soins comme si le patient était hospitalisé à l'hôpital sur leur unité de pratique, en attendant la création des codes de rémunération. Dans les faits, plusieurs médecins ne facturent finalement pas les soins offerts qu'ils offrent sur l'unité virtuelle.

Planification des aspects cliniques et logistiques de la trajectoire de soins

L'implication de la pharmacie et l'organisation de l'approvisionnement en médicaments

La mise en place du projet pilote nécessite une implication importante de la pharmacie et le groupe de travail en pharmacie s'affaire à créer de nouvelles procédures d'approvisionnement des patients en médicaments.

Si la pharmacie est habituellement en communication directe avec le médecin traitant, dans le contexte du projet COVID@domicile, elle communique plutôt avec le personnel infirmier de l'unité virtuelle. Ainsi, pour un patient pris en charge sur une unité de l'hôpital, le contact avec la pharmacie est établi par le médecin référent. Si ce patient est par la suite transféré à l'unité virtuelle d'hospitalisation à domicile, une nouvelle communication doit être établie entre la pharmacie et une infirmière virtuelle pour le même patient, même si le médecin continue de suivre ce patient. C'est désormais l'infirmière virtuelle qui aura la charge de faire le lien entre le médecin et la pharmacie au besoin.

Par ailleurs, dans le cas du projet COVID@domicile, l'administration de médications orales se fait de manière autonome par le patient, soutenu à distance par le personnel infirmier virtuel responsable de la surveillance et du suivi. Ce qui diffère de la procédure régulière à l'hôpital qui consiste à distribuer la médication dans des sachets au personnel soignant, qui en fait l'administration au patient. Ainsi, on constate que la pharmacie de l'hôpital n'est pas adaptée à l'interne pour fournir des médicaments directement au domicile des patients. Au laboratoire, les sachets de médication sont préparés en lots par un robot en fonction des profils de médicaments. Pour les patients du projet COVID@home, il faut préparer les médications manuellement : prendre les médicaments, les ensacher, imprimer les étiquettes, les attacher, etc.

Autre complexité liée au projet : on ne peut pas livrer les médicaments plusieurs jours d'avance, puisque surviennent souvent des changements dans la médication. Les médicaments sont donc préparés et livrés chaque jour, à l'exception de la fin de semaine où ils sont livrés d'avance le vendredi pour éviter de surcharger la pharmacie de distribution.

Le choix des appareils de télésurveillance et du matériel clinique

Pour lancer rapidement le projet, il est prioritaire de trouver des fournisseurs d'oxygène et des appareils pour suivre les signes vitaux à distance. Sans grande surprise, les requêtes lancées le vendredi après-midi auprès de fournisseurs demeurent sans réponse avant la fin de semaine. En attendant de pouvoir conclure une entente, l'équipe se tourne vers les concentrateurs d'oxygène de l'hôpital. L'appareil, beaucoup plus gros que les bonbonnes d'oxygène portables, permet de concentrer l'oxygène et d'éliminer l'azote de l'air ambiant pour offrir de l'air fortement concentré en oxygène au patient en insuffisance respiratoire. Ils en découvrent également plusieurs dans un CHSLD, dont certains sont même neufs et inutilisés.

Pour monitorer les patients, on penche pour des outils qui ne nécessitent qu'un minimum de manipulations techniques de la part des patients et des proches aidants. Pour éviter aux patients d'installer et de désinstaller des appareils de télémonitoring plusieurs fois par jour, on convient d'utiliser des dispositifs de surveillance IoT qui sont conçus pour être portés en continu (Annexe 7 : Technologies utilisées). Les recherches de l'équipe de la DSI, d'Erin Cook et du Dr Rudski les amènent sur la piste de deux appareils de surveillance des signes vitaux et de la saturation que le CCOMTL possède déjà : le moniteur *Biobeat* et le bracelet *Masimo SafetyNet*.

Bracelet *Masimo SafetyNet*

Le bracelet *Masimo SafetyNet* permet de mesurer la saturation en oxygène et de transmettre les données en temps réel. Il s'agit d'un appareil essentiel pour surveiller des patients atteints de la COVID-19.

Source de l'image : https://professional.masimo.ca/siteassets/us/images/products/sensors--accessories/radius-ppg/air_02sensor_app_6_pdt_40120.png

Moniteur cardiaque *Biobeat*

Le moniteur cardiaque *Biobeat* permet de monitorer les signes vitaux, notamment cardiaques. L'appareil est placé sur la poitrine du patient et les données sont ensuite transférées par Bluetooth au téléphone connecté aux outils numériques de suivi à distance.

Source de l'image : https://www.bio-beat.com/products

Bien que ces appareils aient affiché des résultats concluants lors d'études d'acceptabilité de la technologie par l'utilisateur, il s'agit de technologies nouvelles qui ont peu été utilisées à ce jour. Ces appareils ont en effet été acquis par le CCOMTL dans le cadre d'une étude pilote en cardiologie, mais ils n'ont jamais été déployés pour des soins directs aux patients. Il faut rapidement rapatrier les appareils et les étudier durant la fin de semaine pour valider la précision de leur lecture et s'assurer que le personnel médical et infirmier se sent à l'aise de les utiliser.

Pleinement approuvé par Santé Canada, le bracelet *Masimo SafetyNet* est similaire à ce qui est utilisé dans les unités cliniques hospitalières. Le moniteur *Biobeat*, quant à lui, a été approuvé par Santé Canada dans le cadre de la pandémie et est en attente d'une approbation complète. Ces dispositifs sont également approuvés par la FDA[4] et pour les fins du marquage CE[5]. Leur utilisation dans le cadre de ce projet pilote constitue une première dans un programme d'hospitalisation à domicile à titre de dispositif de mesure en continu par ordinateur. Approuvés par Santé Canada pour la classe II et non la classe III, ils ne peuvent toutefois pas être utilisés à des fins de contrôle continu sur les patients. C'est pourquoi le terme *contrôles ponctuels continus* est utilisé au lieu de *surveillance continue* dans les protocoles d'utilisation.

[4] La Food and Drug Administration (FDA) est un organisme gouvernemental américain en charge de la surveillance des médicaments, soit de la pharmacovigilance.
[5] Le marquage CE donne une indication visuelle du fait que le dispositif médical est conforme aux exigences qui lui sont applicables.

Les données du dispositif sont transmises par technologie sans fil Bluetooth à un téléphone portable prêté au patient sur lequel est installée l'application mobile du fournisseur. Elles sont aussi simultanément disponibles pour l'équipe de surveillance virtuelle, qui voit sur leurs écrans d'ordinateur les données du patient organisées sous forme d'un tableau de bord.

Le logiciel Microsoft Teams est également intégré au téléphone prêté au patient pour permettre une communication audio ou vidéo avec l'équipe de l'unité virtuelle. Ce choix allait de soi, car Teams est déjà utilisé au CIUSSS pour la coordination du personnel et la télésanté.

Voici la liste du matériel prêté aux patients COVID@domicile, s'ils en ont besoin :

- Moniteur cardiaque *Biobeat*
- Dispositif *Masimo SafetyNet*
- Téléphone portable comprenant l'application Microsoft Teams
- Appareil de mesure de la pression sanguine
- Oxymètre de pouls
- Concentrateur d'oxygène et réservoir

L'ébauche de protocoles cliniques, de pratiques et de procédures

Au sein du groupe de travail sur les protocoles cliniques, les parties prenantes analysent l'offre de services du SAPA-SAD pour déterminer les soins et services qui peuvent être offerts à domicile de façon sécuritaire et la fréquence des visites pour la clientèle atteinte de la COVID-19.

Il faut également créer les protocoles de soins pour la trajectoire. Pour ce faire, les équipes consultent la littérature à mesure qu'elles avancent afin de baliser les meilleures pratiques de télésurveillance et d'hospitalisation à domicile. Cependant, on trouve peu d'articles et de documents sur les soins hospitaliers à domicile en cas de COVID, à l'exception d'un protocole de titrage d'oxygène spécifique aux personnes attentes de COVID dans le cas des hôpitaux suisses.

Lucie Tremblay, directrice des soins infirmiers, souligne par ailleurs qu'il existe bien peu de documentation sur les pratiques infirmières en télésurveillance dans un contexte d'hôpital à domicile. C'est donc un défi s'agissant d'élaborer les protocoles du projet pilote et d'assurer la qualité et la sécurité des soins. Par exemple, les soins infirmiers tentent de trouver des données probantes sur le degré de surveillance clinique infirmier nécessaire en télésurveillance. Comme le souligne Chantal Bastien, adjointe à la DSI (intérim), ce n'est pas une tâche aisée : « Par exemple, le *patch* [instrument technologique] va envoyer les données en continu, mais est-ce que l'infirmière doit vérifier aux dix minutes, aux demi-heures, aux heures, trois fois par jour? On a fait une revue de la littérature, mais il n'existe rien. S'il y a de la littérature [en télésanté] au niveau du patient ou du médecin, pour les infirmières, il n'y a rien ».

Étant donné la nouveauté du concept, il faut donc s'appuyer sur les connaissances et l'expérience de chacun pour formuler la pratique là où la littérature est muette.

Les premières versions de protocoles pour l'hospitalisation à domicile sont créées grâce à la collaboration de plusieurs services et à une combinaison d'expertises complémentaires (milieu hospitalier, milieu communautaire), animée par une adjointe de la direction des soins infirmiers et Aurelia Di Fabrizio. Cette dernière dit : « Nous utilisions les recommandations des parties prenantes. C'était vraiment eux qui nous disaient que pour développer une trajectoire comme ça, il faut qu'on fasse ça. Il faut qu'on développe tel ou tel document. » Ce processus mène à de nombreux échanges et débats entre les différents acteurs prenant part aux échanges.

Exemples de protocoles cliniques créés pour COVID@domicile

- Admission du patient au sein de l'unité virtuelle
- Administration intraveineuse du remdesivir
- Utilisation de l'oxygène à domicile
- Utilisation des IoT tels que les dispositifs *Biobeat* et *Masimo SafetyNet*
- Congé du patient au sein de l'unité virtuelle

Par exemple, l'antiviral remdesivir est utilisé durant la pandémie auprès de patients atteints de la COVID-19. Lors de la fin de semaine, on conclut que ce médicament, jusqu'alors administré uniquement auprès de la clientèle de l'hôpital par voie intraveineuse, doit être donné également au domicile du patient dans le cas d'hospitalisation à domicile pour la COVID-19. Un protocole hospitalier existe déjà pour ce médicament infusé à 100 cc/h à l'hôpital par le personnel infirmier.

Néanmoins, le débit des pompes utilisées à domicile est plus lent et l'administration ne se fait pas en présence d'une infirmière. Le dispositif intraveineux est installé par l'équipe de SAPA-SAD, puis un suivi est réalisé en monitorage à distance par les infirmières virtuelles. L'administration du remdesivir en hospitalisation à domicile nécessite donc la création d'un protocole pour le personnel soignant du SAPA-SAD et celui en virtuel.

Pour veiller à ce que les protocoles (stéroïdes, antibiotiques, thromboprophylaxie, contrôle de la glycémie) et algorithmes de titrage de l'oxygène répondent aux standards en termes de traitement médical, le Dr Rudski consulte des pneumologues, des hématologues, des endocrinologues et des spécialistes des maladies infectieuses qui, à titre individuel ou au nom de leur département, fournissent des avis concertés et éclairés.

Le conseiller en soins infirmiers pour l'information et la documentation de la direction des soins infirmiers, Marc-André Ried, accompagné de la cheffe de l'unité virtuelle, Anna D'Ambra[6], et de l'adjointe de la direction des soins infirmiers (intérim), Chantal Bastien, se réunissent pour approuver les protocoles.

Le travail débute lors de la fin de semaine intensive, mais se poursuivra après le déploiement, car les protocoles continuent d'être ajustés en fonction des apprentissages réalisés.

« Ça a été déployé à vitesse grand, grand, grand V. […] c'est cette semaine-là que j'ai commencé à être impliquée. Juste à réviser les protocoles, à m'assurer que ça concordait avec le champ de pratique de l'infirmière, que ça suivait quand même les autres protocoles… mais c'est tellement innovateur qu'il n'y avait aucun autre protocole similaire. Au début, c'est juste l'approbation des documents initiaux. »

---

[6] Anna D'ambra était cheffe de l'unité virtuelle au moment de la création de l'hospitalisation à domicile. La fonction fut éventuellement assumée par Viki Doucette dans les mois suivants.

Chantal Bastien, adjointe à la direction des soins infirmiers (intérim)

Organisation des aspects légaux et budgétaires

Les équipes mobilisées, notamment celles faisant partie du groupe de travail sur les plans de contingence, abordent les éléments touchant le volet juridique. Elles créent un formulaire de consentement pour les patients couvrant notamment l'oxygénothérapie, la médication, le transfert de données et le transport.

Elles élaborent aussi un plan de contingence avec une analyse des risques juridiques. Par exemple, plusieurs vérifications juridiques sont nécessaires pour s'assurer notamment de la couverture assurancielle du CIUSSS et des intervenants, ainsi que de celles des médecins et spécialistes concernant la prise en charge de patients admis dans une unité de soins virtuelle. On consulte également les services juridiques pour connaître la classification minimale requise pour que des dispositifs IoT puissent être utilisés dans le cadre d'une hospitalisation à domicile, puisque la plupart des IoT sont destinés avant tout au bien-être général et ne sont pas prévus pour un usage médical.

Malgré le fait que le projet pilote soit sous la direction de la DQTEVE-SV, on choisit de compiler les dépenses liées à l'hospitalisation à domicile au budget du SAPA-SAD[7].

« Étant donné que le programme n'existait pas dans une unité administrative ou un centre de coûts, nous avons dû décider, sur la base du budget de notre organisation, où nous pensions que le programme s'intégrerait le mieux. Il a été décidé de le rattacher au centre de coûts SAPA-SAD, car bien que les patients soient hospitalisés, les cadres existants ne tenaient pas compte de ce modèle. »

Erin Cook, directrice adjointe de la DQTEVE-SV

Les premières expériences d'hospitalisation à domicile

Lundi 10 janvier 2022 : le pré-test

Le lundi est consacré à une simulation du projet pilote et aux ajustements du programme. Cette simulation sur table, communément appelé *dry run*, se déroule dans la salle de conférence du service des urgences avec une partie de l'équipe à distance. Elle consiste à faire fonctionner le processus sans admettre de vrais patients. Le test permet d'assurer le fonctionnement des concentrateurs de d'oxygène, des dispositifs de surveillance *Biobeat* et *Masimo SafetyNet* et des autres appareils ainsi que leur intégration dans les divers systèmes de gestion de l'information de l'établissement. Le test permet également de vérifier que les dispositifs de monitorage sont correctement utilisés par le personnel et de peaufiner les protocoles de communication, en spécifiant qui doit contacter qui, quand, et par quel moyen pour réaliser un soin ou pour échanger des informations. Grâce à cela, des ajustements technologiques et de coordination du travail sont effectués. « Lors de la simulation (*dry run)*, nous avons relevé de nombreux petits défauts que

---

[7] Depuis, le MSSS a modifié le guide financier et il a ajouté une unité administrative et un centre de coût pour l'hospitalisation à domicile.

nous devions corriger et auxquels nous n'avions même pas pensé [Traduction libre] », explique le Dr Rudski.

En parallèle de la simulation, l'équipe médicale et infirmière cherche à identifier des patients potentiels sur les étages, suivant les critères d'admissibilité définis, pour permettre de lancer le projet dès le lendemain. Les équipes font cependant face à un problème majeur : aucun candidat ne répond aux critères d'inclusion. Il faudra donc assouplir un peu.

« Lundi matin, je réalise que nous n'avions pas de patients pour le programme. Les candidats étaient trop vieux, trop malades, trop réticents, avaient peu de connaissances technologiques… la solution à ce problème était juste devant moi. Sur le mur de mon bureau, j'avais une de ces plaques de motivation paraphrasant une célèbre citation de feu l'entraîneur de football américain Vince Lombardi, disant : "la perfection n'est pas atteignable, mais si nous poursuivons la perfection, nous pouvons atteindre l'excellence". J'invoque une version du principe de Pareto, ou règle des 80/20 : si nous pouvions trouver les meilleurs 20 % des candidats, aussi imparfaits soient-ils, nous pourrions accomplir 80 % de ce que nous voulons faire. »

Rosenberg (2023), Patients Matter Most, p. 43 [Traduction libre]

Mardi 11 janvier : les premiers patients admis au COVID@domicile

La prise en charge de patients débute le mardi 11 janvier 2022. Parmi les premiers patients du COVID@domicile, les médias rapportent l'histoire de Mme Lin, hospitalisée aux soins intensifs en isolement depuis trois semaines. Mme Lin, dont la piètre qualité de son sommeil à l'hôpital nuit à son rétablissement, souhaite rentrer chez elle le plus rapidement possible auprès de sa famille, et notamment de ses quatre jeunes enfants. Elle intègre COVID@domicile le 14 janvier, où elle bénéficie d'oxygénothérapie, d'un suivi continu grâce au bracelet *Masimo SafetyNet* et de rencontres virtuelles avec l'équipe soignante. Le personnel soignant observe une récupération progressive et le 30 janvier, elle obtient son congé hospitalier, qui met fin à sa participation au programme. (Nouvelle HGJ, 2022)

« Lorsqu'elle a été prise en charge, nous pensions qu'elle aurait besoin d'oxygène à domicile pendant plusieurs semaines, mais elle s'est rétablie plus rapidement que prévu. Nous pensons que cela est dû au fait que son niveau d'activité est beaucoup plus élevé à domicile qu'il ne l'aurait été dans une chambre d'hôpital. » [Traduction libre]

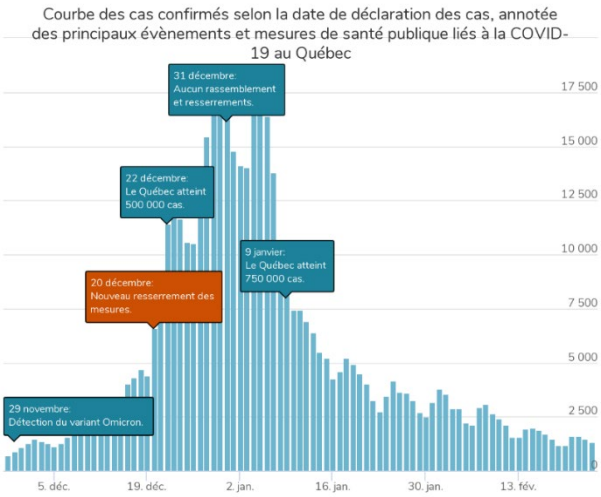
Dr Rudski, directeur du Centre cardiaque Azrieli et directeur médical des soins virtuels

---

Le développement et l'expansion vers l'H@D

À la mi-février 2022, le projet-pilote a permis à une douzaine de patients atteints de la COVID-19 de terminer leur hospitalisation dans le confort de leur domicile. (CCHL, 2023). La cinquième vague s'estompe, mais malgré la diminution des cas de COVID-19, l'accès aux soins demeure difficile. Le département d'urgence reste en surcapacité, ce qui affecte la capacité d'hospitalisation et entraîne un retard sur le rattrapage des listes d'attente en chirurgie.

Dans ce contexte, les performances encourageantes du COVID@domicile offrent aux équipes du CCOMTL l'occasion de faire évoluer le projet et d'élargir la clientèle pour y ajouter la prise en charge de patients en insuffisance cardiaque et en réadaptation post-chirurgie.



Source : INSPQ, https://www.inspq.qc.ca/covid-19/donnees/ligne-du-temps

Création de l'unité virtuelle V2 pour accueillir d'autres profils de patients

Le 25 février marque la création de l'unité *V2 Unité Virtuelle à domicile / Virtual at home care unit*, soit une unité secondaire de l'unité virtuelle. L'unité virtuelle se divise désormais en deux sous-unités administratives. L'unité V1 est réservée aux patients atteints de la COVID-19 tandis que l'unité V2 est réservée aux autres diagnostiques médicaux. Des cinquante lits créés pour l'unité virtuelle en janvier dernier, on en transfère une vingtaine à cette nouvelle sous-unité. Cette création administrative marque ainsi le début du programme H@D, dérivé du projet pilote COVID@domicile.

La première trajectoire développée dans le cadre de l'H@D est l'insuffisance cardiaque, avec le soutien et le leadership de l'infirmière praticienne en cardiologie, Christina Ziccardi. Un choix pragmatique, car le Dr Rudski, codirecteur du projet, est aussi directeur du Centre cardiaque Azrieli à l'HGJ. Assez rapidement, on met aussi en place des trajectoires d'hospitalisation à domicile pour des conditions médicales comme les pneumonies et septicémies qui ne répondaient pas aux critères de la thérapie antimicrobienne parentérale ambulatoire (OPAT). Puis, l'H@D s'est tourné vers des hospitalisations post-chirurgies (ex. : opération du genou, remplacement de hanches ou hystérectomie robotique). Ces dernières trajectoires d'hospitalisation à domicile prévoient entre autres le soutien d'un physiothérapeute du SAPA-SAD à domicile pour effectuer leur récupération ainsi que le soutien des pharmaciens.

L'arrivée de la sixième vague ravive les enjeux d'engorgement de l'urgence et des unités d'hospitalisation. Le lundi 18 avril, le taux d'occupation de l'urgence sur civière de l'HGJ dépassait les 200 % (*Le Devoir*, 2022). Afin de soulager ce problème, le personnel médical commence à repérer et admettre à l'H@D des patients dès leur admission aux urgences, ce qui leur évite l'attente pour une hospitalisation sur les étages.

H@D dans les médias

Le programme H@D commence à rayonner et les médias s'intéressent à ses résultats. Le 13 avril 2022, on lit dans le journal *La Presse* que jusqu'alors, 22 patients ont été hospitalisés à domicile, libérant 136 jours d'occupation de lits à l'hôpital. Seulement 2 patients ont requis le déplacement à domicile des équipes du SAPA-SAD. Les autres ont pu bénéficier de leurs soins de façon virtuelle (*La Presse*, 2022).

Création de l'unité V3 (Glenmount) pour combiner soins aigus et réadaptation

Durant l'été 2022, le Glenmount, une institution de réadaptation du territoire, fait face à une sous-utilisation de deux de ses quatre lits de l'unité transitoire de récupération fonctionnelle (UTRF). Cette unité accueille habituellement les patients ayant des besoins de réadaptation et de réhabilitation légers. Dans l'optique d'une meilleure utilisation de leur capacité litière, le Glenmount se met en rapport avec l'unité virtuelle pour leur permettre d'utiliser ses lits libres pour leurs patients en réadaptation nécessitant des soins aigus qui auraient besoin d'être hospitalisés. L'hospitalisation à domicile dans un lit du Glenmount leur permet de bénéficier de soins aigus tout en recevant les services de réadaptation dont ils ont besoin, évitant ainsi l'hospitalisation et le déconditionnement qui y est lié.

Le 23 septembre 2022 marque ainsi la création du programme *V3 – Unité Virtuelle Glenmount UTRF*. Les soins médicaux pour l'hospitalisation du patient sont décidés par le médecin prenant en charge virtuellement le patient au sein de l'unité virtuelle, tandis que les soins et services de réadaptation sont pris en charge par le personnel de l'UTRF.

« Je pense que le patient qui démontre très bien pourquoi le programme existe c'est un monsieur qui avait une cellulite et qui avait besoin d'antibiotiques intraveineux. Il avait aussi besoin d'un soutien pour être capable de monter les marches de son domicile. On l'a donc transféré au Glenmount. Quand il y est entré, il ne pouvait monter que deux marches. Après deux semaines, il était assez fort pour en faire trente. La différence, c'est que d'habitude au Glenmount, il n'y a pas cette couverture du côté médical. Les patients sont inscrits et non admis. Donc, il n'y a aucune couverture médicale et les soins infirmiers sont habituellement minimes. »

Kimberly Garshore, coordonnatrice du Centre de commandement

Une expansion soutenue et une diversification des profils de patients et des pratiques

Au fil des mois qui s'écoulent, l'équipe de l'H@D prévoit s'ouvrir à de plus en plus de trajectoires. Alors qu'au départ elle vise des pathologies précises, elle s'ouvre désormais à l'accueil de patients de différents diagnostics dont les soins peuvent correspondre à l'offre de l'H@D (Annexe 8 : Développement d'une trajectoire). La D^re^ Shannon Fraser, directrice médicale du Centre de commandement, explique :

« Les diagnostics doivent être un peu secondaires. Si le patient a plusieurs problèmes ou plusieurs diagnostics comme le patient typique en médecine, on sait qu'on peut offrir la mobilisation, l'oxygène, les solutés et les antiviraux en H@D. Ce sont les services requis qui peuvent déterminer qui on peut accueillir et non pas le type de diagnostic. »

D^re^ Shannon Fraser, chirurgienne générale et directrice médicale du Centre de commandement

---

Entre l'automne 2022 et 2023, on admet désormais des patients ayant de plus en plus de troubles. Les possibilités suivantes, entre autres, sont ajoutées à la liste :

- Pneumonie et maladies pulmonaires
- Cellulites ou infections urinaires nécessitant des antibiotiques, et des soins qui vont au-delà du programme habituel d'antibiothérapie parentérale ambulatoire (OPAT)
- Urologie pour les prostatectomies robotiques
- Médication sous-cutanée d'agents de chimiothérapie
- Obstétrique
- Neurologie et tumeurs cérébrales
- Greffe de moelle osseuse
- Chirurgie hépatobiliaire, pancréatectomies partielles et hépatectomies partielles

Le développement de ces nouvelles trajectoires se déroule aussi grâce au soutien de l'équipe de conseillers de la DQTEVE-SV, qui animent les rencontres multidisciplinaires pour planifier les trajectoires et développer les soins adaptés à l'H@D.

Au fil des expériences, les critères d'admission des patients évoluent.

« On s'autoévalue et on se rend compte qu'il y a des patients qu'on peut maintenant prendre, mais qu'au début on n'était pas en mesure de prendre. Ça se voit avec l'évolution des critères d'admissibilité. Au début, on ne prenait que les patients de 65 ans et moins. La moyenne d'âge est maintenant de 83 ans. Avant, on ne prenait aucun patient en dialyse, alors qu'on a eu cinq en date du 14 juin 2023. »

Viki Doucette, infirmière-chef de l'unité virtuelle

L'évolution du pilotage et de la gouvernance de l'H@D

Une structure de gouvernance et des mécanismes de pilotage se mettent progressivement en place et se consolident pour assurer à la fois la prise de décisions stratégiques, le pilotage tactique et la coordination des opérations de l'initiative (Annexe 9 : Structure de gouvernance). Ces façons de faire évoluent au fil du temps pour bien servir les besoins.

Caucus quotidiens

Pour gérer la logistique des admissions des patients, deux caucus quotidiens ont tout d'abord été instaurés, à 11 h et à 15 h 15 (Annexe 10 : Horaire des rencontres de gouvernance et de pilotage). Animés par la coordonnatrice du Centre de commandement (C4), ils se déroulent en virtuel, mais des intervenants peuvent également se joindre en personne directement au Centre de commandement. Bien que ces rencontres visent à discuter des patients à admettre, elles deviennent aussi une occasion de partager des enjeux cliniques des patients admis. Le temps commence progressivement à manquer pour tout aborder lors de ces courtes rencontres.

Quelques mois après le début du projet, on décide de scinder les discussions logistiques et les discussions cliniques en créant deux nouveaux caucus quotidiens de quinze minutes. Les caucus cliniques donc sont fixés à 8 h et à 16 h, soit au début et à la fin de chaque quart, ce qui permet de créer un canal de coordination clinique. Ils permettent aux assistantes au supérieur immédiat (ASI), plus proches des opérations, de partager leur rapport clinique et d'assurer la continuité des soins

lors du caucus clinique, libérant du même coup la chef d'activité de programmes pour la gestion logistique et administrative aux caucus de 11 h et 15 h15. La coordination et les suivis sont assurés entre les rencontres par l'ASI et la chef d'activité des programmes.

« Je pense que pour nous c'était nécessaire [que ce soit réalisé par la chef d'activité des programmes au départ], puisqu'au fur et à mesure, il y avait une co-construction des processus et on devait s'arrimer avec l'hôpital. Probablement que dans un autre CIUSS, la balle pourrait être passée aux ASI plus rapidement. ».

Annick Mercier, chef d'activité des programmes SAPA-SAD

Comité tactique et comités de travail

Au lancement du projet, des rencontres sur le terrain avec des cliniciens permettent de développer et d'adapter quotidiennement les trajectoires et services en fonction des besoins immédiats des patients identifiés. Les équipes font régulièrement face à des *premières fois* (p. ex. : premier patient présentant ce profil de santé, première fois que l'on effectue tel ou tel traitement à domicile, etc.) et doivent réfléchir aux meilleures façons d'organiser et d'offrir les soins en hospitalisation à domicile.

« [Les rencontres quotidiennes], évidemment, ce n'est pas quelque chose qui est forcément soutenable. Dans la situation initiale, c'était important parce que ça nous permettait de cibler les enjeux, d'intervenir rapidement, mais aussi de développer une certaine connaissance et agilité à poursuivre le développement du programme. »

Erin Cook, directrice adjointe de la DQTEVE-SV

Par la suite, les rencontres s'espacent progressivement à deux fois par semaine, puis éventuellement à une fois par semaine. Le groupe se désigne désormais comme comité tactique. Les rencontres hebdomadaires apportent un mécanisme formel qui organise les efforts tout en conservant la flexibilité nécessaire pour réagir aux changements de circonstances.

Des comités de travail spécifiques aux différents milieux cliniques sont également créés. Ils se rattachent au comité tactique. Il y a ainsi un groupe de travail pour les chirurgiens orthopédiques, un pour les chirurgiens urologues, un pour les cardiologues, et un autre pour la médecine familiale. Cette division est conçue pour répondre aux besoins spécifiques de chaque milieu clinique en matière de création de soins virtuels et assure que les solutions développées sont pertinentes et efficaces pour chaque groupe clinique.

Composition du comité tactique

- Suzette Chung, coordonnatrice C4
- Marc-André Reid, conseiller en soins infirmiers, santé numérique
- Anna D'Ambra, conseillère cadre informatique clinique
- Krystle North, conseillère cadre qualité
- Louise Grenier, adjointe DQTEVE-SV, volet performance
- Serge Cloutier, directeur adjoint des soins infirmiers
- Jacques Laporte, directeur des ressources informationnelles
- Erin Cook, directrice de la DQTEVE-SV
- Dr Lawrence Rudski, directeur du Centre cardiaque Azrieli
- Elliott Silverman, directeur logistique et approvisionnement
- Dre Adriana Decker, chef adjointe de la médecine familiale

« On a vraiment décentralisé [le développement] pour le faire avec les personnes sur le terrain. C'est quelque chose que je trouve très important pour développer quelque chose qui répond vraiment aux besoins spécifiques de la population et valorisant pour les équipes qui participent au développement de leurs trajectoires. »

Erin Cook, directrice adjointe de la DQTEVE-SV

Comité directeur

Les deux codirecteurs du projet, Erin Cook, directrice adjointe de la Qualité, Transformation, Évaluation, Valeur, Éthique clinique et organisationnelle et des Soins Virtuels (DQTEVE-SV) et le Dr Lawrence Rudski, cardiologue, directeur du Centre cardiaque Azrieli à l'HGJ et chef de l'information médicale au CCOMTL, communiquent régulièrement par texto et courriel, au besoin. Ils se rencontrent également aux deux semaines pour faire le point sur l'avancement et l'évolution de l'H@D. Comme codirecteur médical, le Dr Rudski assure l'implication des médecins et la transmission de l'information ainsi que la gestion des enjeux du corps médical aux différents comités qu'il gouverne et pilote.

Comité exécutif

Un comité exécutif composé principalement de directeurs se rencontre tous les jours au début afin de suivre l'évolution du projet, dénouer les principaux enjeux, s'assurer que les solutions mises en place soient priorisées et trouvent leur place dans l'offre de services régulière.

Composition du comité exécutif

- Dr Lawrence Rosenberg, président-directeur général
- Luc Méthot, directeur adjoint SAPA
- Dan Gabay, directeur général adjoint
- Joanne Côté, directrice DQTEVE-SV
- Francine Dupuis, présidente-directrice générale adjointe
- Dr Lawrence Rudski, directeur du Centre cardiaque Azrieli
- Lucie Tremblay, directrice des soins infirmiers
- Dr Marc Afilalo, chef Médicale-Urgence
- Erin Cook, directrice adjointe DQTEVE-SV
- Dre Louise Miner, directrice des services professionnels

À terme, ce comité se réunit tous les mois et sert à cibler stratégiquement les besoins cliniques et de soutien, ainsi que le positionnement futur des soins virtuels dans l'organisation en tenant compte des partenaires externes. Ayant également pour mandat de maintenir la transparence, la performance, la gestion des risques, la défense des intérêts, ce comité se charge également de suivre et de rapporter les indicateurs clés de performance (ICP) (Annexe 11 : Indicateurs clés de performance (ICP) de l'H@D). Il permet aussi de remonter des enjeux et d'obtenir le soutien et le pouvoir du PDG pour faire évoluer certaines situations.

La mesure de la performance : surveiller pour progresser et s'améliorer

Après avoir démarré le projet de toute urgence pour éviter le délestage de la cinquième vague, l'équipe de H@D et la DQTEVE-SV prennent le temps de définir une vision de l'hôpital à domicile basée sur la valeur et de mettre en place des objectifs SMART (spécifique, mesurable, atteignable, réaliste et temporel). Cela donne une direction précise et mesurable au projet. Ils définissent également des indicateurs clés de performances (ICP), qui sont suivis quotidiennement par l'équipe de la fluidité du C4. La mise en place d'ICP (Annexe 11 : Indicateurs clés de performance (ICP) de l'H@D) permet de suivre de manière structurée l'atteinte de ces objectifs, garantissant que le projet continue de cadrer avec la vision de l'hôpital à domicile. Certaines mesures sont plus simples, car les données sont accessibles directement, sans faire de manipulations. D'autres nécessitent plus de travail ou même le développement d'outils de collecte. C'est le cas, par exemple, de la mesure des résultats de santé des patients et des résultats rapportés par les patients (PROM), pour lesquels il faut élaborer un court sondage aux patients et s'assurer de son administration.

Ces indicateurs sont compilés dans un tableau de performance qui fait l'objet d'un suivi mensuel par le comité exécutif. Pour Erin Cook, ce suivi favorise la responsabilisation et l'imputabilité des équipes et leur engagement envers une démarche d'amélioration continue.

« Quand on voit des baisses de tendances, on dit : "qu'est-ce qu'on peut faire pour améliorer la situation? Est-ce qu'on peut expliquer pourquoi? Ce mois-ci, les patients ont senti qu'ils n'avaient pas toutes les informations qu'ils auraient voulues pour bien se soigner à la maison. Est-ce qu'on a eu un roulement de personnel? Qu'est-ce qu'on peut faire pour régler cela?" Donc, ça nous permet de réfléchir continuellement à la façon d'améliorer le programme, mais vraiment dans une optique d'amélioration continue et non pas dans une optique de critique. »

Erin Cook, directrice adjointe de la DQTEVE-SV

Outre les ICP suivis mensuellement, des tableaux de bord disponibles sur Power BI sont visibles au Centre de commandement, le C4, et permettent à l'équipe de soins virtuelle d'appuyer la prise de décision et de soutenir les caucus quotidiens avec des données en temps réel. Automatiquement mis à jour, ils sont aussi partagés avec les responsables de l'unité virtuelle et quiconque en fait la demande (Annexe 12 : Tableaux de bord H@D suivis au C4).

Exemple d'indicateurs du tableau de bord H@D affichés au centre de commandement

- Nombre d'admissions
- Nombre de sorties
- Nombre de patients présents sur l'unité
- Recensement quotidien
- Durée du séjour dans le service
- Liste des patients et diagnostic

L'équipe de la DQTEVE-SV a aussi à cœur de mesurer la valeur de l'H@D par rapport à l'hospitalisation régulière. Pour ce faire, outre les résultats de santé des patients (ex. : niveau de détresse, fatigue, essoufflement, gestion des symptômes, etc.) et leur expérience du programme, il faut mesurer l'efficacité et la qualité des soins (ex. : retours à l'hôpital non planifiés), mais aussi les coûts liés à l'hospitalisation à domicile. Ces résultats doivent pouvoir être comparés avec l'hospitalisation régulière pour porter un jugement sur l'importance de cette initiative.

Le repérage des patients pour l'H@D : un travail de communication et de gestion du changement auprès des équipes et des médecins

Pour que l'H@D fonctionne, il faut bien sûr que l'unité virtuelle admette des patients. Le recrutement repose sur les références des équipes soignantes sur les étages. Or, bien que la plupart des soignants reconnaissent la pertinence d'hospitaliser à domicile et que les patients pouvant bénéficier de ce type de soins et services ne manquent pas, la partie n'est pas gagnée pour autant.

Les présentations de l'H@D aux équipes de soins et aux médecins

Il faut d'abord faire connaître l'H@D et les critères d'admissibilité aux médecins et à l'équipe d'infirmières de transfert afin qu'ils envisagent eux-mêmes cette option lorsqu'ils rencontrent un patient qui pourrait potentiellement en bénéficier. Cela est d'autant plus vrai lorsque les critères d'admissibilité s'élargissent et que des patients non atteints de la COVID-19 peuvent désormais y être admis. Dès lors, le nombre de médecins pouvant y référer des patients décuple et il faut faire connaître l'initiative au plus grand nombre.

L'unité virtuelle organise donc des présentations du programme auprès de chaque unité de soins. Pour donner des exemples concrets du type de patient admissible, l'ASI chef de l'unité virtuelle révise en amont de la présentation les listes des patients admis avec l'ASI chef de l'unité visitée pour leur démonter les différents cas de figure. Tous les types de soignants sont ainsi informés et au fait des possibilités de l'H@D.

Mais l'élément le plus critique au fonctionnement de l'H@D demeure l'engagement des médecins. Pour que l'H@D fonctionne, il faut que des médecins acceptent d'y transférer leur patient tout en restant leur médecin traitant. Si faire connaître l'H@D aux médecins et les faire adhérer à l'idée « sur papier » est une chose, les amener à hospitaliser des patients à domicile en est une autre. Les freins pour les médecins sont nombreux. Par exemple, admettre des patients en H@D implique que le médecin s'ajoute une charge supplémentaire en suivant un ou des patients à domicile en plus des patients de l'étage. Par ailleurs, le fait qu'ils ne connaissent pas encore l'équipe virtuelle et que la confiance est entièrement à bâtir peut les faire hésiter, tout comme leurs inquiétudes

quant à la fiabilité des dispositifs technologiques ou à la qualité du processus et de la prise en charge. Enfin, le fait qu'il n'existe pas, dans les premiers temps, de code de facturation pour les actes médicaux réalisés dans l'H@D a sans doute rendu certains médecins hésitants à y adhérer.

Une des mesures retenues par la DQTEVE-SV au début de 2023 a consisté à constituer une équipe de médecins ambassadeurs du projet. On demande donc aux chefs de départements et de services de nommer un médecin volontaire qui représentera l'H@D auprès de leur équipe. Une quarantaine de médecins sont ainsi identifiés et invités à participer à des rencontres mensuelles de ce qu'on appelle le *Clinical Virtual Care Leadership Group*, où on présente le programme au départ, puis on fait un suivi des enjeux, des défis de l'H@D et du développement de nouvelles trajectoires. On répond aussi aux questions et préoccupations.

« On voyait certains médecins qui venaient chaque mois aux rencontres. Ces médecins-là, on les voit encore maintenant, ce sont les mêmes qui ont développé des trajectoires, qui ont été innovants et qui sont impliqués. On voit bien les retombées positives de cette façon de faire en gestion du changement. »

Alla'a Ali, conseillère cadre à la DQTEVE-SV

Le nombre de médecins fortement mobilisés lors de ces rencontres, qui s'étendront sur environ huit mois, se stabilise autour de 20. Ils forment le noyau dur. Il est intéressant de noter que ce ne sont pas nécessairement tous ces médecins qui ont le plus recours à l'H@D. Mais ensemble, ils démystifient l'H@D auprès de leurs collègues, agissent comme personne de référence et répondent aux questions. Certains font des présentations dans leur service, de leur propre initiative, appuyés par l'équipe de transformation de la DQTEVE-SV. Cette façon de faire contribue à instaurer la confiance des soignants tout en leur offrant des occasions de s'impliquer, de manipuler et d'expérimenter les technologies et de contribuer aux lignes directrices de leur utilisation en contexte d'H@D.

Parmi les préoccupations qui ressortent de ces rencontres, on note les inquiétudes des médecins à l'égard de la technologie utilisée. On s'interroge sur la qualité des données prises par les appareils et sur leur fiabilité. Pour répondre à ces préoccupations, la DQTEVE-SV organise, à l'intention des équipes cliniques, des ateliers (« workshops ») au cours desquels des fournisseurs des technologies utilisées ou envisagées viennent présenter le produit et répondre aux questions. La DQTEVE-SV s'emploie également à recueillir la rétroaction des participants sur les technologies à l'aide de questionnaires.

En parallèle, toujours dans le but de rejoindre le maximum de médecins, le projet est présenté lors de différents événements médicaux et académiques, comme dans le cadre de la programmation des Conférences scientifiques virtuelles de l'HGJ en avril 2022[8], au McGill High Value Healthcare Symposium 2022, au Research Symposium au début de l'année 2023 ou lors des *Medical Grand Rounds*[9], où plusieurs médecins du centre hospitalier sont présents. Ce type de conférence scientifique présente l'hospitalisation à domicile comme une pratique médicale inspirante et met

---

[8] « Soins virtuels et hôpital à domicile – un changement de paradigme et un exercice de changement », conférence par Dr Jonathan Choy, Dr Lawrence Rudski et Erin Cook, le 4 avril 2022.
[9] « Leading Transformational Change: The Hospital@Home Program", par Alla'a Ali, Dr Rudski, Erin Cook. 11 novembre 2024.

de l'avant les résultats probants. Ce format de présentation suscite l'intérêt des médecins à l'affût de nouvelles façons de faire et motivés par l'excellence clinique. Cela va tout naturellement susciter davantage l'adhésion des médecins qu'une simple consigne émanant de la direction.

Pour augmenter la mobilisation des médecins, le Dr Rudski utilise aussi une approche personnalisée pour les mobiliser un à un. Dans un premier temps, chaque jour, il se charge d'aller sur les étages pour faire lui-même un dépistage des listes de patients potentiels avec les médecins. Un tableau de bord, composé de données extraites quotidiennement des systèmes et non actualisé en temps réel, leur est présenté pour ce qui concerne la participation de leur unité à l'H@D. On y retrouve notamment le nombre de références et leurs diagnostics, le nombre de patients admis, les raisons pour lesquelles les patients ont été admis ou non, etc., ce qui permet de former et de mobiliser les médecins à l'alternative qu'offre l'hospitalisation à domicile. Cette approche n'est cependant pas toujours appréciée des médecins, dont certains y voient un défi à leur autorité et à leur jugement professionnel.

La formule a rapidement évolué pour devenir un moyen d'échange et de rétroaction avec les médecins pour répondre à leurs questions et leurs préoccupations. Comme le souligne le Dr Rudski, cet échange permet de comprendre les besoins des médecins, d'améliorer le programme et d'y intégrer de nouveaux types de patients. C'est ce dialogue avec les médecins, sur une base individuelle, qui semble être la meilleure formule. « Cela permet de leur montrer à quel point c'est simple », explique le Dr Rudski.

Les défis de mobilisation et d'adhésion des médecins

Malgré les efforts de communication pour faire connaître l'initiative, l'H@D est rarement au maximum de sa capacité. Les médecins se montrent parfois hésitants à y hospitaliser des patients. Cette préoccupation peut s'expliquer, d'une part, par les changements de paradigme que l'hospitalisation à domicile leur impose. Selon le Dr Rosenberg, pour beaucoup de médecins, « *medicine is the laying on of hands* ». En d'autres mots, le soin passe par le toucher, par la relation en face-à-face et par l'examen physique. Or, dans le cas de l'H@D, les consultations médicales se font en téléconsultation par des visioconférences, soutenues par la plateforme Teams. Leurs jugements cliniques se basent alors sur les données relatives aux signes vitaux, aux examens de laboratoire et aux informations fournies par les infirmières virtuelles.

La prise en charge des patients par l'unité virtuelle suscite également des inquiétudes. Sur les étages, la relation de confiance entre les médecins et le personnel infirmier se crée avec le temps. Dans le cadre de l'H@D, les médecins ne rencontrent pas en personne les membres de l'unité virtuelle et ne communiquent pas directement avec les infirmières du SAPA-SAD, car ce sont les infirmières virtuelles qui agissent à titre de personne référence. Les médecins doivent donc bâtir une collaboration solide avec le programme et développer la confiance, car les infirmières virtuelles et du SAPA-SAD sont leurs yeux auprès du patient.

« On n'est pas habitué à soigner les patients à long terme à distance. Ça prend un niveau de confiance, parce qu'on ne connait pas les équipes, les infirmières... Ici, [sur les unités] on connaît tout le monde, on sait comment réagir quand il y a quelque chose qui n'est pas sur la bonne piste. Travailler dans un environnement différent, c'est un peu effrayant pour les médecins. »

Dre Shannon Fraser, chirurgienne générale et directrice médicale du Centre de commandement

---

En outre, hospitaliser des patients à domicile permet d'augmenter la capacité litière en libérant un lit d'hôpital. Cela dit, un lit libéré est aussitôt occupé sur les étages. On augmente ainsi le nombre de patients à la charge des médecins. Le médecin doit donc être à l'aise à l'idée d'augmenter le nombre de patients qu'il suit lorsqu'il envoie un patient en hospitalisation à domicile.

Par ailleurs, les médecins assument seuls cette charge de travail supplémentaire. En effet, ils ne peuvent compter sur l'appui des médecins résidents, car la prise en charge de patients hospitalisés à domicile ne fait pas encore partie du curriculum des étudiants en médecine. Le médecin patron risque donc d'être appelé le soir ou la nuit pour les patients en H@D pour des questions auxquelles le résident de garde est normalement en mesure de répondre. Pour pallier cet enjeu, le Dr Rudski et Erin Cook rencontrent des représentants de la faculté de médecine de McGill, chargée de former les résidents en médecine de l'Hôpital général juif, pour leur parler de l'H@D et voir dans quelle mesure leurs résidents pourraient éventuellement y contribuer.

La gestion des préoccupations et l'amélioration continue

Au lancement de l'H@D, les énergies déployées visaient à mettre rapidement en place le projet, laissant trop peu de temps à la gestion des préoccupations et des freins des équipes terrain. Mme Tremblay en témoigne : « On était dans l'urgence, les communications étaient brèves, rapides. On aurait pu aller entendre les préoccupations des gens, les gérer, se donner un petit peu plus de temps... » Le fait est que les rumeurs circulent vite dans un centre hospitalier. Cela peut à la fois servir et nuire. Dans le cas de l'H@D, les défis techniques et technologiques, les situations complexes et les ratés des débuts sont rapidement communiqués de personne en personne, soulevant des craintes envers l'H@D et compliquant la mobilisation des équipes.

Pour y faire face, l'équipe de l'unité virtuelle incite chaque médecin et chaque professionnel de la santé qui rencontre des embûches concernant l'H@D à leur en fait part rapidement. Elle s'engage, pour sa part, à examiner ces problèmes dans les 24 heures et à leur proposer une solution dans les 48 heures. Chaque incident ou accident donne lieu à un examen de la qualité des processus, tandis qu'est prévu un post-mortem médical mensuel de ces incidents. Un médecin consultant de France, où un modèle d'hospitalisation à domicile est en place depuis plusieurs années, a aussi analysé le modèle et proposé des correctifs pour améliorer le programme. Ainsi, des centaines de changements et d'améliorations ont été apportés grâce aux rétroactions et toutes ces stratégies ont contribué à accroître la sensibilisation des médecins.

Quant à elle, la confiance entre les équipes se bâtit progressivement à mesure que les succès se multiplient, contribuant à atténuer les inquiétudes. Pour ce faire, les communications priorisent les bénéfices apportés sur le plan du bien-être du patient (Annexe 13 : Bénéfices de l'H@D). Les données recueillies sur l'évaluation de la sécurité et l'expérience patient sont partagées. Les premiers résultats concluants de l'hospitalisation à domicile amènent les médecins et les professionnels à envisager l'H@D comme une bonne alternative à l'hospitalisation, malgré les incertitudes qui persistent.

« Ça nous inquiète un peu parce qu'on veut toujours avoir le patient dans un environnement en sécurité. Mais avec chaque cas qui réussit et les patients qui aiment être à la maison, ça contrebalance. On sait que ce n'est pas mieux de rester à l'urgence sur une civière pendant trois jours en entendant d'avoir un lit. »

Dre Shannon Fraser, chirurgienne générale et directrice médicale du Centre de commandement

Plusieurs autres mesures ont été mises en place dans cette même optique de gestion des incidents et d'amélioration continue, contribuant à rassurer les équipes et à susciter la confiance envers l'H@D à titre d'alternative qui peut être sécuritaire pour les patients bien choisis. Parmi celles-ci, figurent l'instauration d'une revue systématique des processus de qualité après chaque incident ou accident, quel qu'en soit la gravité et l'organisation de réunions mensuelles avec les cliniciens pour analyser directement les cas signalés. L'établissement embauche également un médecin consultant de France, où le modèle d'hospitalisation à domicile est bien établi, pour formuler des recommandations sur l'amélioration du programme.

L'expérience-patient : de la communication à l'amélioration de la trajectoire

Les patients doivent, eux aussi, se familiariser avec l'H@D et son fonctionnement. Comme il s'agit d'une innovation, tout est à faire. Pour promouvoir le programme auprès des patients, des affiches portant sur l'hospitalisation à domicile sont tout d'abord installées sur les étages de l'hôpital. Les patients et leurs proches peuvent ainsi découvrir l'existence de ce service dans leurs moments d'attente ou de circulation et en parler à leur équipe soignante (Annexe 14 : Affiche de l'hospitalisation à domicile pour les patients).

Une documentation destinée aux patients est ensuite élaborée pour accompagner les explications des infirmières de transfert (Annexe 15 : Fiche informative à l'intention du patient et de ses proches). La fiche regroupe les informations essentielles, notamment sur les membres de l'équipe de l'unité virtuelle et la routine de consultations, les précautions à prendre lors de l'hospitalisation à domicile, les appareils utilisés, etc.

Un volet éducatif est également mis en place pour aider les patients et leurs proches à faire face aux difficultés liées à l'utilisation des technologies de monitorage à distance. Par exemple, les défis vécus par les patients ont mené à l'utilisation d'une tablette plutôt que d'un téléphone cellulaire comme outil de communication avec les infirmières virtuelles et de connexion des appareils. En effet, les tablettes exigent moins de manipulations pour les patients que les téléphones, comme le souligne Annick Mercier, cheffe d'activité des programmes SAPA-SAD. Par ailleurs, elle précise : « Avec la tablette, une fonction permet d'ouvrir simplement la tablette et l'infirmière peut initier la rencontre, diminuant les manipulations nécessaires pour le patient. Il y a juste besoin de l'ouvrir et ils voient déjà l'infirmière [virtuelle] ! ».

Néanmoins, malgré le partage d'informations, l'encadrement et le soutien offerts, le fonctionnement de l'hospitalisation à domicile demeure un apprentissage pour les patients, qui, sauf exception, l'expérimentent pour la première fois. Ainsi, par exemple, être hospitalisé à domicile plutôt qu'à l'hôpital peut donner au patient une fausse impression par rapport à son état de santé réel.

Kimberly Gartshore, coordonnatrice de la transformation à la DQTEVE-SV, en témoigne : « Il arrive que des patients se disent qu'ils sont maintenant rentrés chez eux, mais il faut leur rappeler qu'ils sont quand même admis [à l'hôpital] ». Viki Doucette raconte des anecdotes vécues :

« Il y a un patient qui est allé faire son épicerie […] avec son Biobeat. On lui a dit : "Écoutez monsieur, vous êtes hospitalisé!" […] On a aussi eu un patient qui avait des arythmies cardiaques. Il avait décidé qu'il voulait prendre son vélo. On s'est exclamé : "what? No, no, no, no, no…". On a été obligé de demander à sa femme d'aller le chercher parce qu'il n'avait pas amené son

cellulaire [de l'H@D]. S'il n'amène pas son cellulaire, son [Biobeat] ne marche pas et on ne voit plus le tracé. On lui a dit : "Monsieur, pas de vélo cette semaine. Veuillez s'il vous plaît rentrer chez vous!" Donc, c'est un processus de changement […] pour les patients et les familles parce qu'ils ne sont pas habitués! C'est une autre façon de voir et d'offrir les soins de santé. »

Viki Doucette, infirmière-chef de l'unité virtuelle

De ces premières expériences, l'équipe de l'H@D tire un enseignement important : il est essentiel de revoir les processus en ayant en tête l'expérience patient et de s'assurer de la communication de l'information et de l'habilitation du patient pour cet épisode de soins aigus à domicile. En effet, il faut être bien certain que les patients comprennent clairement, dès leur admission, ce à quoi l'on s'attend d'eux en tant que participants au programme H@D. Par exemple, les équipes ajustent les prescriptions (*Patient Order Set ou POS)* en ajoutant une section permettant aux médecins de préciser le niveau d'activité autorisé lors du transfert à domicile en fonction de l'état physique du patient. Ainsi, les POS, outils à l'intention du personnel soignant, précisent ce que le patient peut ou ne peut pas faire dans son état, comme conduire ou faire de l'activité physique.

Le développement de nouveaux rôles d'infirmières et l'ajustement des pratiques

Au fil des mois, l'expansion du projet et le développement de nouvelles possibilités et trajectoires créent un besoin d'agrandir l'équipe de l'H@D et d'assurer la présence d'un noyau d'intervenants au cœur du projet. Sont donc créés des postes d'agent administratif, de personnel infirmier clinicien, de chef d'unité et de personnel assistant infirmier chef au sein de l'unité virtuelle.

L'unité virtuelle ouvre également des postes d'infirmières virtuelles en priorisant celles qui ont des compétences diversifiées pour permettre une pluridisciplinarité et ainsi favoriser l'entraide interne. De même, au vu des conditions de travail, les compétences en évaluation clinique sont parmi les critères de sélection importants.

« Il en est ressorti que les infirmières sont chez elles, elles font toute seules le travail. Tout est en virtuel et ça aiguise plus les habiletés pour l'évaluation clinique de l'infirmière. Comme elle n'est justement pas là sur place pour voir [le patient], elle doit poser des questions très précises pour être à l'affût de tout. »

Chantal Bastien, adjointe à la direction des soins infirmiers (intérim)

Les postes semblent attrayants et plusieurs candidatures sont déposées. Ces postes représentent les soins de l'avenir et les conditions de travail à distance qu'ils offrent sont une chose rare dans le réseau, se limitant surtout à Info-Santé.

« Sur le plan de la valorisation professionnelle, il y a aussi quelque chose d'enthousiasmant dans le fait de tirer pleinement parti des compétences de l'infirmière dans ce contexte de crise de la main-d'œuvre. »

Lucie Tremblay, directrice des soins infirmiers

Lors de l'embauche, les recrues suivent une formation portant sur les technologies et applications utilisées, ainsi que sur le fonctionnement des soins et services. Étant donné que l'unité virtuelle fait appel à 28 applications et logiciels, deux à trois logiciels sont présentés lors de chaque journée de formation, avec pour objectif de faire en sorte qu'ils soient utilisés correctement.

Le développement du rôle d'infirmière virtuelle et de la pratique des soins virtuels en H@D

Le nouveau rôle d'infirmière virtuelle est à la fois stimulant et rempli de défis. En effet, l'admission de patients provenant de différentes unités, aux profils variés et aux parcours parfois uniques, amène une certaine complexité dans la prise en charge et le suivi. Au-delà des pratiques plus habituelles des équipes infirmières (p. ex. : surveillance de saignement post-intervention, évaluation de la douleur, prise de température, etc.), chaque unité, voire chaque médecin a aussi des questions et des exigences spécifiques pour le patient hospitalisé à domicile qui varient beaucoup plus que sur une unité d'hospitalisation régulière. Cela nécessite une excellente communication de la part des équipes traitantes et une solide coordination des soins individualisés, de même qu'une grande vigilance pour veiller sur des patients aux besoins variés et hétérogènes. Les infirmières virtuelles doivent être en mesure de poser les questions appropriées aux médecins, aux patients et aux proches pour offrir des soins personnalisés de grande qualité, tout en développant rapidement leurs compétences à l'égard de cette diversité de pratiques cliniques.

Le concept de *team nursing* est adopté comme méthode de travail collectif par l'équipe infirmière de l'unité virtuelle. La prise en charge des patients en équipe et l'entraide entre infirmières virtuelles permettent de partager leurs connaissances et de résoudre les cas selon une méthode misant sur la complémentarité de l'équipe.

« Cela nous ramène aux soins infirmiers classiques, […] les soins infirmiers en équipe, selon lesquels il n'est pas nécessaire d'assigner un patient à une infirmière et il est possible de faire les choses en équipe. C'est ce que nous faisons ici. […] Nous nous réunissons et nous évaluons le patient ensemble. Nous ne ferions pas forcément cela à l'hôpital, à moins d'avoir un problème. [...] Nous nous connectons les unes aux autres et nous nous disons : "veux-tu faire cette évaluation avec moi?", "comment dois-je gérer cela?" ou "est-ce que tu as déjà eu cela auparavant?" et tout cela se fait par le biais des fonctions de clavardage [de Teams]. » [Traduction libre]

Tracy Heramchuk, assistante infirmière-chef dans l'équipe H@D

Si ce rôle d'infirmière virtuelle présente des défis, il offre aussi indéniablement d'intéressantes conditions d'exercice où le personnel infirmier est appelé à mettre à profit tout son champ d'expertise, explique Lucie Tremblay, directrice des soins infirmiers du CCOMTL.

Le cadre de travail à domicile offre également des conditions de pratique différentes pour les soins infirmiers, qui peuvent être perçues comme avantageuses par certains, mais qui nécessitent aussi une adaptation.

« Quand on est sur une unité de soins, il y a toutes sortes de choses qui arrivent. Il y a quelqu'un qui vous interpelle parce qu'il n'a pas trouvé tel formulaire, une famille qui vient peut-être vous interpeller alors que vous êtes en train de distribuer de la médication… Ce n'est pas la même dynamique dans un contexte de prestation de soins virtuels, alors que l'on ne fait que ça avec le client, sans les autres distractions extérieures. »

Lucie Tremblay, directrice des soins infirmiers

« C'est l'un des emplois les plus sédentaires que j'ai eu, ce qui est très différent pour une infirmière. Nous devons nous forcer à nous lever après chaque réunion et à marcher. » [Traduction libre]

Tracy Heramchuk, assistante infirmière-chef dans l'équipe H@D

Le développement du rôle des infirmières en soins à domicile dans le cadre de l'H@D et des pratiques de soins virtuels

L'implication des infirmières du SAPA-SAD dans le suivi des patients hospitalisés à domicile nécessite le développement de nouvelles pratiques propres à cette clientèle. Habituées à des patients ayant des enjeux de santé chroniques et nécessitant un maintien des habiletés au domicile, les équipes doivent désormais ajouter à leurs journées des patients avec des enjeux de santé plus aigus, nécessitant des soins et services critiques et rapides.

« Ce sont des choses qu'on faisait aussi au SAPA-SAD : on donne des antibiotiques, on traite des cellulites, on administre parfois des médicaments intraveineux… Alors, il n'y a rien qui ait changé en termes de techniques. Je pense que c'est plus dans le nombre de patients et dans la rapidité. Par exemple, si on reçoit un client maintenant et qu'il a besoin d'une prise de sang ou qu'il reçoit un résultat anormal, il faut revenir dans la même journée pour refaire la prise de sang… Donc, une prise en charge plus rapide, plus fréquente, dans des délais plus courts. »

Brenda Lécouteur, coordinatrice SAPA-SAD

Cela demande aussi au SAPA-SAD d'effectuer une mise à jour auprès du personnel infirmier impliqué quant aux soins de certaines pathologies et un rappel de certains protocoles moins fréquemment utilisés en soins à domicile habituels. Il faut donc former les infirmières du SAPA-SAD impliquées dans l'H@D et offrir un soutien continu sur l'utilisation des nouveaux appareils de soins, tel que la pompe à perfusion pour les soins ambulatoires (CADD) et les objets connectés comme le *Biobeat* et le *Masimo*.

Par exemple, contrairement à certains CISSS et CIUSSS, administrer en intraveineux du Lasix à domicile ne fait pas partie des pratiques du CCOMTL pour la prise en charge des patients cardiaques. Cela nécessite certes de la formation, mais aussi un grand travail de collaboration

avec l'unité virtuelle : donner des doses élevées dans une infrastructure qui n'est physiquement pas hospitalière nécessite une surveillance accrue et une grande réactivité de la part des équipes.

Le développement des compétences des infirmières en matière de soins virtuels est réalisé à l'interne. Cela dit, l'évolution rapide des soins et services amène M^me^ Tremblay à espérer voir les partenaires universitaires emboîter le pas et ajuster les cursus de formation. Pour ce faire, il serait intéressant de mettre en place des cours propres à la prise en charge de patients virtuels et aux spécificités de ces pratiques. Cela permettrait à ce personnel infirmier d'être outillé à cette nouvelle réalité où l'approche et la méthode pour aborder les questions et traiter le patient sont différentes que lorsqu'on est physiquement présent à son chevet.

« Dans quelques années, les soins de santé ne seront plus les mêmes. La façon de préparer les professionnels va devoir évoluer… [il faut d'abord] les préparer à utiliser ces outils technologiques, mais, puisqu'ils vont changer à une vitesse grand V, encore plus rapidement que ce qu'on a vu en ce moment, il va falloir être très forts pour leur apprendre à apprendre. »

Lucie Tremblay, directrice des soins infirmiers

Pour initier ce changement, le CCOMTL a contribué activement en tant que milieu de stage, notamment en collaboration avec l'Université McGill, afin d'intégrer des étudiants en sciences infirmières dans le programme H@D.

Ce nouveau rôle de soignant à domicile dans le cadre de l'H@D nécessite par ailleurs également un ajustement dans la reddition de comptes ministérielle pour qu'elle reflète plus fidèlement la nouvelle réalité de leur travail. Actuellement, seules les heures cliniques directes en contact avec le patient sont prises en compte dans la reddition de la direction SAPA-SAD. De ce fait, tout le temps passé à échanger sur le cas avec l'unité virtuelle n'est que partiellement comptabilisé dans leurs heures de travail. Pourtant, ces heures de coordination entre l'unité virtuelle et le personnel infirmier du SAPA-SAD sont essentielles et le fait de ne pas pouvoir les comptabiliser complètement donne l'impression que le nombre d'heures travaillées par les soignants dans H@D est inférieur à ce qu'il est réellement.

L'arrimage entre les infirmières virtuelles et les infirmières en soins à domicile

L'ajustement de la charge de travail des équipes SAPA-SAD

La prise en charge des premiers patients par le SAPA-SAD ne se fait pas sans impact pour le service. Cette charge nouvelle pour une équipe faisant déjà face à des défis de pénurie de main-d'œuvre et aux capacités limitées, nécessite de revoir les priorités des soins et services.

« Peu importe ce qu'on fait, on augmente la charge de travail [du SAPA-SAD] avec l'H@D. Il faut en être conscients. Je pense que quelquefois, les gens oublient qu'on demande au CLSC de donner les soins, les pansements, les traitements ou les prises de sang. Oui, c'est une tâche, mais c'est une tâche qui a été rajoutée à une équipe qui est déjà en pénurie. Il faut qu'ils priorisent. C'est clair que les patients H@D, dans ce programme avec le D^r^ Rosenberg, ils sont prioritaires. Le programme est numéro un, tout le monde parle de ça, tout le monde vise ça. »

Viki Doucette, infirmière-chef de l'unité virtuelle

Environ un an après le lancement du projet, dans l'espoir de limiter l'augmentation de la charge de travail envers le SAPA-SAD depuis la prise en charge des patients de l'H@D, on a chargé un partenaire externe de gérer le service de transport des échantillons et des produits médicaux. Cette tâche incombait jusque-là au personnel infirmier du SAPA-SAD, qui réalisait ces transports à la fin de leurs tournées. Cela a permis d'acheminer les échantillons et produits plus rapidement, soit en moins de 15 minutes, sous la coordination de l'unité virtuelle, tout en libérant du temps infirmier.

Par ailleurs, comme la prise en charge de cette clientèle plus aiguë requiert des ajustements rapides et constants, il est difficile pour le SAPA-SAD de planifier et d'organiser à l'avance les journées de leurs équipes sur les routes. Les plans sont souvent changés et les imprévus parsèment les journées de travail.

La coordination et la duplication des évaluations

On travaille aussi l'arrimage des services offerts par les infirmières virtuelles et celles du SAPA-SAD. Comme les infirmières virtuelles de l'H@D sont les intervenantes pivots, appuyées par la technologie d'objets connectés, elles réalisent les évaluations complètes du patient. Or, les infirmières du SAPA-SAD réalisent aussi des évaluations complètes lors de leur visite à domicile.

« Dans nos équipes [du volet] SAD, je pense que le point qui ressortait souvent était qu'en tant qu'infirmières, elles ont une responsabilité professionnelle. [Elles ne veulent pas] arriver à domicile, donner un médicament et se dire qu'elles ne vont pas regarder les signes vitaux parce que la personne est déjà connectée à distance.... Il y en a donc plusieurs qui faisaient quand même leur évaluation, comme elles l'auraient fait pour un de nos usagers. »

Annick Mercier, cheffe d'activité des programmes SAPA-SAD

Les équipes infirmières du SAPA-SAD et de l'unité virtuelle sont complémentaires. En effet, les premières se rendent à domicile et sont en quelque sorte les yeux et les mains du personnel infirmier de l'unité virtuelle. Leur jugement clinique est important et ne peut être écarté, comme en témoigne M^{me} Lécouteur :

« C'est sûr, il y a deux infirmières qui sont vraiment impliquées à certains moments du traitement, [soit l'infirmière virtuelle et l'infirmière SAD], mais l'infirmière SAD doit assurer la même évaluation. C'est son jugement clinique. Si elle n'est pas à l'aise de donner le médicament parce qu'elle connaît son patient… […] Elle va toujours poser son jugement clinique et en discuter avec le médecin. »

Brenda Lécouteur, coordinatrice du SAPA-SAD

Cette double évaluation ne peut être complètement éliminée, mais avec une bonne communication entre les équipes et un partage d'informations sur les patients, un juste milieu s'installe à mesure que la confiance se bâtit entre elles.

La communication régulière entre les équipes

La communication est facilitée par les caucus quotidiens entre les équipes du SAPA-SAD et l'équipe de soins virtuels. Afin de bien coordonner les soins, on met notamment en place la rencontre d'arrimage entre les quarts, à 8 h et à 16 h, et les caucus des soins virtuels à 11 h et 15 h 15 (Annexe 10 : Horaire des rencontres de gouvernance et de pilotage). Ces réunions fréquentes et de courte durée (entre 15 et 30 minutes) permettent de s'assurer que toutes les parties prenantes clés sont informées des évolutions quotidiennes et des besoins immédiats des patients de l'H@D. Elles facilitent une réaction rapide aux problèmes éventuels et une coordination optimale des soins pour les patients hospitalisés. En dehors de ces caucus, les intervenants communiquent régulièrement entre eux par Teams, téléphone ou texto lorsque se posent des questions et pour partager de l'information.

Les défis technologiques et logistiques

La coordination des soins limitée par les systèmes

L'interdisciplinarité rend évidents les enjeux d'interconnexion et d'interopérabilité des systèmes. Jusqu'à 28 applications et plateformes interviennent dans les soins et services aux patients de l'H@D, mais l'accès à ces plateformes, et leur utilisation, sont le plus souvent limités à un type d'intervenant.

À titre d'exemple, les enjeux technologiques contrecarrent le travail collaboratif entre les infirmières du SAPA-SAD qui rendent visite aux patients à domicile et les infirmières virtuelles de l'H@D. Pour une prise en charge efficace, il est crucial d'établir une communication entre les deux équipes avant et après chaque visite au domicile des patients de l'H@D. Cependant, les équipes du SAPA-SAD compilent leurs observations et interventions dans un système distinct de celui utilisé par l'équipe de l'unité virtuelle. Cette division empêche un accès mutuel aux notes et informations cruciales sur l'état du patient, nécessitant des appels et des démarches supplémentaires pour obtenir les données nécessaires. Il faut ensuite dupliquer les informations dans les systèmes respectifs de l'un et l'autre.

Cas du Glenmount

Après la création de l'unité V3, on constate que le personnel infirmier auxiliaire de Glenmount consigne leurs notes cliniques de façon manuscrite sur papier tandis que les infirmières virtuelles le font sous forme électronique. Ce double système de notation non connecté ne permet pas la transmission des notes entre les deux équipes infirmières pour assurer une continuité et une cohérence dans les soins.

Pour pallier ce problème, un canal Teams est créé dans lequel ces professionnels infirmiers s'écrivent toute l'information à propos des soins donnés au patient pour se tenir informés. Comme en témoigne Chantal Bastien, un dossier uniformisé au sein du DSN permettra de résoudre l'enjeu. D'ici là : « chaque infirmière documente ce que l'autre a dit, ce qui fait en sorte que c'est vraiment bien documenté. Dans le fond, le but premier c'est la sécurité du patient. Donc, on préfère dupliquer. »

Dans l'optique de simplifier l'expérience des infirmières qui utilisent 17 systèmes différents, une nouvelle plateforme est en déploiement et viendra remplacer une majorité de ces systèmes. La plateforme, dont un volet est aussi destiné à l'utilisation des usagers, devrait améliorer le flux de travail en optimisant la navigation et l'interconnexion des applications et la communication entre les infirmières des différents programmes.

Les défis de logistique à la pharmacie

Le département de pharmacie travaille fort à s'ajuster à l'arrivée de l'H@D. C'est certainement l'un des départements les plus touchés par le nouveau service. Les prescriptions à préparer pour ces patients nécessitent un traitement particulier : empaquetage différent des autres, des quantités plus petites qui changent régulièrement et une distribution ou une livraison distincte, ajoutant inévitablement du travail à l'équipe et nécessitant une grande vigilance.

« Au début, on avait un peu sous-estimé l'ampleur que ça prendrait pour avoir des services de pharmacie qui fonctionnent pour les patients hospitalisés à domicile. Alors je dirais que d'avoir des pharmaciens dédiés à l'unité virtuelle, d'avoir une façon de bien identifier le médicament pour le patient, d'assurer le transport quotidien des médicaments à la maison, tout ça, ça doit être développé avec la pharmacie. Ce n'est pas à sous-estimer. »

Aurelia Di Fabrizio, chargée de projets à la DQTEVE-SV

Le processus de médication n'est pas du tout le même et nécessite la mise en place d'un nouveau processus (Annexe 16 : Processus de médication pour l'unité virtuelle). En effet, pour les patients hospitalisés à l'hôpital, la médication est acheminée sur les unités et administrée aux patients par l'équipe infirmière. Les médicaments sont donc empaquetés à l'attention du personnel soignant. Dans le cas des patients hospitalisés à domicile, les médicaments prescrits doivent être empaquetés à l'attention du patient et de ses proches aidants pour ensuite être livrés à domicile. Il est donc essentiel que le patient et ses proches comprennent clairement quel est chaque médicament et la posologie à respecter. L'organisation de la médication est également un enjeu, car dans certains cas, les patients doivent combiner plusieurs traitements à des fréquences différentes. Cela peut rapidement devenir un casse-tête.

Dès le lancement du projet, on réalise qu'il faut s'ajuster du côté de la pharmacie et trouver des solutions. « Au départ, [on] donnait tous les médicaments dans les sachets et les patients capotaient. Ils n'étaient pas capables de lire les sachets. Ils n'étaient pas capables de comprendre quels médicaments ils devaient prendre dans un sac brun », explique Viki Doucette, infirmière-chef de l'unité virtuelle. Le format d'empaquetage des médicaments en sachet n'est visiblement pas l'idéal pour limiter les erreurs de prise de médication.

Opter pour un distributeur automatique de médicaments serait une solution idéale autant pour diminuer les erreurs d'auto-administration que pour faciliter le contrôle des narcotiques. Néanmoins, cette option reste coûteuse. On opte plutôt pour un système de pilulier prérempli semblable à ceux utilisés en pharmacie communautaire. L'étiquetage est aussi revu pour le rendre plus convivial et l'impression peut être en anglais ou en français en fonction des préférences de l'usager.

La préparation de ces piluliers interrompt les façons de faire habituelles à la pharmacie. Il faut procéder manuellement et cela prend plus de temps que la préparation d'une médication destinée aux unités. Néanmoins, cette façon de faire est nettement mieux adaptée pour les patients de l'H@D et aussitôt qu'elle est mise en place, les erreurs de médication diminuent considérablement, explique Tracy Heramchuk, assistante infirmière-chef dans l'équipe H@D.

Un autre défi est la difficulté de fournir certaines médications dans un format stable. En effet, certains produits nécessitent le maintien à une température spécifique, doivent être manipulés avec soin, ou être administrés dans un délai limité après leur préparation. La distance entre la zone de

préparation médicamenteuse et le lieu d'administration peut suffire à altérer certains médicaments. C'est pourquoi il faut trouver une façon de simplifier le processus et préparer des formats pharmaceutiques plus stables pour l'H@D, explique Denis Dao, pharmacien.

Une logistique doit aussi être élaborée pour garantir un délai de livraison approprié et optimal aux patients. « C'est beaucoup plus de planification, de préparation […]. Pour préparer ces formats spéciaux, ça prend du temps de notre personnel. Donc on a beaucoup de difficulté à préparer tout ça », explique Denis Dao.

Pendant les premiers mois, la pharmacie reçoit les demandes de l'H@D et les traite en parallèle avec ses autres tâches. Pour faciliter la planification et la coordination, Denis Dao est nommé coordonnateur de l'unité virtuelle à la pharmacie en octobre 2022. Il prend désormais en charge tout ce qui se rapporte à l'H@D, tout en poursuivant ses fonctions de pharmacien hospitalier.

« Personne n'était vraiment en charge du projet [à la pharmacie]. On n'avait personne en place pour faire les travaux de jour en jour. Donc, on m'a mis dans la position de coordonnateur pour gérer ça. Quand je suis arrivé, il y avait beaucoup de problèmes qui étaient éparpillés un peu partout. J'ai pris du temps pour vraiment déceler le tout, pour trouver les causes… Ça a pris des mois pour implanter des procédures, des politiques afin de régler ça. C'est beaucoup de back and forth. »

Denis Dao, pharmacien coordonnateur de l'unité virtuelle

Malgré ces ajustements, l'équipe de la pharmacie hospitalière est consciente qu'un élément a facilité les choses pour leur équipe : les prescriptions du CCOMTL sont informatisées. Les équipes de soins utilisent PANDAWebRx, un logiciel permettant aux professionnels de la santé de faire les prescriptions de façon électronique, les rendant disponibles à l'ensemble des collaborateurs, dont les médecins, les pharmaciens et les infirmières de l'unité virtuelle.

« Je dirais qu'on a même eu un avantage par rapport à d'autres hôpitaux parce qu'on est peut-être le seul centre au Québec qui fonctionne uniquement par prescription électronique. Ça c'était déjà en place. […] S'il fallait faire des fax ou utiliser les versions papier, ça n'aurait pas fonctionné, ça serait très difficile d'intégrer l'H@D. Donc, avant de procéder, je recommanderais d'avoir un dossier médical électronique pour les prescriptions. »

Denis Dao, pharmacien coordinateur de l'unité virtuelle

La plateforme PANDAWebRX est déployée en milieu hospitalier, mais elle n'est pas accessible hors de l'hôpital. Ainsi, lorsque la pharmacie livre les médications aux patients, cela vient avec une impression du dossier pharmaceutique. Le document est ensuite signé par l'infirmière du SAPA-SAD une fois qu'elle en a pris connaissance et que la médication est administrée au domicile, dans le cas de médicaments qui ne sont pas autoadministrés par le patient. Elle envoie ensuite une photo du document signé afin de le compiler ultérieurement dans la plateforme Oacis, utilisée pour

centraliser les données du patient. Le document signé est laissé au domicile et récupéré lors de la prochaine livraison pour être rendu à l'unité virtuelle.

Les équipes sont aussi régulièrement confrontées à des défis technologiques quant à l'utilisation des outils numériques utilisés en partenariat avec l'unité virtuelle. Par exemple, puisque les plateformes numériques du milieu hospitalier et du SAPA-SAD ne sont pas reliées, il faut extraire les notes cliniques du système en PDF et les faire parvenir à l'équipe de l'hôpital. M^me^ Mercier en fait part : « Tout ça, ce sont des petits détails. […] Je pense [qu'il faut penser à] donner du support, donner des guides sur comment mettre une note en PDF, des choses de base qui peuvent paraître simples, mais pour plusieurs infirmières […] ça, c'était un bloqueur. »

Les problèmes techniques, dont ceux concernant la connectivité, sont aussi des enjeux majeurs auxquels les équipes sont fréquemment confrontés. Les interruptions fréquentes et les difficultés de connexion avec la plateforme Teams, utilisée pour tous les canaux de communication entre l'unité virtuelle, le SAPA-SAD, les médecins et les usagers, en sont des exemples. Cela nécessite une grande flexibilité et beaucoup de réactivité.

Par ailleurs, bien que l'équipe soit en télétravail et qu'aucun lieu physique ne leur soit réservé, l'équipe virtuelle a toutefois accès à une salle de conférence mise à leur disposition. Cela peut être utile en cas de problèmes de connectivité au domicile du personnel infirmier virtuel, comme l'équipe a pu le vivre lors des pannes d'électricité liées à la tempête de verglas du 5 avril 2023.

La gestion des problèmes techniques auxquels se butent les patients demande aussi beaucoup de temps aux équipes. Selon Viki Doucette : « Ça diminue notre capacité à prendre plus de patients par infirmière et [a ainsi une incidence sur notre capacité] d'augmenter le quota. »

Un développement rapide des nouvelles technologies en appui à la télésanté

Au CCOMTL comme ailleurs, le développement de nouvelles trajectoires ou de nouvelles façons de faire se poursuit à mesure que des technologies se développent et deviennent plus accessibles. Par exemple, on utilise maintenant des appareils servant à l'analyse sanguine au chevet des patients tels que les POCT (*point of care testing*), qui réalisent notamment des analyses d'urine ou de sang pour certaines mesures (p. ex. : taux de glucose, coagulation sanguine, électrolytes, etc.). Ces mesures permettent d'ajuster les prescriptions de médicaments en fonction des résultats d'analyses reçus en quelques minutes plutôt qu'en une heure selon la procédure régulière où les relevés sanguins sont acheminés des unités de l'hôpital au laboratoire. Par exemple, on intègre présentement le CoaguCheck® Pro pour la mesure du temps de prothrombine et du temps de céphaline activé, le tout en moins de cinq minutes.

L'unité virtuelle intègre aussi présentement au programme les casques de réalité virtuelle HoloLens 2 pour les soins spécialisés. Cette technologie est en utilisation dans les CHSLD et montre des résultats positifs.

Plusieurs autres technologies sont également sous le radar du CCOMTL et viendront bonifier les soins numériques de l'H@D ou d'autres modalités de prise en charge.

« Les technologies sont des "moving targets". Les technologies deviennent beaucoup plus faciles à utiliser et nous donnent beaucoup plus de renseignements. Chaque mois apparaissent des éléments nouveaux qui peuvent bonifier le concept d'hôpital à la maison. »

D^r^ Rosenberg, PDG du CCOMTL

Le développement rapide des nouvelles technologies incite à réfléchir à la centralisation des acquisitions pour la réalisation d'économies d'échelle.

Le développement de collaborations avec les territoires environnants

Au printemps 2023, une importante pénurie d'infirmières à l'urgence de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont (du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal [CIUSSS EDIM]) sévit depuis plusieurs semaines et l'urgence risque régulièrement des fermetures temporaires lors des périodes de pointe. Pour soulager la pression, est conclu un partenariat entre le CIUSSS EDIM et l'unité virtuelle du CCOMTL. Ensemble, ils planifient des trajectoires d'hospitalisation virtuelle en débutant par la cardiologie puis l'hémato-oncologie. Ainsi, les patients de l'urgence qui peuvent bénéficier d'une hospitalisation à domicile sont admis à l'H@D plutôt que d'attendre à l'urgence qu'un lit se libère sur l'unité hospitalière. Lorsqu'hospitalisés à domicile, les patients sont pris en charge par l'équipe médicale de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, mais c'est l'équipe d'infirmières virtuelles de l'H@D qui assure les soins. Les visites à domicile sont réalisées par le SAPA-SAD du CIUSSS EDIM.

Un partenariat est également conclu avec le CISSS Montérégie-Ouest au printemps 2024 pour pallier une situation de crise à l'Hôpital du Suroît. Au moment où une grave pénurie d'infirmières pousse l'établissement à fermer 20 lits d'hospitalisation, une solution est mise en place en l'espace de deux semaines pour éviter la fermeture de lits. L'équipe d'infirmières virtuelles de l'H@D du CCOMTL vient appuyer l'unité du Suroît, à l'aide de dispositifs technologiques facilitant le monitoring et l'interaction à distance. L'infirmière auxiliaire de l'Hôpital du Suroît fait la tournée des patients en portant un casque de réalité virtuelle qui diffuse en direct les images et les échanges à une infirmière virtuelle de l'H@D du CCOMTL. L'infirmière de l'H@D voit tout ce que sa collègue au chevet du patient voit et peut interagir avec le patient par elle. L'infirmière virtuelle peut ainsi faire l'évaluation du patient, ce qu'une infirmière auxiliaire n'est pas autorisée à réaliser. Des dispositifs IoT assurent le monitorage et la transmission des signes vitaux à l'équipe virtuelle du CCOMTL comme pour les autres patients de l'H@D.

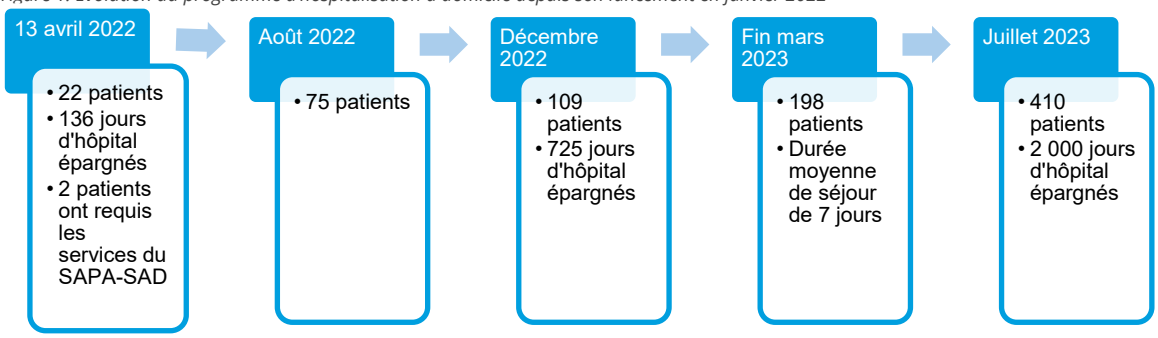
D'autres partenariats similaires sont à établir avec les territoires environnants pour desservir la clientèle qui se présente à l'Hôpital Général Juif et assurer l'équité des services. Rappelons que plus de la majorité des patients du CCOMTL proviennent de l'extérieur du territoire local de l'établissement (56 %). Or, ces patients bénéficieraient tout autant, sinon plus, d'une hospitalisation à domicile auprès de leurs proches et dans leur milieu. Ces patients pourraient obtenir des soins virtuels du médecin et des infirmières virtuelles de l'H@D. Cependant, les équipes de soins à domicile du SAPA-SAD du CCOMTL ne peuvent visiter ces patients hors du territoire. Il faudrait alors développer un maillage avec le SAPA-SAD de leur localité. Cependant, on envisage des défis importants pour certaines régions environnantes où le SAPA-SAD n'est probablement pas en mesure de soutenir la prise en charge des patients pour différentes raisons, estime Erin Cook.

Par ailleurs, la communication interétablissement reste également un enjeu et un défi à surmonter dans chaque nouveau partenariat. Ce sera le cas tant que les dossiers médicaux ne seront pas harmonisés.

Bilan des 18 premiers mois : des résultats prometteurs

Les résultats de l'H@D sont mesurés en continu et permettent de voir l'évolution et les bénéfices. En juillet 2023, c'est plus de 400 patients qui ont profité des soins de l'équipe H@D et 2 000 jours d'hôpital qui ont été épargnés. À noter que les statistiques hospitalières nous apprennent que seulement 4 % des patients admissibles identifiés ont refusé l'option de l'H@D.

Figure 1: Évolution du programme d'hospitalisation à domicile depuis son lancement en janvier 2022



Selon un sondage portant sur l'expérience des patients participants réalisé à l'été 2023 (Canadian Healthcare Technology, 2023), 93 % des patients ayant été hospitalisés à domicile déclarent avoir un haut niveau de satisfaction envers le programme. Tous les patients ayant répondu indiquent préférer d'être hospitalisé à domicile plutôt qu'à l'hôpital et 90 % signalent que le fait d'être hospitalisé à domicile a joué un rôle clé dans leur rétablissement.

Ces bénéfices et retombées montrent clairement la pertinence et l'intérêt de l'H@D. Le bénéfice le plus palpable tient sans aucun doute à l'augmentation de la capacité litière de l'établissement (environ 0,6 % de capacité récupérée pour les 18 premiers mois seulement).

Autre bénéfice notable : bien qu'on augmente la capacité litière, le personnel requis n'augmente pas proportionnellement. En effet, l'hospitalisation à domicile (H@D) requiert en moyenne 46 % moins de personnel hospitalier.

L'H@D est aussi une option moins onéreuse que l'hospitalisation classique : on y épargne notamment des coûts liés aux services alimentaires, à la buanderie et à l'entretien. Les patients ont tendance à se rétablir également plus rapidement dans leur milieu, où ils se mobilisent davantage, profitent de leur lit pour mieux dormir, sont entourés de leurs proches et sont dans un environnement plus calme que l'hôpital. Leur durée moyenne de séjour s'en trouve parfois diminuée. En outre, les patients hospitalisés à domicile sont moins à risque d'infection que ceux en milieu hospitalier. « C'est comme un deuxième hôpital, mais assurément moins cher que de construire un autre pavillon », résume le Dr Rosenberg.

L'H@D de demain : perspectives et défis

Une mise à l'échelle provinciale : un H@D dans chaque établissement

L'expérience porteuse du CCOMTL fait écho et attire l'attention. L'H@D remporte en 2022 un Prix Hippocrate pour l'excellence des soins prodigués aux patients par une équipe multidisciplinaire de professionnels des soins de santé. Les Prix Hippocrate sont décernés à l'issue d'un concours des meilleures pratiques d'innovation et d'interdisciplinarité dans le réseau de la santé et des services sociaux québécois.

À la suite du succès démontré de l'H@D du CCOMTL, le ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS) s'engage à déployer l'hospitalisation à domicile dans tous les établissements du Québec d'ici 2026. L'hospitalisation à domicile fait désormais partie des « alternatives à l'hospitalisation », une démarche ministérielle prioritaire visant à améliorer la prise en charge des patients en ambulatoire et soutenue financièrement par l'Institut de la pertinence des actes médicaux (IPAM). Le gouvernement estime qu'à terme, l'H@D déployée dans les établissements permettrait de libérer environ 5 % des lits d'hôpitaux et réduirait ainsi la pression sur les urgences et les unités surchargées (Almeida et Suarthana, 2023).

Afin de soutenir le déploiement provincial, Erin Cook est désignée en soutien au déploiement dans les établissements du réseau. Une communauté de pratique est également mise sur pied, animée par Josée Roy, conseillère cadre en soins virtuels de la DQTEVE-SV du CCOMTL. Cette communauté permet d'échanger de la documentation, de répondre aux questions des milieux qui planifient et déploient l'H@D, de faire un partage des apprentissages et des bonnes pratiques et de s'entraider entre établissements.

Vers un centre de coordination régional ou provincial et des systèmes mieux intégrés ?

Si chaque établissement développe son propre programme d'hospitalisation à domicile, l'enjeu de la mobilité des patients entre territoires demeure entier. Si l'admission en H@D semble simple lorsque le patient provient du même territoire, elle est plus compliquée lorsque le patient réside hors du territoire et qu'une collaboration doit être prévue avec les services à domicile de son territoire de résidence. Chaque CISSS ou CIUSSS doit multiplier les démarches administratives pour les patients hors territoire qui peuvent être hospitalisés à domicile. Cela est sans compter les particularités de chaque établissement qui pourraient compliquer la prise en charge de certains de ces patients aux besoins spécifiques nécessitant des expertises que leurs services de soins à domicile ne sont pas en mesure d'offrir.

Dans une perspective de mise à l'échelle provinciale et pour surmonter les défis interétablissements, la création d'un centre virtuel régional pourrait constituer une solution pertinente. Un tel centre permettrait de réaliser des économies d'échelle en centralisant la gestion des hospitalisations à domicile au niveau régional, plutôt que de multiplier les unités locales. Cette centralisation favoriserait la standardisation et l'harmonisation des procédures, tout en concentrant l'expertise pour des réflexions stratégiques régionales ou provinciales. Cette solution profiterait aux hôpitaux à faible capacité litière qui, bien que disposant des compétences nécessaires pour développer l'hospitalisation à domicile, éprouvent de la difficulté à déployer des unités virtuelles pour gérer un faible volume de patients.

Le CCOMTL réfléchit à l'avenir de l'H@D en visualisant le déploiement d'un centre de coordination régional qui offrirait une prise en charge facilitée des patients issus de différents territoires, grâce à une coordination entre les établissements et avec leurs SAD respectifs. Ainsi, une fois que les H@D des différents établissements seront opérationnels, une centralisation progressive de certaines responsabilités pourrait être envisagée.

« Cela fait maintenant un an et demi que le Ministère soutient les établissements dans le déploiement de certaines initiatives d'hospitalisation à domicile. Pour les établissements que le CCOMTL a aidés directement, soit Montérégie-ouest et Maisonneuve-Rosemont, on a été capable de les mettre sur pied beaucoup plus rapidement et de de les aider à implanter leurs programmes plus facilement comparativement aux établissements qui n'ont pas cette aide intensive des pairs. C'est simplement à cause du partage d'expertise et d'expérience et par la collaboration dans le déploiement. Il y a certainement quelque chose à tirer sur la façon de positionner l'expertise et d'offrir l'accompagnement dans la mise en œuvre au Québec. »

Erin Cook, directrice adjointe de la DQTEVE-SV

Dans le même ordre d'idées, la multiplicité des plateformes et systèmes informatiques complique également la collaboration avec les partenaires. Par exemple, les défis technologiques ont été nombreux dans l'établissement du partenariat avec l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont.

« Au [JGH], nous sommes majoritairement numériques, ce qui rend l'implantation de trajectoires virtuelles beaucoup plus facile. En développant les trajectoires virtuelles avec l'HMR, nous avons dû gérer l'enjeu de la documentation papier utilisée dans leur établissement. Il a fallu modifier nos processus pour faire l'envoi de la documentation par courriel sécurisé et cela a ajouté plusieurs étapes. »

Aurelia Di Fabrizio, chargée de projets à la DQTEVE-SV

Une coordination régionale ou provinciale appelle donc à une intégration et une harmonisation des systèmes en soutien aux trajectoires.

« Sans la mise en œuvre d'une plateforme de soins virtuels à l'appui d'une trajectoire virtuelle intégrée, qui traverse toutes les phases des soins hospitaliers, communautaires et virtuels, nous ne serons ni aussi sûrs ni aussi efficaces que nous pourrions l'être. Le modèle de l'hospitalisation à domicile s'est avéré économiquement viable dans les modèles internationaux. Nous pourrions être beaucoup plus viables économiquement dans toute la province grâce à des solutions technologiques intégrées. »

Erin Cook, directrice adjointe de la DQTEVE-SV

Déjà, l'arrivée du Dossier santé numérique (DSN) devrait aider à rendre disponibles les informations à l'ensemble des intervenants d'une même trajectoire et à diminuer le nombre de systèmes utilisés. Une cartographie des systèmes d'information pourra certes permettre de pointer les lacunes et les possibilités d'amélioration, qui resteront sans doute nombreuses malgré l'implantation du DSN.

Des barrières législatives à l'intégration de nouveaux dispositifs connectés

Bien que les dispositifs IoT se développent rapidement et promettent un avenir connecté pour les soins, leur disponibilité sur le marché Canadien et leur réglementation ne vont pas au même rythme. Le processus d'approbation par Santé Canada prend du temps (12 à 24 mois), ce qui impose une cadence lente par rapport au foisonnement du marché.

En hospitalisation à domicile, plusieurs appareils pourraient s'avérer intéressants pour permettre aux patients de réaliser de façon autonome et transmettre en temps réel à l'équipe de soins virtuels des tests ou des mesures qui, dans un contexte hospitalier, nécessitent l'intervention ou l'assistance de personnel de soins. Toutefois, plusieurs des technologies qui pourraient être utilisées à la maison par les patients, comme un dispositif de prise de pression ou de tests médicaux au chevet du patient (Point-of-care tests ou POTC) ne sont pas agrées par les entreprises auprès de Santé Canada pour ce type d'usage, faute d'un marché canadien suffisamment important pour justifier ces démarches longues et laborieuses. Plusieurs

technologies intéressantes et pertinentes pour l'hospitalisation à domicile sont donc disponibles aux États-Unis et en Europe, mais n'ont pas les agréments de Santé Canada pour un tel usage ici.

Cela rend nécessaire l'intervention d'une infirmière à domicile ou le transfert en milieu hospitalier pour la réalisation de tests d'apparence simple et que le patient peut parfois même réaliser chez lui avec ses propres dispositifs achetés en vente libre (d'une fiabilité moindre et dépourvus d'une capacité de transmission des données). D'autres solutions consistent à contourner ces contraintes lorsque cela est possible. « Par exemple, il y a des brassards de mesure de la tension qui peuvent être activés à distance momentanément, explique un membre de l'équipe de soins virtuels, mais la prise de mesure instantanée est une utilisation qui nécessite une approbation pour *software medical device.* » Cependant, l'appareil peut être programmé pour prendre des mesures systématiquement toutes les 5 minutes et cette utilisation est possible, ajoute-t-il.

Une force de frappe provinciale pour l'acquisition de technologies connectées

L'H@D de demain pourrait rassembler une force de frappe provinciale pour la vigie et le choix des technologies pertinentes à l'H@D. Pour l'instant, il est encore difficile de connaître les solutions existantes en faisant chacun de notre côté nos propres vigies, explique Erin Cook.

Un consortium provincial permettrait de simplifier l'évaluation et la mise en œuvre de nouvelles technologies avec Santé Canada, d'établir des protocoles d'utilisation standardisés pour l'H@D dans les établissements de santé québécois et de négocier des coûts d'acquisition plus avantageux pour l'ensemble de la province. […] En augmentant la demande et en ayant une meilleure compréhension des besoins cliniques du point de vue des patients, nous pourrions mieux plaider auprès des entreprises technologiques et exprimer plus efficacement ces besoins à Santé Canada."

Erin Cook, directrice adjointe de la DQTEVE-SV

Dans le même ordre d'idées, les appareils qui sont disponibles et qui répondent aux contraintes des appels d'offres n'offrent pas toujours les caractéristiques recherchées pour en faciliter l'usage par les usagers. « Si j'ai un ou une patiente âgée et que j'ai besoin de faire prendre sa pression, c'est beaucoup plus facile avec notre *patch* qui ne nécessite aucune intervention du patient qu'avec le système proposé qui comprend cinq ou six fonctionnalités et qui doit être manipulé », explique Erin Cook. « C'est difficile pour les personnes âgées. L'approvisionnement doit évoluer vers une approche axée sur la valeur qui nous permettrait de se procurer des appareils adaptés pour l'utilisation par les usagers », ajoute Erin Cook.

Vers un modèle qui inclut les omnipraticiens et la première ligne

L'un des développements envisagés pour l'avenir de l'H@D au CCOMTL, mais également exploré par d'autres établissements qui développent un modèle d'H@D consisterait à pouvoir admettre en hospitalisation à domicile des patients à partir de la communauté. Cela pourrait être pertinent, par exemple, pour les patients suivis par les équipes de soins à domicile (en résidence pour personnes âgées) ou pour les patients hébergés en ressources intermédiaires ou en CHSLD vivant une situation aiguë nécessitant des soins hospitaliers. Ainsi, plutôt que de transférer ces patients à l'urgence où ils peuvent se déconditionner rapidement, entre autres risques, ils pourraient être pris

en charge pour des soins aigus à domicile assurés par un médecin de l'hôpital et par l'équipe d'H@D. Ils continueraient aussi de recevoir des soins et services pour leur état chronique et leur perte d'autonomie, fournis par le soutien à domicile ou le personnel de leur lieu de résidence ou d'hébergement.

« Hospitaliser à partir des soins à domicile, jusqu'à présent si on l'a fait, ça a été rarissime. […] Mais, […] il y a quelque chose qui est enthousiasmant dans cette perspective. »

Lucie Tremblay, directrice des soins infirmiers

La référence par un médecin de famille de la communauté ou des soins intensifs à domicile (SIAD) pourrait également être une possibilité intéressante.

Par ailleurs, l'idée d'avoir une équipe de médecins spécialistes voués en partie ou en totalité à l'unité virtuelle et en mesure de faire des visites à domicile reste séduisante (correspondant à un modèle fermé d'unité). Un partenariat pourrait ainsi être engagé avec l'équipe médicale d'omnipraticiens du SIAD qui se déplace également à domicile, ce qui permettrait d'éviter certains retours du patient à l'hôpital.

Soins intensifs à domicile (SIAD)

Le SIAD est un service médico-infirmier à domicile destiné à évaluer rapidement (en moins de 24 heures) et à assurer un suivi intensif à court terme aux personnes en perte d'autonomie et qui présentent un problème de santé aigu. Ce service est offert à domicile, en résidence privée pour aînés (RPA) ou en ressource intermédiaire (RI) afin d'éviter ou d'abréger un séjour hospitalier.

Source : Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, 2023

Une des pistes d'amélioration les plus souvent soulevées, c'est de construire une équipe d'infirmières en soins à domicile vouée à l'unité virtuelle. Cela retirerait la prise en charge des patients H@D de l'équipe du SAPA-SAD, déjà fort chargée. Mais les contraintes actuelles du réseau de la santé et des services sociaux font en sorte que cette solution n'est pas simple et qu'une analyse des risques et bénéfices rigoureuse doit être menée préalablement. Du fait du caractère permanent d'une telle réorganisation, celle-ci ne serait envisagée que si elle devait être jugée nécessaire pour le succès et la pérennité de l'H@D.

La rémunération des actes médicaux des omnipraticiens

Un travail conjoint avec la Dre Lucie Poitras, la Direction générale adjointe des services spécialisés, de la pertinence clinique et de la biologie médicale du MSSS a permis de créer, en décembre 2022, un code de rémunération des actes médicaux réalisés dans le cadre d'une unité virtuelle. Rappelons qu'avant cela, les actes effectués par les médecins étaient facturés comme si le patient était hospitalisé à l'hôpital, faute de code de rémunération approprié à l'hospitalisation à domicile.

Néanmoins, cette mesure ne s'applique qu'aux médecins spécialistes, car cette rémunération est rendue possible grâce au financement par l'IPAM du déploiement provincial des alternatives à l'hospitalisation, dont l'hospitalisation à domicile. L'IPAM est un institut créé par la Fédération des médecins spécialistes du Québec.

Les omnipraticiens exerçant en milieu hospitalier se retrouvant sur les unités de soins de l'Hôpital général juif ne sont donc pas encore en mesure de facturer les actes liés à l'H@D. Actuellement,

ils ne peuvent facturer qu'au sein du programme virtuel de récupération à domicile, à titre de visite à domicile du patient, car les patients ne sont pas considérés comme y étant hospitalisés. Or, pour l'H@D, le patient est considéré comme étant hospitalisé, ce qui reste un enjeu dans la facturation entre la FMOQ et la RAMQ. Leur code de facturation viendra peut-être éventuellement, ce qui aurait pour effet de faciliter le transfert de patients d'omnipraticiens vers l'unité virtuelle.

Pour faire évoluer cette situation, « il sera important de faire comprendre pourquoi on a besoin de la médecine familiale dans cette initiative parce qu'il y a beaucoup d'opportunités », explique Erin Cook.

En somme, le succès de l'hôpital à domicile repose sur l'engagement des parties prenantes, incluant les médecins. Leur statut de travailleur autonome rémunéré à l'acte constitue un frein à leur engagement dans l'hospitalisation à domicile. Pour que l'hôpital à domicile fonctionne, il faut que les médecins acceptent d'y transférer leur patient tout en restant le médecin traitant. Si peu de médecins voient l'intérêt de le faire, que ce soit pour eux ou pour le patient, l'H@D ne peut pas se développer, même si l'on considère qu'il s'agit d'un modèle prometteur pour l'avenir des soins et que ses bénéfices pour l'organisation et le système de santé sont importants en termes d'accès, par exemple. La performance du système de santé et la rémunération des médecins sont parfois en concurrence, expliquent Erin Cook et le Dr Rudski.

Le difficile recrutement des infirmières et médecins

Infirmières praticiennes spécialisées

Le recrutement et la formation des infirmières praticiennes (IPS) nécessitent une réflexion approfondie afin de répondre aux besoins spécifiques des différents milieux de soins.

Des enjeux réglementaires et administratifs complexes influencent la mobilisation des IPS, notamment dans le contexte de l'hospitalisation à domicile (H@D). Selon les règlements actuels, pour qu'une infirmière praticienne puisse suivre un patient hospitalisé, elle doit être formée et intégrée dans un hôpital, car l'infrastructure administrative considère le patient comme étant hospitalisé même s'il est pris en charge à domicile. Cette contrainte rend difficile l'implication des IPS de première ligne (IPSPL) issues des milieux communautaires, comme les services de soutien à domicile (SAPA-SAD), dans le suivi des patients admis dans un cadre d'H@D. Néanmoins, les IPSPL pourraient s'impliquer dans l'H@D si le plan national sur les effectifs infirmiers le permettait, explique Lucie Tremblay.

Pour surmonter ces obstacles, il est nécessaire de permettre une plus grande mobilité des IPS entre les hôpitaux et la communauté, tout en adaptant la réglementation pour harmoniser les pratiques. En Europe, par exemple, certains pays ont développé des programmes de maîtrise spécifiquement axés sur l'hospitalisation à domicile, ce qui pourrait servir d'inspiration pour structurer et valoriser ce rôle dans le système québécois.

Ainsi, une révision des cadres réglementaires et des parcours de formation est essentielle pour optimiser la contribution des IPS dans l'hospitalisation à domicile et soutenir efficacement le développement de cette pratique.

Médecins spécialistes, médecins omnipraticiens et modèles d'unité

Le CCOMTL avait initialement opté pour le modèle d'unité ouverte, car il représentait une solution simple et viable à court terme. Dans ce modèle, le médecin spécialiste qui connaît le patient reste impliqué, ce qui favorise la continuité des soins. Cependant, cela nécessite une charge de travail accrue pour les médecins et une gestion du changement importante au sein des équipes dans un

contexte de pénurie de main-d'œuvre. Malgré ces défis, cette approche permet une certaine flexibilité dans un contexte où les ressources et la structure ne permettent pas encore un modèle plus intégré.

En revanche, les avantages du modèle d'unité fermée, où les patients qui y seraient hospitalisés seraient à la charge d'un médecin traitant lié à cette unité, sont significatifs et soulèvent la possibilité d'un virage vers un modèle hybride. Actuellement, des programmes d'hospitalisation à domicile qui servent de modèle, par exemple celui de Calgary ou du Kaiser Permanente, ont une structure où un interniste ou un omnipraticien hospitaliste est dédié à l'unité virtuelle, explique le Dr Rudski. L'unité virtuelle fermée couvre une diversité de trajectoires, privilégiant une cogestion des patients avec un médecin spécialiste lorsque nécessaire, par exemple avec un chirurgien pour certains cas post-chirurgicaux. À titre comparatif, au Québec, les chirurgiens ne peuvent plus facturer d'actes sur un patient qui a reçu une chirurgie après 7-30 jours. Un patient dont les soins post-chirurgicaux s'étirent doit changer de médecin ou d'unité. Le changement est plus complexe en hospitalisation à domicile, où un autre médecin doit accepter de prendre un charge ce patient qu'il ne connaît pas et qu'il n'aura pas vu en raison de son hospitalisation à sa résidence, explique le Dr Rudski.

Ce modèle fermé, où un ou des médecins sont liés à l'unité virtuelle et prennent en charge les patients, garantit une prise en charge plus globale des patients hospitalisés à domicile. Il permet aussi un apport plus stable de patients transférés à l'unité, ne dépendant pas de médecins spécialistes prêts à y admettre leurs patients tout en restant leur médecin traitant. Cependant, pour que ce modèle puisse être envisagé, il faut être en mesure de dégager un médecin des unités de l'hôpital pour qu'il se consacre pleinement à l'unité virtuelle ou encore recruter un nouveau médecin pour l'unité virtuelle. Or, les contraintes réglementaires actuelles ne permettent pas le recrutement rapide de médecins. L'ajout d'un médecin doit passer par les plans d'effectifs médicaux du gouvernement.

Cela dit, pour que des médecins soient formés et souhaitent consacrer leur carrière à une unité d'hospitalisation à domicile, il faut d'abord l'enseigner aux étudiants et résidents, l'offrir comme milieu de stage et le valoriser à partir des facultés de médecine des universités, explique le Dr Rudski. Bien que le Dr Rudski ait tenté de faire valoir l'importance d'inclure la pratique médicale en hospitalisation à domicile au curriculum de formation des médecins des universités montréalaises, on lui a fait comprendre que les changements au parcours de formation cadrent avec les exigences du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada[10]. En résumé : tant que ce n'est pas à l'examen du Collège royal, ce n'est pas à l'étude dans les universités!

Pour l'instant, la seule voie possible est d'être invité à présenter aux étudiants dans le cadre d'un cours ou de réaliser des conférences et des présentations.

Conclusion

Rétrospectivement, les équipes impliquées dans le déploiement de l'hospitalisation à domicile ont réalisé plusieurs bons coups qui ont permis d'amener ce programme sur une bonne voie et d'en assurer la pérennité.

D'abord, la situation de crise a servi de levier. Le sentiment d'urgence associé au risque de fermeture des lits chirurgicaux a permis de mobiliser en un temps record l'ensemble des parties prenantes nécessaires, soit plus de 70 personnes durant 72 heures pour le démarrage d'un tel projet d'envergure.

---

[10] Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada supervise la formation médicale des spécialistes au Canada et confère les titres et certifications par examen.

Le déploiement de l'hospitalisation à domicile était légitimé par le PDG, le Dr Rosenberg, à qui le succès de ce projet tenait à cœur. Cette initiative devenait donc une priorité dans l'organisation de sorte que les efforts ont pu être harmonisés pour faire fonctionner le projet.

Deux porteurs crédibles ont été identifiés, soit Erin Cook et le Dr Rudski, pour codiriger le projet. Ils ont travaillé fort à rallier les parties prenantes et à coordonner l'engagement de tous pour avancer malgré les défis.

« Il y a des moments plus difficiles, mais il y a une façon d'en discuter pour en faire des occasions d'apprentissage, puis d'améliorer ce qu'on est en train de faire. Il faut définitivement des leaders déterminés pour y parvenir. »

Lucie Tremblay, directrice des soins infirmiers

L'approche agile a permis de concevoir la trajectoire initiale très rapidement tout en s'assurant de la sécurité, de la qualité et de l'efficience des soins prodigués en COVID@Domicile. C'est en mode agile également que les trajectoires suivantes ont été ajoutées à l'H@D. De nombreuses améliorations ont été apportées de façon itérative en suivant de très près l'initiative et en se réajustant rapidement une fois les constats faits.

« Faire des itérations courtes nous permet de réajuster régulièrement, mais sans jamais mettre en péril la sécurité des patients. C'est une méthode exigeante et dans d'autres industries, la méthode agile peut avoir des conséquences sur la productivité, sur la rentabilité. Ici, comme c'est la santé et la vie des gens qui étaient en cause, il fallait faire preuve de vigilance à l'égard de la sécurité des soins. »

Lucie Tremblay, directrice des soins infirmiers

La rapidité avec laquelle l'hospitalisation à domicile se déploie et l'absence de comparatifs au Québec obligent l'équipe à développer ses propres protocoles et à apprendre de ses propres expériences, tout en s'ajustant rapidement. La souplesse de l'équipe est une des conditions de succès identifiée.

« Tout change, d'une semaine voire d'une minute à l'autre. Il faut vraiment faire preuve de flexibilité et d'ouverture pour être prêt à essayer et surveiller de près. On ne peut pas se dire que ça ne marchera pas tant qu'on n'a pas essayé. Et si ça ne va pas, il faut être capable de réévaluer et de se demander ce qu'on doit faire, qu'est-ce qu'on doit changer. Ce n'est pas le patient qui va changer, c'est à nous de changer notre programme. »

Viki Doucette, infirmière-chef de l'unité virtuelle

Des rencontres courtes, mais régulières ont été organisées pour bien coordonner les soins. Ces caucus d'une trentaine de minutes ont joué un rôle crucial dans le succès de cette approche en permettant aux équipes de s'informer et d'assurer une continuité entre les quarts de travail. Les rencontres quotidiennes ont suscité l'émergence d'une nouvelle équipe qui transcende les cloisonnements et qui assure l'intégration des soins entre l'hôpital et la communauté pour les patients, explique Erin Cook. Ensemble, les différentes parties prenantes ont co-construit l'H@D.

« Je pense aussi qu'un de nos bons coups, c'était la communication. Bien sûr, il y avait d'autres aspects pour lesquels on aurait pu mieux communiquer, mais je pense qu'on s'est vraiment axé sur la culture des huddles *[caucus]. On a permis aux gens de se réunir et de se parler souvent. Alors oui, ça prenait du temps, mais c'est ce qui a permis de régler les enjeux. C'est pour ça qu'on saisissait les problèmes de façon centralisée, ça c'est aussi un bon coup. »*

Aurelia Di Fabrizio, chargée de projets à la DQTEVE-SV

Enfin, certains estiment que la forte culture d'innovation du CCOMTL est un élément qui a facilité l'implantation de l'H@D. Certaines équipes du CCOMTL ont l'habitude d'expérimenter des solutions novatrices et de gérer une multitude de contraintes pour répondre à des enjeux majeurs. Elles ont par exemple fait office de pionniers dans le déploiement de la télésanté dans le contexte de la COVID-19, ont développé leur propre dossier santé numérique, connu comme le dossier santé connecté (DSC), en amont et en parallèle du projet ministériel, ont déployé un centre de commandement pour piloter la fluidité de l'établissement, etc. Les équipes de direction parviennent à faire passer les projets jugés prioritaires de l'idéation au développement et à la mise en œuvre et ont acquis une certaine expérience de l'innovation au fil des projets.

« Je pense que nous avons une culture d'innovation, une culture de qualité. Nous faisons ce que nous pensons ou ce que nous savons être les bonnes choses à faire pour les patients, avec les bons résultats. Nous n'attendons pas des solutions du ministère. Nous préférons expérimenter et trouver des façons de faire sur le terrain, chez nous. »

Dr Rosenberg, PDG du CCOMTL

L'innovation et la nouveauté créent donc de l'engouement et les nouveaux projets de la direction attirent l'intérêt des gestionnaires, qui ont envie de s'impliquer. Mme Di Fabrizio témoigne de l'emballement des équipes qui s'est fait ressentir lors de la mise en place de l'H@D :

« On voit que les gens ont le feu quand on parle de quelque chose de nouveau, d'innovateur et qu'on s'apprête à démarrer. [Pour l'H@D], je dirais que ça, c'était vraiment spécial à voir. Le niveau d'implication des gens, la passion des gens, c'était vraiment une belle, belle, belle équipe… Tout le monde a beaucoup aimé travailler ensemble. »

Aurelia Di Fabrizio, chargée de projets à DQTEVE-SV

Pour conclure, si plus de 70 personnes se sont impliquées à la co-construction du modèle en trois journées intensives et si cette innovation a pu être déployée avec succès, c'est en partie parce que l'initiative était porteuse de sens et qu'elle cadrait avec la vision partagée de soins.

« Une partie importante de cet engagement est le résultat de la vision que le Dr Rosenberg a définie pour l'organisation, « Vos soins partout ». La vision veut que nous prodiguions les bons soins à la bonne personne, par le bon professionnel, au bon endroit et pour le bon résultat. Les projets innovants déployés à travers l'organisation ont toujours épousé cette vision, soit améliorer la qualité des soins pour les patients. »

Erin Cook, directrice adjointe de la DQTEVE-SV

Les prochaines étapes consisteront à soutenir les établissements qui déploieront l'hospitalisation à domicile et à poursuivre le travail visant à lever les contraintes et à trouver des solutions aux défis menaçant son expansion et son bon fonctionnement, qu'ils soient d'ordre législatif ou qu'ils touchent l'approvisionnement, la rémunération des médecins, la formation ou encore la pénurie de ressources.

Épilogue

Au début de 2024, le programme accueille des patients présentant une foule de diagnostics provenant de plus de 30 trajectoires établies (Annexe 17 : Liste non-exhaustive des diagnostics pouvant être admis à l'H@D et des services offerts). Des patients partenaires participent régulièrement à l'évaluation et à la mise en œuvre des plans d'amélioration de la qualité, ainsi qu'à l'évaluation du confort et de l'expérience d'utilisation des appareils connectés. L'unité virtuelle peut accueillir simultanément jusqu'à 25 patients. L'H@D a réalisé 900 admissions depuis son lancement, ce qui représente 4 000 journées d'hospitalisation.

L'équipe clinique compte environ 20 équivalents temps complet, dont une infirmière-chef, deux assistantes-infirmières-chefs, une infirmière éducatrice, deux membres du personnel administratif et une équipe d'infirmières cliniciennes assurant des soins aux patients 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7. Le programme fonctionne désormais selon un modèle médical hybride : une unité ouverte pour l'ensemble des spécialités, et une unité fermée pour la médecine interne, ce qui signifie qu'un interniste est désigné à l'H@D chaque semaine et qu'il prend en charge les patients de la médecine interne hospitalisés à domicile, en plus d'offrir des soins aux patients de son unité hospitalière.

Le programme H@D génère de la valeur en créant un meilleur accès, en optimisant l'utilisation des ressources humaines (3 137,5 heures d'assurance-salaire économisées la première année), en réalisant des gains financiers (économies récurrentes projetées de 1,5 M$ par an sur les coûts opérationnels) et en améliorant l'expérience des patients (93 % préfèrent ce modèle). Plus important encore, les résultats dont font état les patients sont supérieurs dans tous les domaines mesurés par rapport à ceux qui sont associés aux soins hospitaliers. Le programme affiche des taux de morbidité et de mortalité faibles, respectant des normes comparables à celles des soins en milieu hospitalier.

L’H@D a remporté en 2024 un prix international au VBHC Prize 2024 soulignant les initiatives innovantes apportant de la valeur en santé.

Bibliographie

Ali, A., Rudski, L., Cook, E. (11 novembre 2024) Leading Transformational Change: The Hospital@Home Program, Medical Grand Rounds (conférence virtuelle), https://www.mcgill.ca/channels/channels/event/leading-transformational-change-hospitalhome-program-360923

Almeida, N. et Suarthana, E. L'hospitalisation à domicile : principes directeurs pour la création d'unités virtuelles de soins aigus. Montréal, Canada. Unité d'évaluation des technologies (UETMIS) du Centre universitaire de santé McGill.

(CUSM), 11 juillet 2023. Rapport nº 93. 56 pages Bracelet Masimo SafetyNet [image en ligne]. (s.d.). Masimo. https://professional.masimo.ca/siteassets/us/images/products/sensors--accessories/radius-ppg/air_02sensor_app_6_pdt_40120.png

Canadian Healthcare Technology. (16 août 2023). Montreal's Hospital@Home continues to grow | Canadian Healthcare Technology. https://www.canhealth.com/2023/08/16/montreals-hospitalhome-continues-to-grow/

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke. (31 janvier 2023). Soins intensifs à domicile (SIAD) – Aide-mémoire. https://www.santeestrie.qc.ca/clients/SanteEstrie/Professionnels/soins-intensifs-a-domicile/Aide-memoire_pour_une_demande_de_soins_intensifs_a_domicile.pdf

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal et Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de-l'Île-de-Montréal, Communiqué de presse du 17 avril 2023. *Lancement d'Hôpital@domicile dans l'est de Montréal.* *https://cdn.ciussscentreouest.ca/documents/ciusss-coim/Actualites/2023/04/HH_with_HMR_press_release_FR.pdf?1681914182*

Centre intégré universitaire de santé et services sociaux du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal [CCOMTL]. (2023). Comment implanter une unité de soins virtuels? Guide d'implantation pour le réseau de la santé et des services sociaux. Documentation interne.

Centre intégré universitaire de santé et services sociaux du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal (2023). Comment implanter une unité de soins virtuels? Guide d'implantation pour le réseau de la santé et des services sociaux. Document interne.

Centre intégré universitaire de santé et services sociaux du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal [CCOMTL]. (2022). Offre de service d'unité virtuelle. Documentation interne.

Collège canadien des leaders en santé [CCHL]. (29 avril 2023). La reconnaissance de la prestation de soins de santé axés sur la valeur de 2023 décernée à la CIUSSS Centre Ouest de l'Île de Montréal. https://cchl-ccls.ca/fr/news_article/la-reconnaissance-de-la-prestation-de-soins-de-sante-axes-sur-la-valeur-de-2023-decernee-a-la-ciusss-centre-ouest-de-lile-de-montreal/

FMEQ (2021) Virage télémédecine au Québec – Rédigé dans le cadre de la Journée d'action politique 2021 : Comment optimiser son implantation post-pandémie. https://fmeq.ca/wp-content/uploads/2021/03/Memoiretelemedecine.pdf

Institut national de santé publique du Québec [INSPQ]. (5 octobre 2022). Ligne du temps COVID-19 au Québec. https://www.inspq.qc.ca/covid-19/donnees/ligne-du-temps

La Presse. (13 avril 2022). « Refondation » du système de santé | Bientôt l'hospitalisation à domicile? https://www.lapresse.ca/actualites/sante/2022-04-13/refondation-du-systeme-de-sante/bientot-l-hospitalisation-a-domicile.php

La Presse. (29 mars 2023). Hôpital général juif | Le service d'hospitalisation à domicile ne cesse de grandir. https://www.lapresse.ca/actualites/sante/2023-03-29/hopital-general-juif/le-service-d-hospitalisation-a-domicile-ne-cesse-de-grandir.php

Le Devoir. (13 avril 2022). Hospitalisé dans le confort de son foyer. *Le Devoir*. https://www.ledevoir.com/societe/sante/698808/sante-hospitalise-dans-le-confort-de-son-foyer

Moniteur cardiaque Biobeat [image en ligne]. (s.d.). Biobeat. https://www.bio-beat.com/products

Nouvelles HGJ. (mai 2022). Les patients qui participent au programme avant-gardiste de l'HGJ font l'objet d'une surveillance à distance pendant qu'ils se rétablissent à leur domicile. https://jghnews.ciussswestcentral.ca/fr/les-patients-qui-participent-au-programme-avant-gardiste-de-lhgj-font-lobjet-dune-surveillance-a-distance-pendant-quils-se-retablissent-a-leur-domicile/

Rosenberg, Dr. L. (2023). Patients Matter Most. Forbes Books.180 pages.

Value Based Healthcare Prize (21 mars 2024) *Hospital at Home (H@H),* https://vbhcprize.com/hospital-at-home-hh/

Annexe 1 : Critères d'admissibilité – affiche

*À noter que les critères 11 à 13 ont été ajoutés aux critères originaux lors de l'ajout de l'unité V3 – Glenmount.

438. 797. 8222
infirmieres.unite.virtuelle.ccomtl@ssss.gouv.qc.ca

Soins virtuels

CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ

1	Stable sur le plan hémodynamique.
2	Le patient est capable de se déplacer en toute sécurité de manière autonome ou avec un soutien tel qu'identifié par l'évaluation OT/PT avant le transfert, au besoin.
3	Le soutien du patient ou du soignant est adéquat, selon les besoins.
4	Le soignant est en mesure d'aider à la communication, selon les besoins du patient.
5	Le patient et/ou la famille est capable de gérer la technologie et les dispositifs de surveillance portables.
6	Le patient réussit la liste de vérification des médicaments pour l'auto-administration/ou encore, une personne de soutien peut faciliter l'administration sécuritaire des médicaments pour le patient.
7	Le patient a donné son consentement.
8	Le patient est capable de suivre et de respecter les instructions de l'équipe soignante.
9	Le patient n'est pas connu pour l'abus de substances actives ou d'alcoolisme.
10	Le patient et/ou le soignant lit et comprend l'anglais et/ou le français.
11	Le patient doit avoir besoin d'une réadaptation légère et avoir un problème médical connu nécessitant des soins virtuels.
12	Le patient doit être max assist x1 pour les transferts et la mobilisation.
13	Le régime fourni est faible en sel et en sucre; il est de consistance régulière ou en purée; pas de régime particulier.

Annexe 2 : Guide du médecin pour le processus de transfert à l'H@D

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal
Québec

Guide du médecin pour le processus de transfert à l'Hôpital@Domicile

Instructions étape par étape pour les médecins afin de transférer un patient à l'Hôpital@Domicile(H@D).

1. Le médecin référent s'assure que le patient réponde aux critères d'inclusion et d'exclusion.
2. Le médecin référent identifie le médecin/IPS de l'Hôpital@Domicile qui prendra en charge ce type de patient et discute de ce candidat potentiel avec lui. Le médecin référent et le médecin (MD-H@D) doivent être d'accord sur l'éligibilité médicale du patient afin de poursuivre le dépistage.
3. Le médecin référent informe l'assistante-infirmière-chef de l'unité de l'HGJ du patient potentiel pour l'Hôpital@Domicile.
4. Le médecin référent s'assure que les consultations requises[1] ont été effectuées et que les résultats permettent un transfert vers l'Hôpital@Domicile, le cas échéant.
5. Le MD-H@D s'assure que les examens de préadmission requis sont effectués (par exemple, spirométrie, écho, etc.).
6. Le MD-H@D identifie tous les rendez-vous devant avoir lieu lors du séjour en H@D (par exemple, MIBI à la fin de la semaine, radiographie pulmonaire dans une semaine, etc.)
7. Le MD-H@D confirme l'autorisation médicale et informe l'assistante-infirmière chef de l'unité de l'HGJ que le patient sera transféré.
8. Le MD-H@D remplit l'ensemble des ordonnances pour le patient (POS[2]) approprié.
9. Le MD-H@D identifie les exigences en matière de supervision et les inclut dans le POS.
    a. Biobeats vs Masimo vs vérification ponctuelle uniquement
    b. Concentrateur d'oxygène à domicile
    c. Thérapie IV (déterminer si le patient a besoin d'une IV ou d'un PICC)
    d. Besoins en pansements (si une ordonnance est requise, veuillez l'indiquer sur les POS supplémentaires)
10. Le MD-H@D inscrit les ordonnances de médicaments dans PandaWeb
    a. Ajoute le protocole d'ordonnances générales de l'Hôpital@Domicile
    b. Complète les ordonnances de transfert dans PandaWeb.
11. L'assistante-infirmière-chef de l'unité de l'HGJ informe l'assistante-infirmière-chef de l'Hôpital@Domicile que le patient est prêt à être transféré.

---

[1] Par exemple : médecine interne, soins des plaies, maladies infectieuses, endocrinologie, pneumologie, équipe interdisciplinaire (PT, OT, IR, etc.)
[2] Patient order set

Annexe 3 : Enseignement offert aux patients

Teams

- On montre au patient comment télécharger et utiliser Microsoft Teams pour ses téléconsultations avec l'équipe du service virtuel.

Appareils électroniques portables

- La formation comprend les instructions sur la connexion à l'appareil, les applications utilisées, la manière de changer l'appareil si nécessaire, ainsi que les choses à faire et à ne pas faire (p. ex. : prendre une douche peut être contre-indiqué selon l'appareil utilisé). Un document est remis au patient avec toutes les informations importantes.

Sphygmomanomètre

- Le patient est formé à la prise de sa tension artérielle et reçoit les instructions sur la manière de noter les résultats et de les communiquer à l'équipe de soins virtuels.

Poids

- Pour les patients souffrant d'insuffisance cardiaque chronique, des instructions sur la manière de fournir un « poids sec » sont fournies.

Médicaments

- Formation sur le type de médicaments que le patient prend, comment les prendre, ainsi que des instructions sur des ajustements spécifiques qui pourraient être nécessaires à la suite de résultats de laboratoire. Le processus de livraison régulière ou ponctuelle des médicaments est aussi expliqué au patient.

Oxygène

- Le patient est formé pour pouvoir ajuster le niveau d'oxygène, savoir comment bouger avec l'équipement et pour effectuer des exercices de respiration et une spirométrie.

Contacter l'équipe de soins virtuels

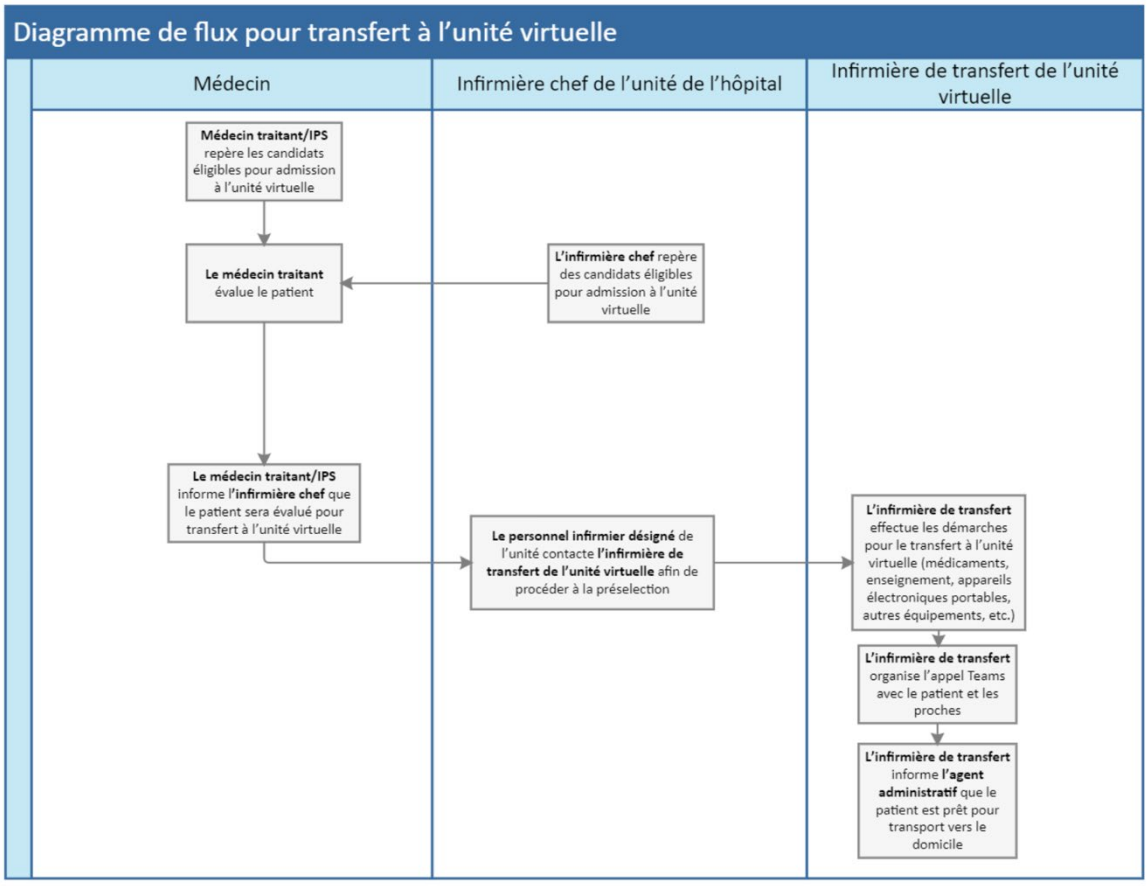
- Le patient est formé sur les situations qui nécessitent une communication rapide avec l'équipe, comme une douleur thoracique, de la fièvre, des difficultés respiratoires, des clips desserrés, etc. Il est également informé sur les moyens pour communiquer avec l'équipe dans ces situations.

Test de diagnostic ou procédures supplémentaires

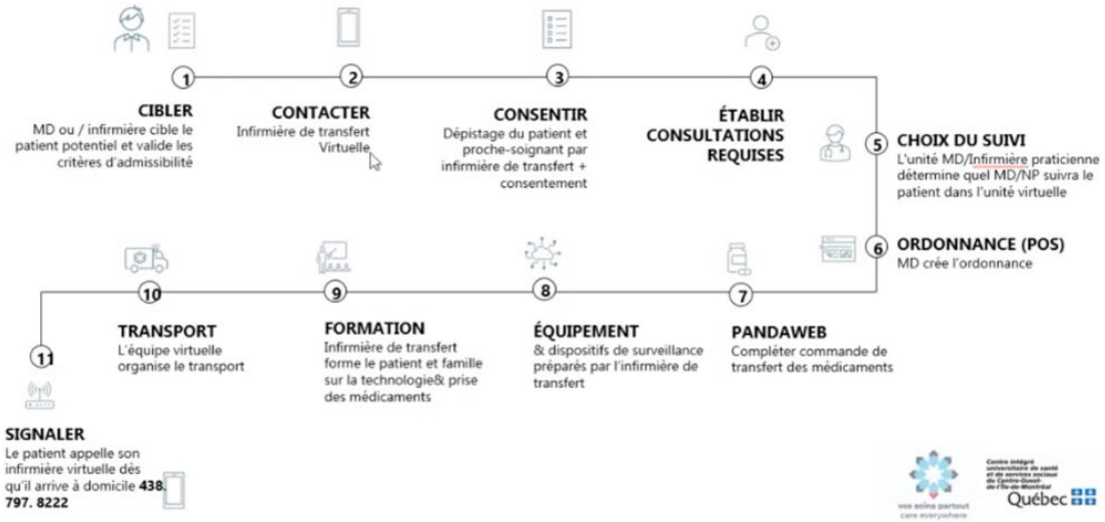
- Dans le cas où le patient doit se rendre à l'hôpital pour une prise de sang, un examen radiologique, une intervention ou autre, on lui explique comment se rendre à l'hôpital, comment le transport est coordonné par l'équipe du pavillon virtuel, ce à quoi il doit s'attendre à l'hôpital, ce qu'il doit apporter, etc.

Note : Adapté de *Offre de service – unité de soins virtuels [document interne],* Centre intégré universitaire de santé et services sociaux du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal (CCOMTL), 2022. Adapté avec permission.

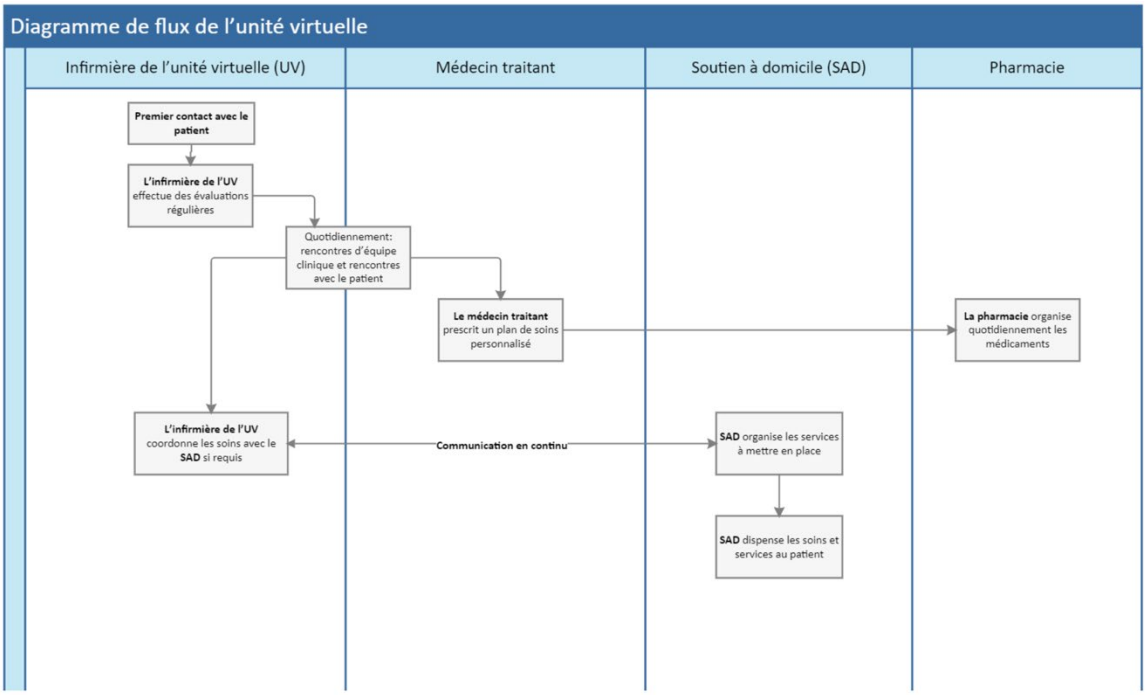
Annexe 4 : Processus de transfert vers l'unité virtuelle



Note : Tiré de *Comment implanter une unité de soins virtuels? [Document interne],* Centre intégré universitaire de santé et services sociaux du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal (CCOMTL), 2023. Reproduit avec permission.

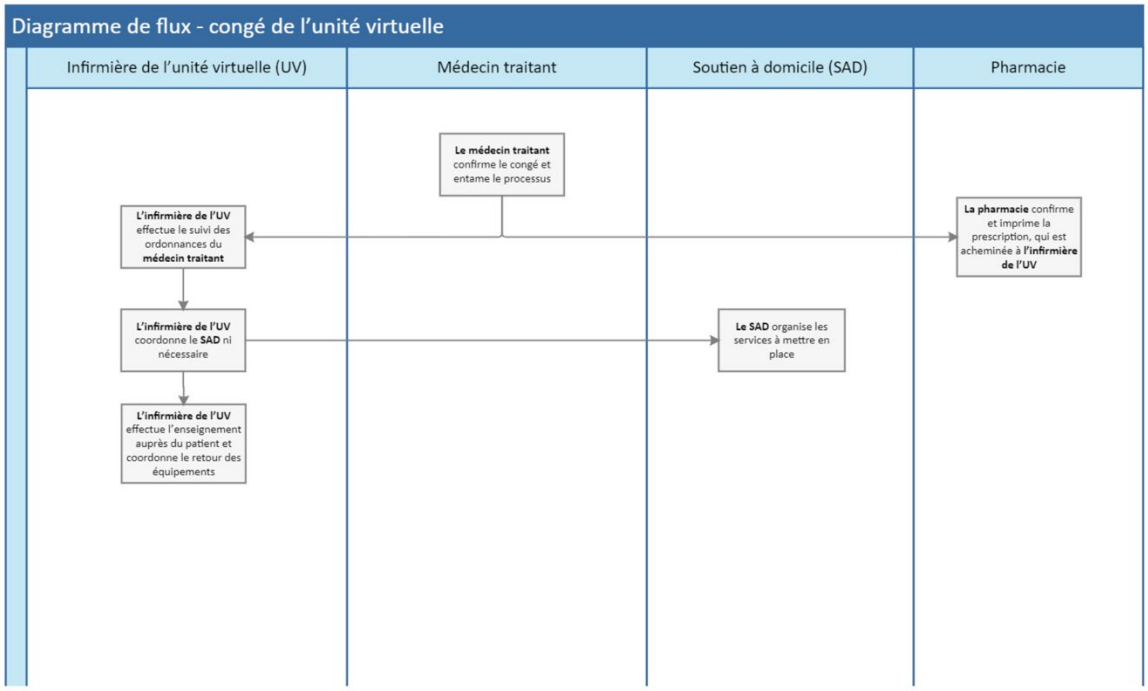


Annexe 5 : Processus du séjour à l'hospitalisation à domicile



Note : Tiré de *Comment implanter une unité de soins virtuels?* [Document interne], Centre intégré universitaire de santé et services sociaux du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal (CCOMTL), 2023. Reproduit avec permission.

Annexe 6 : Processus de congé de l’unité virtuelle



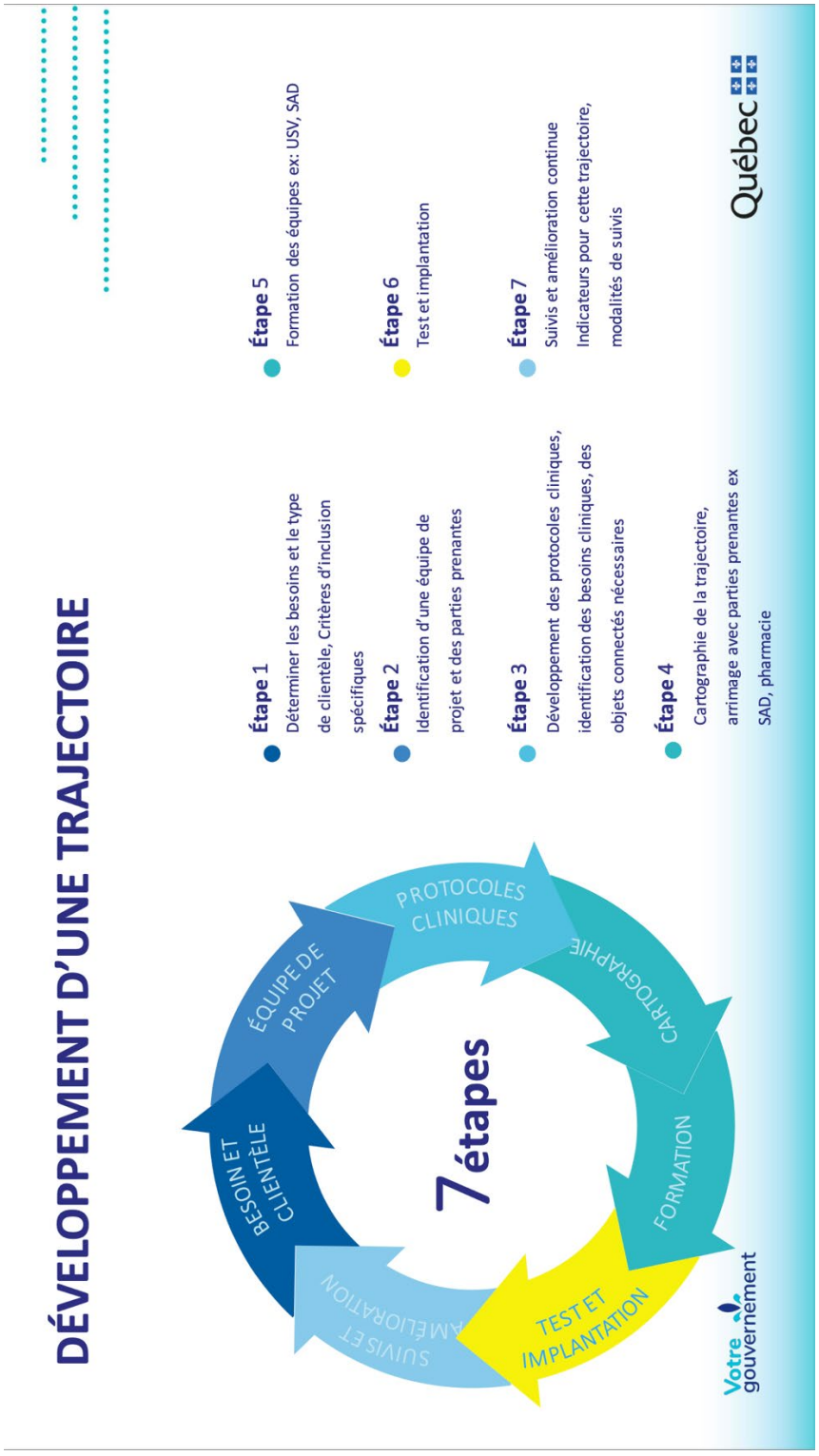
Note : Tiré de *Comment implanter une unité de soins virtuels?* [Document interne], Centre intégré universitaire de santé et services sociaux du Centre-Ouest-de-l’Île-de-Montréal (CCOMTL), 2023. Reproduit avec permission.

Annexe 7 : Technologies utilisées

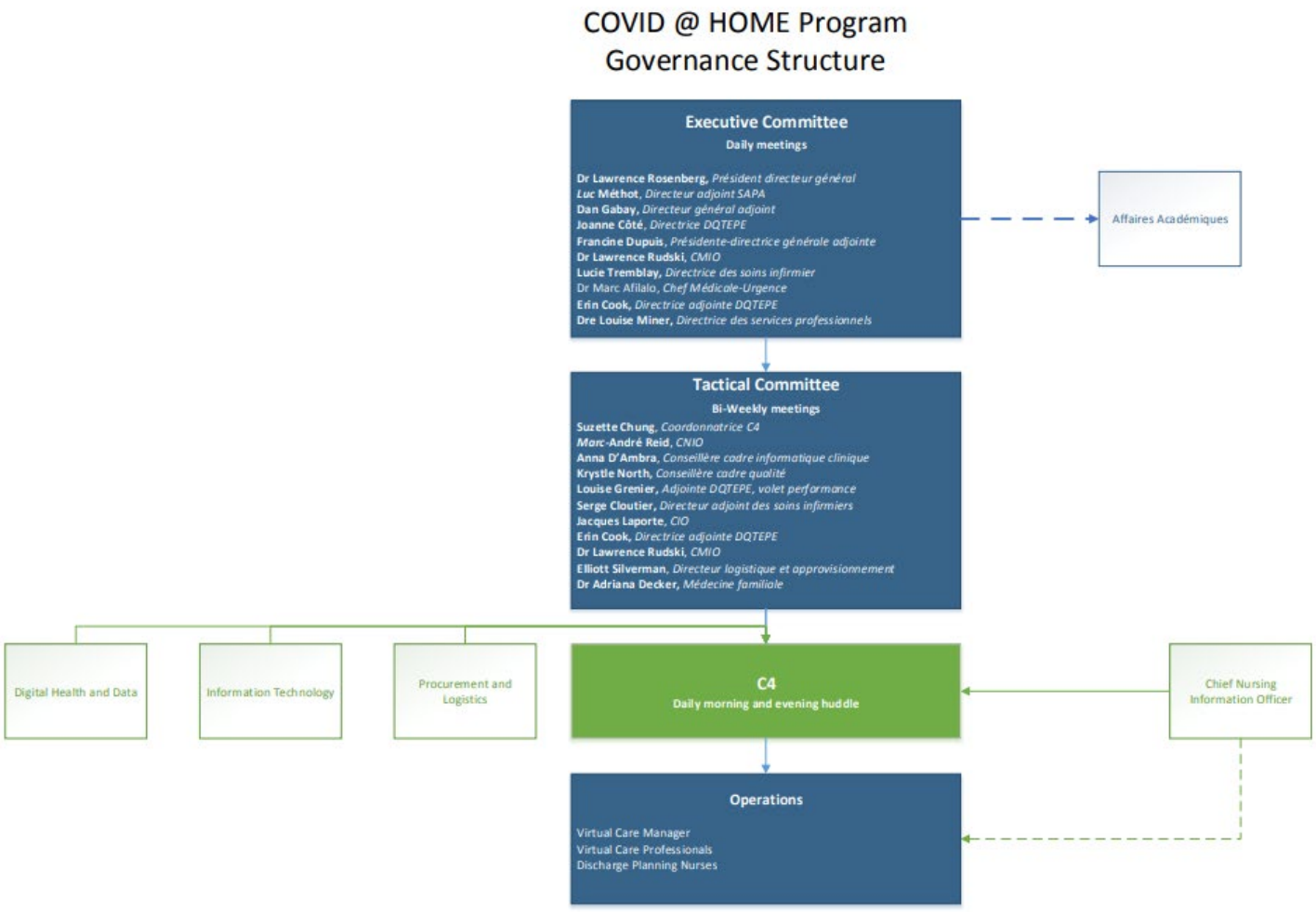
Appareils	Objectif	Fonctionnement
Masimo Biobeat	Surveillance des signes vitaux à distance	Fournit un ECG à une dérivation Fournit des lectures à q 5 secondes
CADD Pump	Pompe portable pour administrer des médicaments intraveineux	Permet au patient de se mobiliser de manière sécuritaire durant l'infusion des médicaments IV
iPhone	Appareil de communication entre le patient et l'unité virtuelle	Sonnette du patient admis à l'hôpital à domicile, permet un accès 24/7 à l'équipe soignante
MS Surface	Appareil de communication	Facilite un aperçu visuel du patient Compatible avec l'application AnyDesk, ce qui permet à l'infirmière de gérer le lien vers la réunion Teams, pour faciliter l'expérience des patients moins à l'aise avec ce type de technologies
Epoc CoaguCheck Pro	Test au point de service (en développement)	Résultats sanguins sur place, au domicile du patient
HoloLens Nonagon	Outils d'assistance pour le triage de télésanté	Potentiel en première ligne (Nonagon) et en soins spécialisés (HoloLens)
À venir	Moniteur de fréquence cardiaque fœtale/moniteur portable NST	Pour permettre un suivi à distance de certaines patientes avec une grossesse à risque élevé

Note : Adapté de *Offre de service – unité de soins virtuels* [document interne], Centre intégré universitaire de santé et services sociaux du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal (CCOMTL), 2022. Adapté avec permission.

Annexe 8 : Développement d'une trajectoire



Annexe 9 : Structure de gouvernance



Annexe 10 : Horaire des rencontres de gouvernance et de pilotage

Horaire	Rencontre	Animé par	Personnes présentes	Objectifs
7 h 30	Rencontre SAPA-SAD	SAPA-SAD	Équipes interdisciplinaires du SAPA-SAD	Faire une mise au point sur l'état de santé de l'ensemble des patients pris en charge par les équipes du SAPA-SAD, dont ceux de l'H@D. Soulever les obstacles, les problématiques partagées avec le corps médical et les problèmes techniques.
8 h	Rencontre de coordination du SAPA-SAD – 1ère rencontre	SAPA-SAD	ASI du SAPA-SAD	Faire le bilan des patients de l'H@D. Gérer les enjeux soulevés par les équipes et identifier ceux qui doivent être soumis à l'unité virtuelle.
8 h 30	Rencontre d'arrimage du SAPA-SAD et de l'unité virtuelle		ASI du SAPA-SAD Unité virtuelle Ouverte à l'ensemble des professionnels du CCOMTL ou à d'autres CI(U)SSS	Faire état de la santé des patients, répondre aux questions mutuelles, cibler les changements apportés sur leur prise en charge et faire les ajustements dans la planification des horaires de tournées au domicile.
10 h	Caucus Safety round	Coordonnatrice du C4, directrice ou DA de la DQTEVE-SV	Dirigeants de l'organisation : directions cliniques et corporatives (directeurs et DA), directrice médicale du C4, DQTEVE-SV, Commissaire aux plaintes, Communications, coordonnateur des mesures d'urgence et directeur administratif de la grappe *Optilab*	Soulever les enjeux de fluidité de l'H@D et de sécurité du CCOMTL.
11 h **15 h 15**	Caucus des soins virtuels	Coordinatrice du C4	Cheffe de services des soins virtuels, infirmières virtuelles en soins virtuels, pharmacien désigné, direction des services de réadaptation et des services multidisciplinaires (DRSM), directrice médicale du C4 et directrice adjointe de la DQTEVE-SV, ASI du SAPA-SAD	Rassembler l'ensemble des parties prenantes ayant participé aux divers caucus de l'H@D pour gérer l'ensemble des enjeux touchant le projet. Faire le point sur les patients, les bloqueurs, identifier les patients potentiels. Organiser la logistique autours des nouvelles admissions et des congés.
16 h	Rencontre de coordination du SAPA-SAD – 2e rencontre	SAPA-SAD	ASI du SAPA-SAD	Faire le bilan des patients de l'H@D. Gérer les enjeux cernés par les équipes et identifier ceux qui doivent être soumis à l'unité virtuelle.

Annexe 11 : Indicateurs clés de performance (ICP) de l'H@D

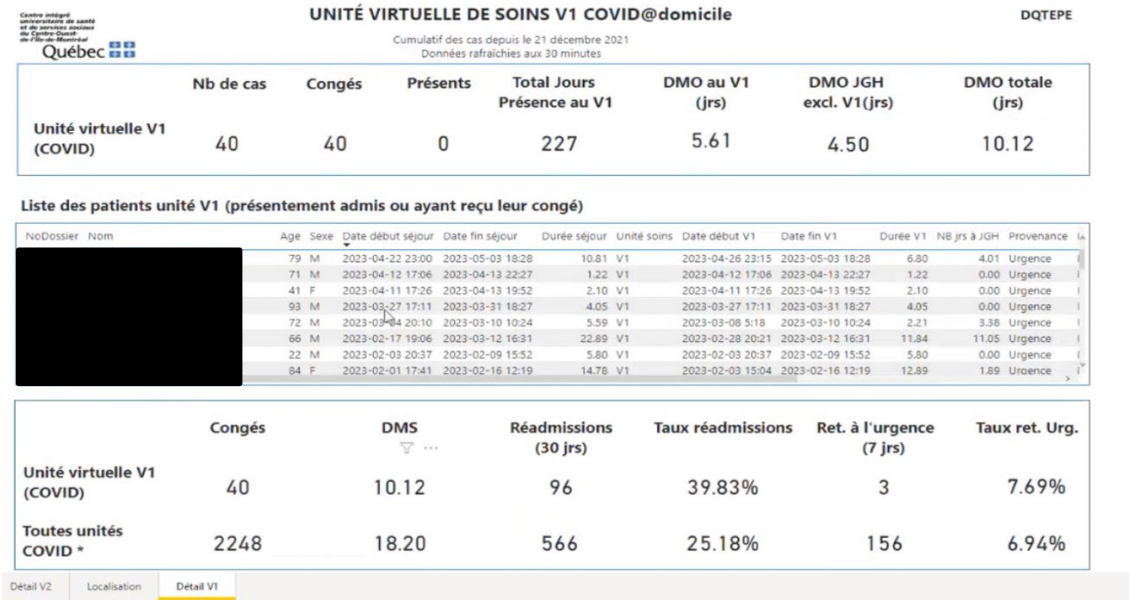
Mesure	Indicateur
Accessibilité	Durée moyenne d'occupation UV (jrs)
	Durée moyenne d'occupation HJG (jrs)
	Durée moyenne d'occupation Total (jrs)
	Durée moyenne sur civière (Hrs)
	Proportion des patients en soins virtuels
Qualité et sécurité	Taux de réadmission à l'hôpital dans les 30 jours (pour toute cause)
	Taux de retour à l'urgence dans les 7 jours
	Taux de retour à l'hôpital dans le même épisode
	Taux d'infections nosocomiales
	Taux de mortalité intrahospitalière
	Taux d'infections
	Taux de complications
Résultat de santé	État fonctionnel et/ ou état de santé déclaré par l'usager
Expérience usager et des proches aidants	Pourcentage des usagers qui recommanderaient les soins virtuels/soins à HGJ
	Taux de satisfaction globale
	Taux de préférence global pour les services en soins virtuels vs en personne
	Pourcentage des proches aidants déclarants hauts niveaux de fardeau
	Pourcentage des proches aidants qui recommanderaient les soins virtuels
Coût de soins	Taux de la main-d'œuvre utilisée en réassignation
	Coût moyen par épisode de soins
Efficacité	Ratio Infirmier HT / JP
	Percentage of Patient reported that care coordinator helped them get what they needed
	Pourcentage de patients déclarant qu'ils ne savaient pas exactement comment obtenir les soins dont ils avaient besoin
Équité dans les soins	Distribution des usagers sur le territoire

Note : Tiré de *Comment implanter une unité de soins virtuels?* Centre intégré universitaire de santé et services sociaux du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal (CCOMTL), 2023. Reproduit avec permission.

Annexe 12 : Tableaux de bord H@D suivis au C4

Données du 26 juin 2023

Tableau 1 : Unité virtuelle de soins V1 COVID@domicile



UNITÉ VIRTUELLE DE SOINS V1 COVID@domicile

DQTEPE

Cumulatif des cas depuis le 21 décembre 2021
Données rafraîchies aux 30 minutes

	Nb de cas	Congés	Présents	Total Jours Présence au V1	DMO au V1 (jrs)	DMO JGH excl. V1(jrs)	DMO totale (jrs)
Unité virtuelle V1 (COVID)	40	40	0	227	5.61	4.50	10.12

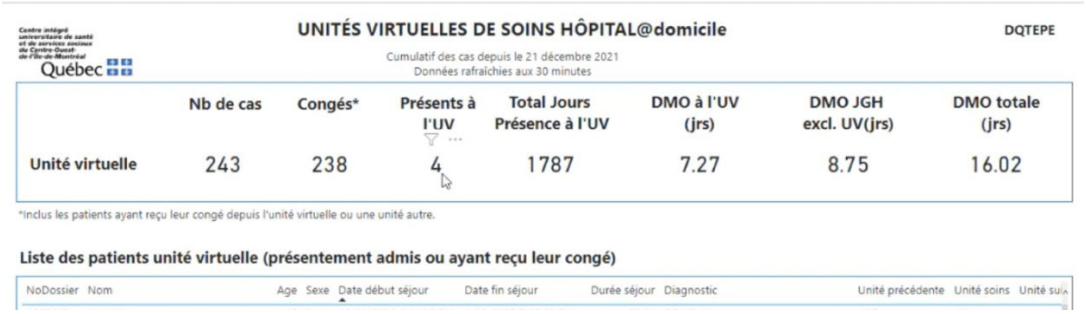
Liste des patients unité V1 (présentement admis ou ayant reçu leur congé)

NoDossier	Nom	Age	Sexe	Date début séjour	Date fin séjour	Durée séjour	Unité soins	Date début V1	Date fin V1	Durée V1	NB jrs à JGH	Provenance
[redacted]		79	M	2023-04-22 23:00	2023-05-03 18:28	10.81	V1	2023-04-26 23:15	2023-05-03 18:28	6.80	4.01	Urgence
		71	M	2023-04-12 17:06	2023-04-13 22:27	1.22	V1	2023-04-12 17:06	2023-04-13 22:27	1.22	0.00	Urgence
		41	F	2023-04-11 17:26	2023-04-13 19:52	2.10	V1	2023-04-11 17:26	2023-04-13 19:52	2.10	0.00	Urgence
		93	M	2023-03-27 17:11	2023-03-31 18:27	4.05	V1	2023-03-27 17:11	2023-03-31 18:27	4.05	0.00	Urgence
		72	M	2023-03-04 20:10	2023-03-10 10:24	5.59	V1	2023-03-08 5:18	2023-03-10 10:24	2.21	3.38	Urgence
		66	M	2023-02-17 19:06	2023-03-12 16:31	22.89	V1	2023-02-28 20:21	2023-03-12 16:31	11.84	11.05	Urgence
		22	M	2023-02-03 20:37	2023-02-09 15:52	5.80	V1	2023-02-03 20:37	2023-02-09 15:52	5.80	0.00	Urgence
		84	F	2023-02-01 17:41	2023-02-16 12:19	14.78	V1	2023-02-03 15:04	2023-02-16 12:19	12.89	1.89	Urgence

	Congés	DMS	Réadmissions (30 jrs)	Taux réadmissions	Ret. à l'urgence (7 jrs)	Taux ret. Urg.
Unité virtuelle V1 (COVID)	40	10.12	96	39.83%	3	7.69%
Toutes unités COVID *	2248	18.20	566	25.18%	156	6.94%

Détail V2 | Localisation | Détail V1

Tableau 2 : Unité virtuelle de soins V2 hôpital@domicile



UNITÉS VIRTUELLES DE SOINS HÔPITAL@domicile

DQTEPE

Cumulatif des cas depuis le 21 décembre 2021
Données rafraîchies aux 30 minutes

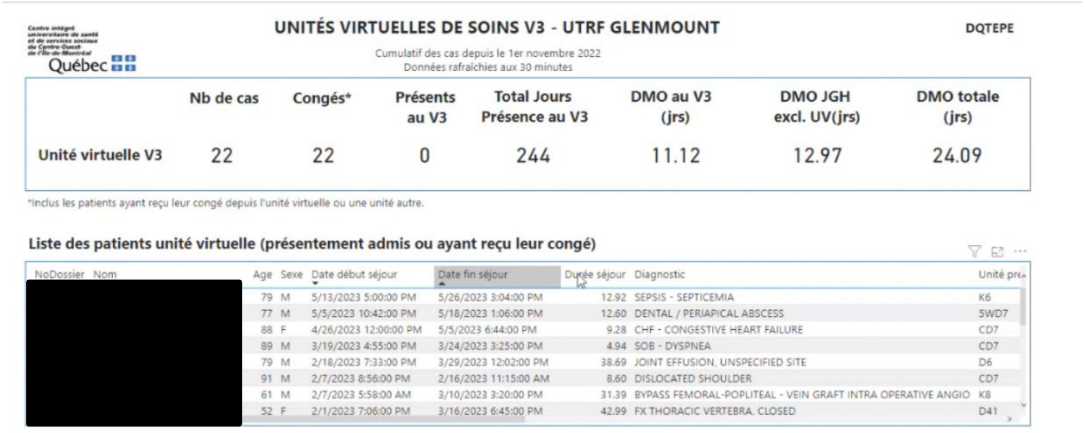
	Nb de cas	Congés*	Présents à l'UV	Total Jours Présence à l'UV	DMO à l'UV (jrs)	DMO JGH excl. UV(jrs)	DMO totale (jrs)
Unité virtuelle	243	238	4	1787	7.27	8.75	16.02

*Inclus les patients ayant reçu leur congé depuis l'unité virtuelle ou une unité autre.

Liste des patients unité virtuelle (présentement admis ou ayant reçu leur congé)

NoDossier	Nom	Age	Sexe	Date début séjour	Date fin séjour	Durée séjour	Diagnostic	Unité précédente	Unité soins	Unité sui

Tableau 3 : Unité virtuelle de soins V2 UTRF Glenmount



UNITÉS VIRTUELLES DE SOINS V3 - UTRF GLENMOUNT

DQTEPE

Cumulatif des cas depuis le 1er novembre 2022
Données rafraîchies aux 30 minutes

	Nb de cas	Congés*	Présents au V3	Total Jours Présence au V3	DMO au V3 (jrs)	DMO JGH excl. UV(jrs)	DMO totale (jrs)
Unité virtuelle V3	22	22	0	244	11.12	12.97	24.09

*Inclus les patients ayant reçu leur congé depuis l'unité virtuelle ou une unité autre.

Liste des patients unité virtuelle (présentement admis ou ayant reçu leur congé)

NoDossier	Nom	Age	Sexe	Date début séjour	Date fin séjour	Durée séjour	Diagnostic	Unité pré
[redacted]		79	M	5/13/2023 5:00:00 PM	5/26/2023 3:04:00 PM	12.92	SEPSIS - SEPTICEMIA	K6
		77	M	5/5/2023 10:42:00 PM	5/18/2023 1:06:00 PM	12.60	DENTAL / PERIAPICAL ABSCESS	5WD7
		88	F	4/26/2023 12:00:00 PM	5/5/2023 6:44:00 PM	9.28	CHF - CONGESTIVE HEART FAILURE	CD7
		89	M	3/19/2023 4:55:00 PM	3/24/2023 3:25:00 PM	4.94	SOB - DYSPNEA	CD7
		79	M	2/18/2023 7:33:00 PM	3/29/2023 12:02:00 PM	38.69	JOINT EFFUSION, UNSPECIFIED SITE	D6
		91	M	2/7/2023 8:56:00 PM	2/16/2023 11:15:00 AM	8.60	DISLOCATED SHOULDER	CD7
		61	M	2/7/2023 5:58:00 AM	3/10/2023 3:20:00 PM	31.39	BYPASS FEMORAL-POPLITEAL - VEIN GRAFT INTRA OPERATIVE ANGIO	K8
		52	F	2/1/2023 7:06:00 PM	3/16/2023 6:45:00 PM	42.99	FX THORACIC VERTEBRA, CLOSED	D41

Annexe 13 : Bénéfices de l'H@D

Les bénéfices du projet de l'H@D sont relevés par le personnel soignant et l'unité virtuelle au moyen de suivis avec les patients et leurs proches aidants ainsi que de sondages.

Bénéfices pour les patients

Meilleure qualité de vie pendant le traitement

- Aucun contact avec d'autres malades
- Absence de bruits hospitaliers
- Plus agréable de dormir dans son propre lit
- Habitudes alimentaires régulières
- Présence du cadre familial

Bienfaits sur la santé des patients

- Diminution des risques de déconditionnement : environnement qui favorise l'autonomie
- Diminution des risques de contracter une infection nosocomiale
- Aucune infection liée à l'H@D après huit mois d'opération
- Rémission plus rapide

Amélioration de l'accès aux soins et de leur qualité

- Disponibilité constante avec un contact 24 h sur 24
- Plus grande réactivité en situation d'urgence par Teams avec les infirmières virtuelles qu'avec la sonnette d'hôpital
- Libération de lits d'hôpital

Bénéfices pour l'établissement

Diminution des jours de présence
Diminution de la durée moyenne de séjour

- Augmentation de la capacité litière de l'hôpital
- Permet de compenser les retards accumulés en chirurgie
- Meilleur flux de patients

Diminution des coûts globaux

- Économie sur des services comme l'alimentation, la buanderie et l'entretien
- « C'est comme un deuxième hôpital, mais c'est moins cher que de construire un autre pavillon » : Dr Rosenberg

Plus grande efficience opérationnelle

- Diminution du personnel de soins requis par rapport à une hospitalisation régulière : 46 % moins de personnel hospitalier
- Utilisation optimale du personnel en retrait préventif
- Meilleure expérience pour les infirmières virtuelles en télétravail

Annexe 14 : Affiche de l'hospitalisation à domicile pour les patients

Annexe 15 : Fiche informative à l'intention du patient et de ses proches

Fiche-santé HGJ

Janvier 2023

Hôpital@Domicile

Hôpital général juif
Jewish General Hospital

Notre mission

Le CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal offre aux usagers éligibles la possibilité d'être suivis à domicile par son programme *Hôpital@Domicile* qui vise à offrir un accès à distance aux soins. Nous souhaitons ainsi réduire la propagation des infections hospitalières et vous permettre de reprendre des forces dans le confort de votre foyer avec le soutien d'une équipe médicale.

À quoi s'attendre?

Une équipe d'infirmières, d'infirmières praticiennes spécialisées et de médecins vous suivra depuis votre domicile, 24h/24 et 7j/7, pendant toute la durée de vos traitements, à l'aide d'appareils connectés (le cas échéant).

Une infirmière sera en contact avec vous plusieurs fois par jour pour évaluer votre état de santé, répondre à vos questions et vous aider si nécessaire.

Dans le cadre du programme *Hôpital@Domicile*, vous êtes considéré comme hospitalisé. Cela signifie que vous devez suivre les mêmes procédures et directives que tout autre patient hospitalisé. Le transport sera organisé pour tout test de diagnostic ou évaluation médicale en personne.

Membres de l'équipe

Infirmier(ère) de transfert : vous aide à effectuer la transition entre l'hôpital et votre domicile et vous donne un enseignement sur le programme et les appareils dont vous aurez besoin.

Infirmier(ère)s virtuel(le)s : vous surveillent 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, vous contactent tout au long de la journée pour surveiller votre état et sont votre point de contact pour toute question ou problème.

Médecins & Infirmières praticiennes spécialisées : vous surveillent, sont en contact avec vous si nécessaire. Ils apporteront tout ajustement nécessaire à votre plan de traitement. Ils sont toujours en contact avec les infirmières virtuelles.

Personnel en CLSC : peut se rendre chez vous pour certains médicaments, traitements ou analyses sanguines spécifiques, ou pour vous aider dans d'autres tâches. Le personnel sera toujours en contact avec les infirmières virtuelles.

Pharmacie de l'hôpital : participera au changement de vos médicaments et sera responsable de la livraison de ces médicaments à votre domicile.

Physiothérapeute/ergothérapeute : vous aidera à vous mobiliser, si nécessaire.

Travailleur social / nutritionniste : participera à votre plan de traitement, si nécessaire.

Votre journée à l'*Hôpital@Domicile*

Matin

- Appel matinal de l'infirmière de nuit et des équipes multidisciplinaires, avec le médecin et les infirmières.

Après-midi - Avec votre infirmière

- Appel téléphonique en après-midi.
- Appel vidéo à l'heure du souper.
- Appel téléphonique avant le coucher.

Précautions pendant votre traitement

- Si vous avez besoin d'un dispositif Biobeat ou Masimo, il doit être porté en permanence. Si vous devez l'enlever, contactez votre infirmière.
- Ne prenez pas de douche ou de bain lorsque vous portez le dispositif. Contactez l'infirmière pour planifier le retrait du dispositif en tenant compte de l'heure de votre bain.
- Soyez disponible plusieurs fois par jour pour des appels avec votre équipe soignante. Si vous devez quitter la maison (comme le permet une ordonnance médicale en fonction de votre état), il est nécessaire d'en informer l'équipe infirmière afin qu'elle puisse interpréter tout changement de vos signes vitaux dans ce contexte.

Que se passera-t-il à la fin de votre traitement?

- Lorsque votre état s'est stabilisé et que vous n'avez plus besoin d'être admis dans le programme *Hôpital@Domicile*, le médecin ou l'infirmière praticienne organisera votre sortie avec l'infirmière virtuelle.
- Tout l'équipement et le matériel fournis par le programme doivent être retournés à l'hôpital. Des dispositions seront prises par l'agent administratif.
- Vous recevrez des instructions de votre équipe soignante avant votre sortie.

Matériel

- Téléphone portable comprenant l'application *Microsoft Teams*
- Appareil Biobeat ou Masimo
- Appareil de mesure de la pression sanguine
- Oxymètre de pouls
- Balance, si nécessaire
- Tablette d'ordinateur Microsoft Surface, si nécessaire
- Concentrateur d'oxygène et réservoir, si nécessaire

Information

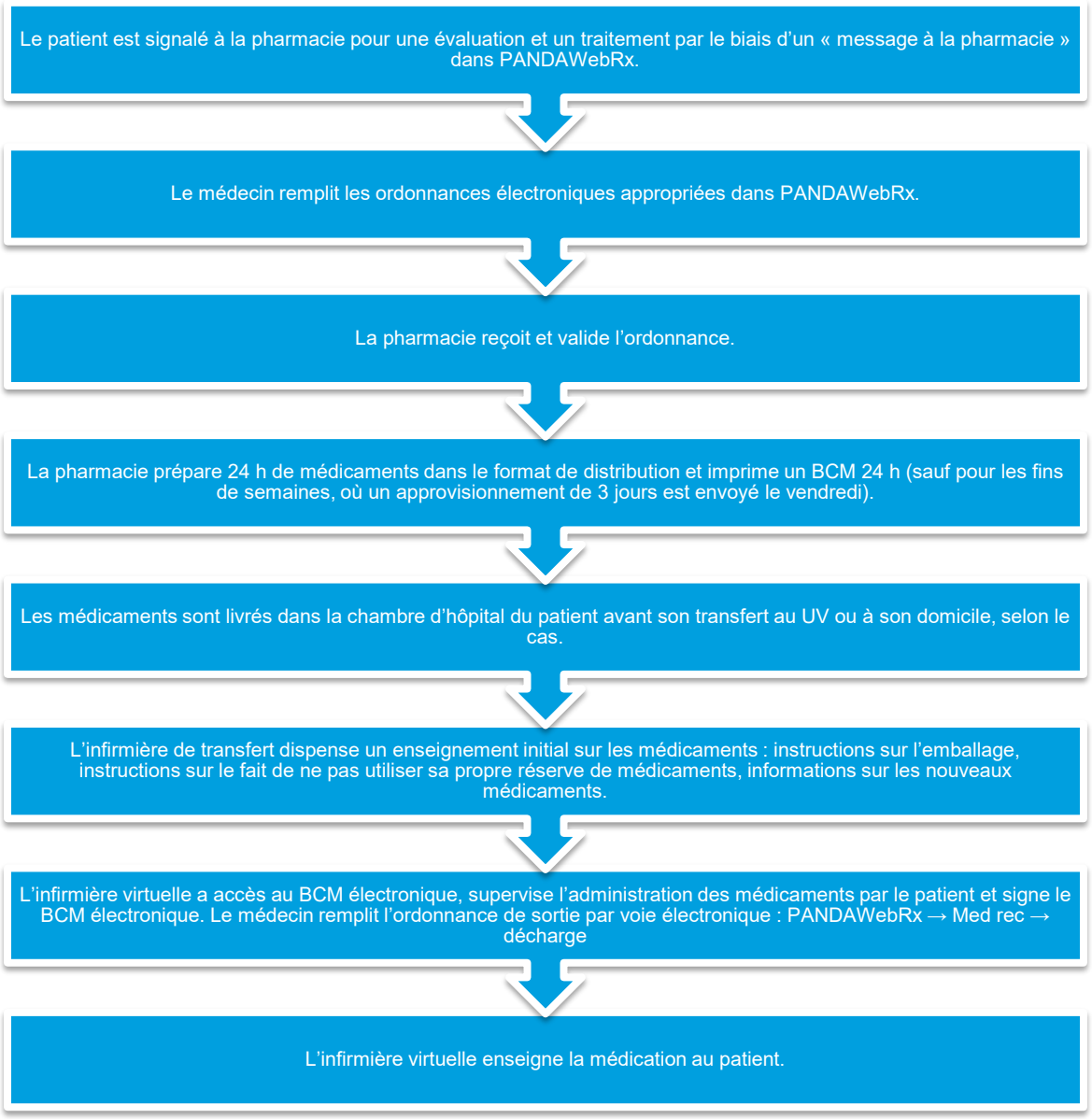
Pour contacter l'infirmière
24 heures sur 24, 7 jours sur 7 : 438-797-8222

Si vous avez des questions, contactez l'infirmière virtuelle.

Hôpital général juif
3755 Côte-Sainte-Catherine
Montreal, Quebec, H3T 1E2
514-340-8222

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal
Québec

Annexe 16 : Processus de médication pour l'unité virtuelle



Note : Adapté de *Offre de service – unité de soins virtuels* Centre intégré universitaire de santé et services sociaux du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal (CCOMTL), 2022. Adapté avec permission.

Annexe 17 : Liste non-exhaustive des diagnostics pouvant être admis à l'H@D et des services offerts

COMMON DIAGNOSES

Cardiology
- CHF - diuresis/ GDMT
- MI – post acute phase
- Bridging for anticoagulation
- Endocarditis
- Post Cardiac Surgeries
- Pre-op cardiac surgery
- Pre-ablation
- MRI/PET/MIBI pending

Respiratory
- Pneumonia
- COPD
- ILD flare
- Pending in-patient rehab
- COVID-19

ENT
- Dobhoff/PEG feedings NEW
- Tongue resection
- Thyroidectomy
- Wound infection

Internal Medicine
- Virtual Ward Closed Unit with weekly MD rotation

Oncology
- Neutropenia
- BiTES NEW
- Autologous stem cell transplant for multiple myeloma NEW
- Fever
- Chemotherapy
- Cancer workup
  - Pending biopsy
  - Pending treatment decision

Thrombosis
- Pulmonary Embolism

Infectious Disease
- Cellulitis
- Wound Infection
- Bacteremia
- Viral Hepatitis
- Transition to OPAT

GI/General Surgery/Colorectal
- Diverticulitis
- Bowel Obstruction
- Pancreatitis
- Appendicitis
- Cholelithiasis
- Cholecystitis
- Stable GI bleed post scope

Renal and Urinary
- Resolving Acute Kidney Injury
- UTI / Urosepsis
- Electrolyte Imbalances

Palliative
- Pain management
- Transition support to home during end-of-life care

ED
- Admission to H@H under ED, 48-72 hours

Can't find a diagnosis you need?
Let us know, and we'll co-develop it!

SERVICE OFFERINGS

Home Services
- Wound care
- Vital sign monitoring
- Regular Labs (max BID)
- Home oxygen therapy (max 3L/min)
- Feedings via Dobhoff/PEG
- IV fluids (40 ml/hour max)

Thank you to some of our collaborators !
- Dr Harvey Chang
- Dr Alex Guttman
- NP Christina Ziccardi
- Dr Rayan Kaedbey
- Dr Marco Mascarella
- Dr Vicky Tagalakis
- Dr Maral Koolian
- Dr Carmela Pepe
- Dr Matthew Ades
- Dr Lindsey Gerstein

Medication
- Daily medication deliveries (PRNs supplied)
- Insulin (fixed dose or sliding scale)
- Steroids (example: Methylprednisolone)
- IV Antibiotics, examples:
  - Ampicillin
  - Cefazoline
  - Daptomycin
  - Pip-Tazo
  - Remdesivir
  - Ampho-B
  - Azithromycin
  - Ceftriaxone
  - Ertapenem
  - Meropenem