

L'hospitalisation à domicile: une avenue intéressante et sécuritaire pour nos soins de santé?

Une revue de littérature par Amélia Lamontagne,
Jesse D'Eramo et Laura Blais

CUMF de Verdun

2 juin 2023



Objectifs

1. Dresser un bref portrait des soins à domicile au CLSC de Verdun
2. Présenter notre revue de littérature sur les soins à domicile offerts partout dans le monde
3. Discuter de l'avenue des soins à domicile au Québec

Saviez-vous que...

- Selon les enquêtes du *Commonwealth Fund*, le Canada est le **pays où les délais d'attente à l'urgence sont les plus longs** ¹.
- Les patients qui ont été vus à l'urgence lors d'une période d'encombrement et qui retournent à domicile ont **2x plus de risques d'hospitalisation et de mortalité à court terme** ^{2,3}.



[1] : Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE) (2014). Perceptions et expériences de soins de la population : le Québec comparé – Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2013. Gouvernement du Québec. https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2013/CWF/CSBE_Rapport_Commonwealth_Fund_2013.pdf

[2] : Guttman, A. et al. (2011). Association between waiting times and short term mortality and hospital admission after departure from emergency department: population based cohort study from Ontario, Canada. *BMJ*, 342, p. d2983. doi: 10.1136/bmj.d2983

[3] : Woodworth, L. (2019). Swamped: Emergency department crowding and patient's mortality. *Journal of health economics* 70. 28 décembre 2019.

L'accès à la première ligne

- 6 patients sur 10 se présentant à l'urgence :
 - ◆ Niveaux de priorité P4-P5¹
- 13% des patients ont visité l'urgence > 3 fois dans la même année (2016)
- **Enquête du Commonwealth Fund² :**
 - ◆ 44% des répondants ont avoué s'être présentés à l'urgence pour des problèmes de santé pouvant être traités par leur médecin de famille
- Problème : **manque d'accès & de prise en charge par la 1^{ère} ligne**
 - ◆ Horaire de rendez-vous des MD de famille : cas urgents/semi-urgents
 - ◆ 600 000 Québécois à la recherche d'un **MD de famille**

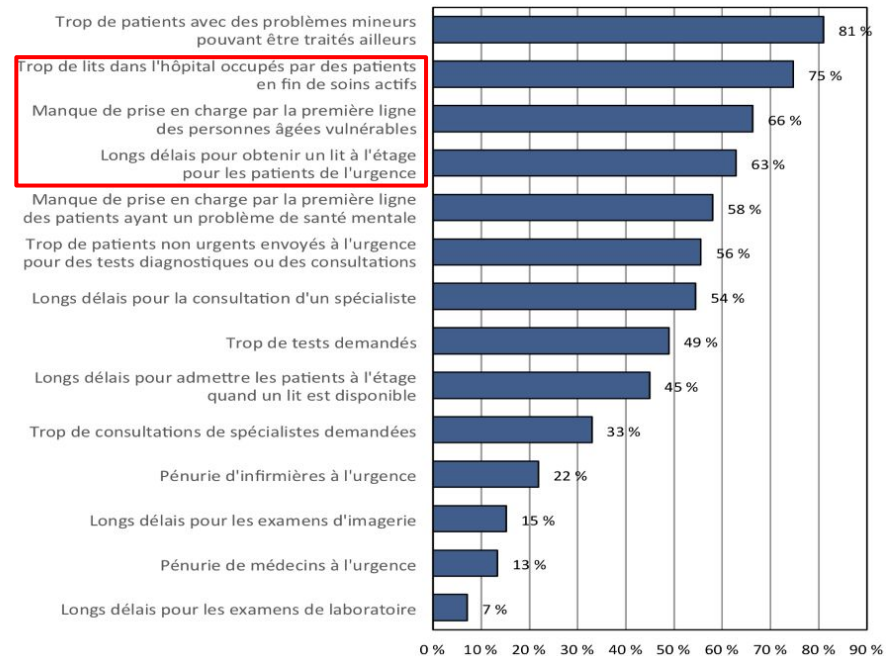
[1] : Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE) . (2016). *Apprendre des meilleurs: Étude comparative des urgences au Québec*. Gouvernement du Québec. https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2016/Urgences/CSBE_Rapport_Urgences_2016.pdf

[2] : Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE) (2016). *Perceptions et expériences des médecins de première ligne: le Québec comparé – Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2015*, Québec, Gouvernement du Québec, 22 p.

Et pour les personnes vulnérables?

- Les urgences elles-mêmes affirment que... :
 - ◆ **66%** : manque de prise en charge des **personnes âgées vulnérables**
- Manque de disponibilité de plusieurs services pour les personnes âgées :
 - ◆ Soutien à domicile
 - ◆ Réadaptation
 - ◆ Hébergement
- Problématique à 2 niveaux :
 1. Lits d'hôpitaux occupés par ces patients --> **engorgement des urgences**
 2. Pas d'accès aux MD de famille --> visite à l'urgence --> **engorgement des urgences**

FIGURE 12.
PROPORTION DES URGENCES QUI INDIQUENT QUE CERTAINS ÉVÉNEMENTS
SONT TRÈS OU ASSEZ FRÉQUENTS



[1] : Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE) . (2016). *Apprendre des meilleurs: Étude comparative des urgences au Québec*. Gouvernement du Québec.

https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2016/Urgences/CSBE_Rapport_Urgences_2016.pdf



Une solution Verdunoise: le SAD aigu

* **Rappel: majorité des P4 et P5 pourraient être vus par MD de famille**

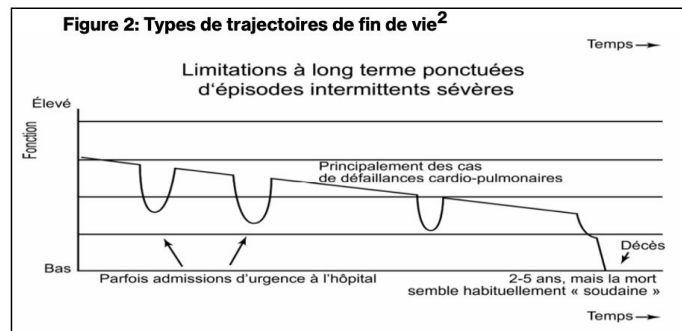
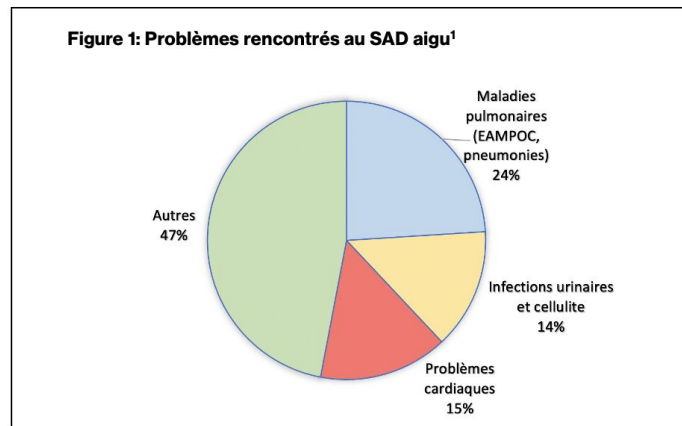
- Évaluation et traitement de **décompensations aiguës**
- Pierre angulaire = **Infirmière clinicienne de garde** avec un *caseload* de **0 patients**
- **Même** standard de soins qu'à l'hôpital
- Corridor de service d'imagerie: RX simple et doppler MI
- Déroulement:
 - ◆ Appel d'un GMF: patient décompensé mais ne peut se déplacer
 - ◆ Analyse de la demande par le guichet d'accès SAD (infirmière ASI)
 - ◆ Prise en charge par l'infirmière de SAD aigu qui confirme visite
 - ◆ Évaluation par infirmière -> appel ou visite du MD au besoin pour prescription
 - ◆ Retour du patient au GMF avec feuille sommaire

Bilan – 2017

- **63%** de visites à l'urgence évitées¹
- 380 clients – suivis en moyenne 3 jours
- Économie estimée de **563 267\$**¹
- Réduction risque déconditionnement, délirium et infections nosocomiales
- Bonus:
 - ◆ Permet intégration d'UCFI (unités cliniques de formation interprofessionnelle)
 - ◆ Permet d'attraper des patients orphelins
 - ◆ Permet d'intégrer les **soins palliatifs** plus tôt

Les CLSC sont déjà un modèle de coopération interprofessionnelle!

- Pas besoin d'inventer une nouvelle structure ou de la modifier, il faut juste rajouter un aspect "intensif"
- D'autant plus important considérant le vieillissement de la population!



[1] : Dechene, G. (2019, 8-10 mai). Les soins palliatifs, un phare pour la vie [communication orale]. 29^e congrès annuel AQSP, Montréal. https://www.aqsp.org/wp-content/uploads/2019/05/DECH%C3%A8NE-Genevi%C3%A8ve_classe-de-ma%C3%AFtre.pdf

[2] : INSPQ. (Mars 2006). Soins palliatifs de fin de vie au Québec : définition et mesure d'indicateurs. Consulté en ligne le 11-11-2020. <https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/472-SoinsPalliatifsQuebec.pdf>

Est-ce que les hospitalisations à domicile chez une population adulte vulnérable réduisent les admissions à l'hôpital, la mortalité, les visites à l'urgence et les coûts comparativement aux hospitalisations conventionnelles?

Critères de sélection des articles

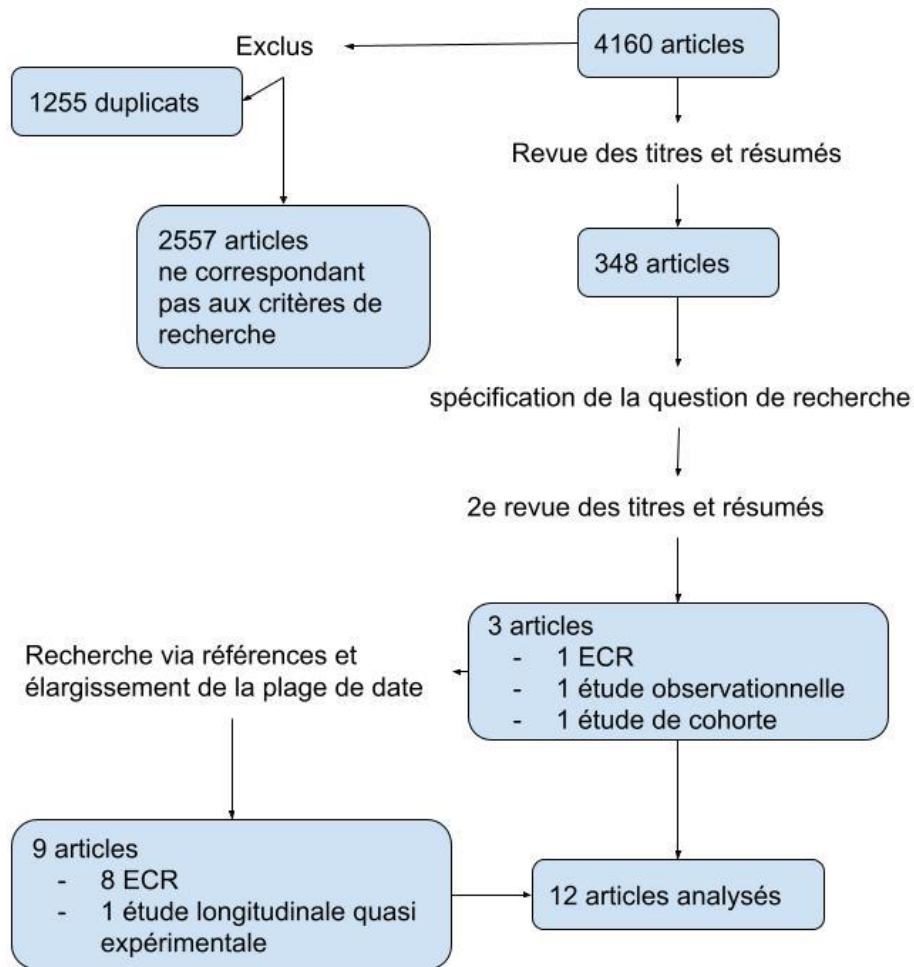
PICO

- **Population** : adultes de 18 ans ou plus en perte d'autonomie/atteints d'une maladie chronique
- **Intervention** : hospitalisation au domicile du patient
- **Comparaison** : hospitalisation conventionnelle
- **Issues**
 - primaire : **réadmission**
 - secondaires : mortalité, visites à l'urgence, coûts

Exclusion

- populations pédiatriques ou psychiatriques
- études strictement qualitatives
- milieux de soins de longue durée (CHSLD ou équivalent)
- interventions à domicile non aiguës
- études qui ne mesuraient pas les réadmissions à l'hôpital

Sélection des articles



Article	Type d'étude	Participants	Intervention	Issues mesurées
Davies (2000)	ECR	150	HaD pour EAMPOC	Réadmission à 3 mois Mortalité à 3 mois
Federman (2018)	Cohorte	507	HaD pour conditions aiguës variables	Réadmission à 30 jours Visites à l'urgence à 30 jours
Harris (2005)	ECR	285	HAD pour conditions aiguës variables	Réadmission à 90 jours
Ince (2014)	ECR	84	HaD pour pancréatite aiguë	Réadmission à 30 jours
Kaymaz (2021)	Observationnelle avant-après	206	HaD pour EAMPOC	Réadmission à 1 an Visites à l'urgence à 1 an
Levine (2020)	ECR	91	HaD pour conditions aiguës variables	Réadmission à 30 jours Visites à l'urgence à 30 jours

Mendoza (2009)	ECR	71	HaD pour insuffisance cardiaque décompensée	Mortalité à 1 an Réadmission à 1 an Coûts
Miquel (2018)	Étude longitudinale quasi-expérimentale	171	HaD pour conditions aiguës variables	Réadmission à 30 jours Mortalité à 30 jours
Ricauda (2004)	ECR	120	HaD pour AVC aigu	Mortalité à 6 mois Réadmission
Ricauda (2008)	ECR	104	HaD pour EAMPOC	Mortalité à 6 mois Réadmission à 6 mois
Shepperd (2022)	ECR	1055	HAD pour conditions aiguës variables	Réadmission à 1-6 mois Mortalité à 6-12 mois
Tibaldi (2009)	ECR	101	HaD pour insuffisance cardiaque décompensée	Réadmission à 6 mois Mortalité à 6 mois

Articles analysés (suite)

RÉSULTATS

- Réadmissions: l'HaD supérieure 11/12
- Mortalité: pas de différence statistiquement significative (non infériorité)
- Visites à l'urgence: l'HaD supérieure 3/3
- Coûts: l'HaD supérieure 2/3





<u>Articles</u>	<u>Réadmissions</u>		<u>Mortalité</u>		<u>Visites à l'urgence</u>		<u>Coûts</u>	
	HaD	Hôpital	HaD	Hôpital	HaD	Hôpital	HaD	Hôpital
Davies (2000)	-37%	-34%	9%	8%	X		X	
Federman (2018)	8.6%	15.6%	X		OR 0.39		X	
Harris (2005)	30.8%	23.2%	X		X		6524\$NZ	3525\$NZ
Ince (2014)	2.4%	4.8%	X		X		X	
Kaymaz (2021)	37.9%	58.3%	X		70.4%	90.3%	X	
Levine (2020)	7%	23%	X		7%	13%	-19%	

<u>Articles</u>	<u>Réadmissions</u>		<u>Mortalité</u>		<u>Visites à l'urgence</u>		<u>Coûts</u>	
	HaD	Hôpital	HaD	Hôpital	HaD	Hôpital	HaD	Hôpital
Mendoza (2009)	40.5%	50%	5.4%	8.8%	X		2541\$	4502\$
Miquel (2018)	OR 0.83		OR 0.51		X		X	
Ricauda (2004)	5%	26.7%	35%	40%	X		X	
Ricauda (2008)	42%	87%	9%	12%	X		X	
Shepperd (2022)	RR 1.32		RR 0.98		X		X	
	RR 0.95		RR 1.14					
Tibaldi (2009)	17%	34%	15%	15%	X		X	

Discussion – interprétation de nos résultats

Légende

 : favorise le groupe contrôle (hospitalisation conventionnelle) de façon statistiquement significative

 : favorise le groupe intervention (hospitalisation à domicile) de façon statistiquement significative

 : aucune différence statistiquement significative entre les 2 groupes

Réadmissions

- peu de données qui sont statistiquement significatives
- articles démontrant une supériorité significative de l'HaD ont des biais importants

Mortalité

- unanimité sur la non-infériorité de l'HaD est nécessaire afin d'implanter des programmes de soins aigus à domicile

Visites à l'urgence

- unanimité sur la supériorité de l'HaD mais trop peu de données dans notre revue

Coûts

- données trop hétérogènes pour se prononcer, une revue dédiée serait nécessaire

Limites

- ✘ Plusieurs articles plutôt vieux
- ✘ Certains ont une méthodologie statistique douteuse
- ✘ Peu de diversité dans les pathologies étudiées (beaucoup EAMPOC, insuffisance cardiaque)
- ✘ Pas d'étude faite dans le système de santé canadien ou québécois - limitant la validité externe

Conclusion



Difficile de nous prononcer de façon catégorique sur l'effet de l'HaD sur les réadmissions



Probable réduction des coûts et des visites à l'urgence mais plus d'études sont nécessaires pour se positionner



Non-infériorité de la mortalité

**Prochaine étape: ECR sur le SAD
aigu de Verdun?**

Merci!

QUESTIONS/COMMENTAIRES?

Bibliographie

Leong MQ, Lim CW, Lai YF. Comparison of Hospital-at-Home models: a systematic review of reviews. *BMJ Open* 2021;11:e043285. doi:10.1136/bmjopen-2020-043285

Pritchard C, Ness A, Symonds N, Siarkowski M, Broadfoot M, McBrien KA, Lang E, Holroyd-Leduc J, Ronksley PE. Effectiveness of hospital avoidance interventions among elderly patients: A systematic review. *CJEM*. 2020 Jul;22(4):504-513. doi: 10.1017/cem.2020.4. PMID: 32216860.

Qaddoura A, Yazdan-Ashoori P, Kabali C, Thabane L, Haynes RB, Connolly SJ, et al. Efficacy of hospital at home in patients with heart failure: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2015;10(6):e0129282. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0129282>

Davies L, Wilkinson M, Bonner S, Calverley PM, Angus RM. "Hospital at home" versus hospital care in patients with exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease: prospective randomised controlled trial. *BMJ*. 2000 Nov 18;321(7271):1265-8. doi: 10.1136/bmj.321.7271.1265. PMID: 11082090; PMCID: PMC27532.

Federman AD, Soones T, DeCherrie LV, Leff B, Siu AL. Association of a Bundled Hospital-at-Home and 30-Day Postacute Transitional Care Program With Clinical Outcomes and Patient Experiences. *JAMA Intern Med*. 2018 Aug 1;178(8):1033-1040. doi: 10.1001/jamainternmed.2018.2562. PMID: 29946693; PMCID: PMC6143103.

Harris, Roger, Toni Ashton, Joanna Broad, Gary Connolly, and David Richmond. "The Effectiveness, Acceptability and Costs of a Hospital-at-Home Service Compared with Acute Hospital Care: A Randomized Controlled Trial." *Journal of Health Services Research & Policy* 10, no. 3 (2005): 158–66. <http://www.jstor.org/stable/26750183>.

İnce, Ali Tüzün, Hakan Senturk, Vikesh K. Singh, Kemal Yildiz, Ahmet Danalioğlu, Ahmet Çınar, Ömer Uysal, Orhan Kocaman, Birol Baysal, and Ahmet Gürakar. "A Randomized Controlled Trial of Home Monitoring versus Hospitalization for Mild Non-Alcoholic Acute Interstitial Pancreatitis: A Pilot Study." *Pancreatology* 14, no. 3 (May 1, 2014): 174–78. <https://doi.org/10.1016/j.pan.2014.02.007>.

Kaymaz, Dicle, İpek Candemir, Pınar Ergün, and Pervin Demir. "Hospital-at-home for Chronic Obstructive Pulmonary Disease Exacerbation: Will It Be an Effective Readmission Avoidance Model?" *The Clinical Respiratory Journal* 15, no. 7 (July 2021): 716–20. <https://doi.org/10.1111/crj.13348>.

Levine, David M., Kei Ouchi, Bonnie Blanchfield, Agustina Saenz, Kimberly Burke, Mary Paz, Keren Diamond, Charles T. Pu, et Jeffrey L. Schnipper. « Hospital-Level Care at Home for Acutely Ill Adults: A Randomized Controlled Trial ». *Annals of Internal Medicine* 172, n° 2 (21 janvier 2020): 77. <https://doi.org/10.7326/M19-0600>.

Mendoza, Humberto, María Jesús Martín, Angel García, Fernando Arós, Felipe Aizpuru, José Regalado De Los Cobos, María Concepción Belló, Pedro Lopetegui, et Juan Miguel Cia. « 'Hospital at Home' Care Model as an Effective Alternative in the Management of Decompensated Chronic Heart Failure ». *European Journal of Heart Failure* 11, n° 12 (décembre 2009): 1208-13. <https://doi.org/10.1093/eurjhf/hfp143>.

Mas, Miquel À., Sebastià J. Santaeugènia, Francisco J. Tarazona-Santabalbina, Sara Gámez, and Marco Inzitari. "Effectiveness of a Hospital-at-Home Integrated Care Program as Alternative Resource for Medical Crises Care in Older Adults With Complex Chronic Conditions." *Journal of the American Medical Directors Association, Quality in Post-Acute and Long-term Care*, 19, no. 10 (October 1, 2018): 860–63. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2018.06.013>

Aimonino Ricauda N, Tibaldi V, Leff B et al. Substitutive 'hospital at home' versus inpatient care for elderly patients with exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease: a prospective randomized, controlled trial. *J Am Geriatr Soc* 2008; 56: 493–500.

Ricauda, N.A., Bo, M., Molaschi, M., Massaia, M., Salerno, D., Amati, D., Tibaldi, V. and Fabris, F. (2004), Home Hospitalization Service for Acute Uncomplicated First Ischemic Stroke in Elderly Patients: A Randomized Trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52: 278-283. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2004.52069.x>

Shepperd, Sasha, Andrea Craddock-Bamford, Christopher Butler, Graham Ellis, Mary Godfrey, Alastair Gray, Anthony Hemsley, et al. "Hospital at Home Admission Avoidance with Comprehensive Geriatric Assessment to Maintain Living at Home for People Aged 65 Years and over: A RCT." *Health and Social Care Delivery Research* 10, no. 2 (January 31, 2022): 1–124. <https://doi.org/10.3310/HTAF1569>

Tibaldi V, Isaia G, Scarafioti C et al. Hospital-at-home for elderly patients with acute decompensation of chronic heart failure: a prospective randomized controlled trial. *Arch Intern Med* 2009; 169: 1569–75.

Girard-Bossé, Alice. "Hôpital général juif: Le service d'hospitalisation à domicile ne cesse de grandir." *La Presse*, March 29, 2023, sec. Santé. <https://www.lapresse.ca/actualites/sante/2023-03-29/hopital-general-juif/le-service-d-hospitalisation-a-domicile-ne-cesse-de-grandir.ph> p.