

L'Hospitalisation A Domicile :
vers une production de soins hospitaliers
au cœur de la ville

Eric Garcia, *Maître de conférence associé, Université Lyon 3, GRAPHOS*

IUP SANTÉ / GRAPHOS

18 rue Chevreul

69007 Lyon

Tél : 04 72 72 45 81

Fax : 04 78 58 76 44

Résumé

L'objet de ce papier est de montrer en quoi l'hospitalisation à domicile, après avoir résolu les problèmes spécifiques à son fonctionnement, se positionne aujourd'hui comme une forme nouvelle d'organisation à la disposition du système de santé. Elle propose un transfert de la production de soins en un lieu prédéfini, l'Hôpital, vers une production de soins hospitaliers au plus près du patient , au cœur même de la ville, le domicile.

Mots Clés

Hospitalisation à domicile, production de soins, coopération, organisation, système d'information, processus, évaluation, satisfaction des besoins des patients.

Introduction

En cette fin de 20ème Siècle, Les bouleversements, sociaux, économiques et technologiques modifient le contexte mondial. A l'image de notre société, en recul au 13ème rang mondial, le système de santé français évolue et doit aujourd'hui faire face à diverses contraintes :

- la crise financière du système de soins,
- l'évolution des technologies,
- l'évolution des pathologies, avec notamment la part croissante qu'occupent les maladies chroniques,
- l'apparition de nouvelles pratiques de gestion de l'administration, avec la mise en place des schémas d'organisation sanitaire, visant à planifier et harmoniser l'offre de soins hospitalière par des méthodes contractuelles.
- le ralentissement souhaité des dépenses de santé au nom de la santé publique.

La maîtrise de l'évolution des dépenses passe par une analyse autocritique du fonctionnement même de l'institution " santé ». La réorganisation s'impose : mise en place de filières de soins, intégration de la médecine de ville dans la chaîne de soins, utilisation du dossier médical, signature des décrets nécessaires à la mise en place du codage des actes médicaux.

Le défi aujourd'hui proposé au système de santé est donc d'évoluer de la conception d'une production de soins à l'hôpital vers une production de soins hospitaliers au cœur de la ville, c'est à dire potentiellement au domicile de tout un chacun.

Cette évolution ne peut toutefois pas simplement se réduire à une simple question économique. Nous allons maintenant retracer les conditions dans lesquelles ont émergé les réseaux de soins.

De l'hôpital de la charité à l'hôpital sans mur.

L'hôpital s'est construit sur l'héritage de la charité et sur la tradition médicale. La juxtaposition de ces deux modèles persiste encore aujourd'hui dans le système actuel.

L'évolution récente de ces 50 dernières années a vu un accroissement très fort de son rôle en temps que pôle technologique, centré sur lui-même, au service d'une logique médicale professionnelle corporatiste qui a construit son unité autour du monopole de l'art de soigner complété par le caractère autonome et libéral de son exercice.

Mais, face à la crise économique, l'hôpital répond de nouveau à sa vocation d'hébergement en cas de dépendance, ne se dérochant pas aux besoins de santé et d'assistance exprimés par la population. Cette **médicalisation des problèmes sociaux**, phénomène que l'on trouve en période de crise a pour effet une demande plus forte de prise en charge légère et de soutien¹.

Autre facteur de l'ouverture de l'hôpital, les traits de **l'utilisateur du système de santé** de demain commencent à se dessiner. Désireux de prendre en charge la continuité de son traitement, inséré socialement, même malade, il peut, avec le secours d'associations d'utilisateurs, influencer sur les arbitrages publics et professionnels qui le concernent directement, voire accélérer des processus de recherche. Une étude prospective de l'évolution des besoins des patients fait

¹ N. Brun. " Que demande l'utilisateur ? " Journal d'économie Médicale. 1994 N°5 p315

apparaître la nécessité de coordonner les différents intervenants du système sanitaire et d'ouvrir celui-ci sur le système social².

Accompagnant pleinement l'évolution des attentes des patients, **le législateur** par l'intermédiaire de la loi hospitalière du 31 juillet 1991 prévoit la présence de représentants des usagers dans les comités régionaux de l'organisation sanitaire et sociale, montrant que l'avenir de l'hôpital est au moins autant l'affaire des usagers que celle des professionnels³.

Dans la cité, l'hôpital représente le lieu de formation médicale, le reflet de l'engagement social de la population, un signe d'urbanité, de modernisation. Il est tout à la fois machine à guérir, employeur, et consommateur, symbole d'une identité communautaire, gage d'un équilibre social.

Ainsi malgré les remises en cause revenant régulièrement au cours de son histoire et en dépit des reproches qui lui étaient faits, au plan financier, au plan sanitaire vis à vis des infections ou au plan moral, l'hôpital s'est développé.

L'hôpital adjoint à sa fonction de refuge social, un rôle de producteur de soins impossibles à dispenser ailleurs, de par son équipement en moyens techniques très sophistiqués. Il possède une expertise technique spécifique dans de nombreux domaines, soit que les patients nécessitent une surveillance importante ou des soins répétés, soit qu'ils aient besoin de matériel ou de structures lourdes.

L'évolution très rapide **des techniques** et l'accroissement de la technicité des soins ont entraîné l'atomisation de la médecine en spécialités qui se traduit par une augmentation du nombre des métiers du secteur sanitaire et social à l'hôpital. Cet éclatement des métiers augmente par contrecoup les efforts nécessaires de mise en cohérence des points de vue et nécessite que les prises en charge soient l'objet de coopérations toujours plus étroites entre les différents intervenants intra ou inter structures.

Dernier facteur d'ouverture du système hospitalier, la **prévalence des maladies chroniques** par l'alternance des périodes d'hospitalisation et de retour à domicile a transformé l'épisode hospitalier en un épisode aigu qui s'insère la plupart du temps dans une histoire. Cet épisode particulier ne peut se gérer au mieux qu'avec la connaissance du passé comme il devra, en retour, être pris en compte pour la prise en charge du futur. Il en résulte pour les pathologies chroniques, que l'hôpital ne peut plus être au centre de la prise en charge⁴. il n'est qu'un maillon dans la chaîne des intervenants. Ceci est particulièrement vrai, par exemple, pour les diabétiques, les insuffisants respiratoires chroniques, les malades atteints du SIDA ou d'un cancer et, de façon générale, pour les personnes âgées.

La notion de **prise en charge** s'est donc élargie et les soignants, à l'intérieur et à l'extérieur de l'hôpital se doivent de concevoir d'emblée ces prises en charge globales, en coordonnant leurs interventions dans l'espace et dans le temps comme le stipulent les termes de la Circulaire 21 du 3 juin 1993 de la Direction des Hôpitaux souhaitant que soit constitué autour de l'usager un véritable « *réseau gradué et coordonné de divers hôpitaux, cliniques et professionnels de santé implantés sur une zone sanitaire, afin de doter chacun de missions non plus concurrentes mais complémentaires* ». En revanche, la construction de réseaux ne pourra aboutir que si la barrière entre le médical et le social s'efface, et que les « murs » devenus inutiles tombent⁵.

² Dr F Peigné. " Notre système hospitalier et son avenir " . ENSP 1991.

³ R Soubie. " Santé 2010 " . p28

⁴ M Bremond. " Evaluer l'Hôpital : une question pertinente ? " . Lettre d'Image N°6 juin 1993.

⁵ Entretiens J Cartier 1997

La constitution de ces complémentarités passe par une nouvelle organisation. Ces ajustements nécessaires entre les différents acteurs sont complexes et difficiles à réaliser, obligeant l'hôpital à s'ouvrir vers l'extérieur, notamment en direction de l'hospitalisation à domicile, structure réseau, objet de notre présent propos.

L'émergence de la notion d'alternative à l'hospitalisation⁶

En 1947, l'idée du Home Care est émise par le Professeur Bluestone, précurseur de l'hospitalisation à domicile.

L'année 1956 marque la naissance du système français d'hospitalisation à domicile, et 1961, la création des deux premiers services d'hospitalisation à domicile de l'Assistance Publique d'une part, et de Santé Service à Puteaux d'autre part, grâce à des conventions passées avec la Caisse Régionale de Sécurité Sociale de Paris.

L'année 1970 marque l'officialisation de l'hospitalisation à domicile publique par la loi hospitalière qui lui donne une existence légale. Sans que l'hospitalisation à domicile soit explicitement mentionnée, il est simplement reconnu une activité qui est le prolongement à domicile, de celle de l'hôpital.

Les décrets d'application, qui auraient pu ensuite préciser les conditions d'autorisation et de fonctionnement des services d'hospitalisation à domicile, ne sont pas parus. Ce sont donc des conventions passées avec la Sécurité Sociale, qui définissent les modalités d'admission en hospitalisation à domicile et les prestations fournies par les services. C'est ainsi que le 29 octobre 1974, la Caisse Nationale d'Assurance Maladie a rédigé la convention nationale type de l'hospitalisation à domicile.

En 1979, la loi relative aux équipements sanitaires modifia celle de 1970, en autorisant le secteur privé hospitalier, à créer des services d'hospitalisation à domicile.

En 1986, une circulaire du Ministère des Affaires Sociales relative à l'hospitalisation à domicile dans les établissements publics étend le champ d'application de ce type de prise en charge à toutes les pathologies, hormis les maladies psychiatriques.

Il faut attendre la loi hospitalière de 1991 pour assister à l'officialisation de l'existence de structures "alternatives à l'hospitalisation". Par le décret d'application de cette même loi, du 2 octobre 1992, l'hospitalisation à domicile devient une institution, appartient à la carte sanitaire et reçoit un schéma d'organisation.

Elle est définie comme suit : "Formule alternative de type sanitaire, l'hospitalisation à domicile doit être distinguée de toutes les autres formes de soins à domicile".

En complément, le législateur ajoute que "Les structures dites d'hospitalisation à domicile permettent d'assurer au domicile des malades - pour une période limitée, mais révisable en fonction de son état de santé, des soins médicaux et paramédicaux continus et nécessairement coordonnés, et d'une densité suffisante."

Plus récemment, dans les ordonnances de 1996, il est très clairement fait allusion à la notion de filières de soins par pathologies, complétant le schéma régional d'organisation sanitaire qui fait état d'une nécessité de la continuité des soins aux usagers et de la mise en réseau de l'offre de soins.

⁶ O Viennois Marion. " L'Hospitalisation à Domicile " . Document de travail Graphos.

Aujourd'hui, 45 structures d'hospitalisation à domicile, d'une capacité de 16 à 1200 malades par jour, prennent en charge environ 4200 malades par jour sur toute la France et représentent 1% des lits d'hôpitaux. Ces services, inégalement répartis géographiquement, sont soit soumis à des statuts publics en temps que service d'un hôpital public, soit associatif de type loi 1901. Leur financement va donc s'effectuer, selon les cas, sur le budget de l'hôpital ou grâce aux budgets attribués par les Caisses d'Assurance Maladie et les Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales.

L'établissement qui a servi de terrain à notre étude et que nous appellerons *Soins et Sécurité*, a été créé en 1972. Il figure dans la carte sanitaire depuis 1992 avec une autorisation pour 230 malades soignés par jour au sein de trois unités, Cancérologie, Poly Pathologie et Sida.

Un système de prise en charge plus exigeant

L'hospitalisation à domicile, « cette prise en charge de malades lourds avec la mise à disposition au domicile d'un plateau technique adapté et de compétences médicales, paramédicales et sociales », génère néanmoins des contraintes plus fortes que celles présentes dans le cadre d'une hospitalisation classique.

La sécurité du patient durant la prise en charge dépend pour une large part de la pertinence de l'évaluation de son état lors de la préparation du séjour car les réajustements sont beaucoup plus difficiles à mettre en place au domicile, par rapport à une prise en charge réalisée au sein d'une structure classique. Ensuite, la fiabilité de la prise en charge tout au long des alternances entre la ville et l'hôpital doit reposer sur un consensus technique et informationnel encore plus fort entre les acteurs de la prise en charge.

Deuxième contrainte, **le lieu de la prise en charge constitué par le domicile** du patient nécessite pour chaque nouvelle admission une démarche complète de transformation d'un lieu de résidence conçu pour une personne autonome en un lieu de soins pour une personne souvent dépendante. Cette étape implique une phase de conception, d'organisation et d'implantation du mobilier médical, lit ou table, des matériels techniques nécessaires aux soins et des consommables utilisés pour la dispensation des soins. Les compétences du personnel qui pilote les prises en charge doivent donc aussi être plus pointues en matière de gestion des ressources indispensables au déroulement des soins.

Troisième contrainte, **la mise en œuvre des matériels** au domicile, donc dans un cadre différent de l'hôpital, est souvent plus délicate de part l'éloignement géographique des professionnels pendant la journée et leur présence ponctuelle sur le lieu de prise en charge, au contraire de la présence en continue des personnels dans le cadre d'une hospitalisation classique.

Ces deux éléments conditionnent une disponibilité sans faille des matériels, obtenue par une utilisation exempte de pannes. Pour cela, un suivi et un entretien préventif des équipements très rigoureux sont indispensables, ainsi qu'une maîtrise encore plus complète du fonctionnement des équipements par les intervenants.

Quatrième contrainte, **les intervenants** intégrés au sein des prises en charge en Hospitalisation à Domicile constituent une population très éclectique, d'origines et de culture diverses, mais devant se coordonner dans ce système de production de soins maillant médecine libérale de ville et parfois de campagne, hôpital public et clinique privée. Or nous sommes là face à un point faible du système de santé en France qui est la difficulté des professionnels à coopérer à l'intérieur des structures de soins mais aussi avec la médecine de ville.

Concrètement, ces difficultés se concentrent autour du système d'information patient et se traduisent fréquemment dans la relation ville/hôpital par⁷ :

⁷ E Garcia, C Pascal. " Télémédecine : Evolution ou révolution ? " . Projectique 1997.

- un manque de vocabulaire commun à tous les intervenants concernant les supports utilisés,
- un manque d'informations relatives au dossier du patient en provenance des médecins de ville dans le cas de fréquentes prises en charge alternatives ville/hôpital,
- une vitesse de transmission des informations écrites trop lente,
- une mise à jour difficile du dossier patient lorsque les prises en charge sont très courtes,
- une adéquation partielle entre les informations écrites transmises dans les comptes rendus des structures et les attentes des médecins de ville.

Seul un système de communication fort s'appuyant sur un système de coopération structuré et accepté par tous les intervenants peut entraîner cette modification des comportements indispensable.

Cinquième contrainte, les modalités de ces nouveaux processus de soins intègrent dès la conception des prises en charge globales, retraçant la trajectoire du patient à travers le réseau de soins, l'alternance des périodes d'hospitalisation et de retour à domicile. Ces ruptures concernant les lieux où sont réalisés les soins constituent autant d'interfaces incontournables indispensables à maîtriser pour garantir la sécurité du patient, que ces interfaces soient techniques - au niveau des pratiques de chaque acteur -, organisationnels - au niveau des ajustements entre chaque structure - ou informationnels - au niveau du suivi de chaque catégorie de données, qu'elles soient médicales, soignantes ou sociales.

Des réponses aux objectifs stratégiques, tactiques et opérationnels

Face à ces contraintes, la structure *Soins et Sécurité* a construit un ensemble de réponses à partir d'une démarche de changement retranscrite dans son projet d'établissement et dans le cadre de sa démarche qualité.

Ces réponses se situent aux trois niveaux de coopération, stratégique par l'acquisition d'un langage commun, tactique par la formalisation collective des prises en charge, opérationnelle par le pilotage des prises en charge.

Stratégiquement, la viabilité du système repose sur la volonté de coopération de chacun, c'est à dire l'adhésion et l'appropriation du système d'hospitalisation au domicile par chacun des acteurs. Comme pour tout projet, les leviers d'action sont la sensibilisation et la formation.

Pour la sensibilisation, l'ensemble des partenaires de la structure, adresseurs, partenaires libéraux, laboratoires d'analyses, pharmaciens, est informé périodiquement du fonctionnement des prises en charge et de leur évolution par l'intermédiaire de séances d'informations suivies de temps de paroles réservés à l'expression de chacun.

La formation destinée essentiellement des partenaires exerçant en ville, porte sur les aspects techniques - prise en charge de douleur ou réalisation de certains gestes -, économiques-connaissance de l'environnement spécifique au secteur de la santé - ou organisationnels par l'utilisation du système informatique. A titre d'exemple, les formations concernant le matériel et les soins sont réalisées dans une salle de démonstration prévue à cet effet au sein des locaux de Soins et Sécurité.

Tactiquement, la création d'un relais, indispensable entre les intentions stratégiques et la réalité opérationnelle de tous les jours, conditionne la mise en place de trois axes de travail qui sont le partage de l'objectif de la prise en charge qu'est la satisfaction du patient, la responsabilité de chacun des acteurs à travers la relation client/fournisseur et l'exhaustivité des acteurs concernés.

Tout d'abord, en temps que pivot des relations entre les prestataires intervenants dans les soins d'un patient à domicile, la prise en charge intègre « de fait » l'ensemble des acteurs travaillant autour du patient, élargissant cette coopération à tout nouveau partenaire désigné par le patient dans le cadre du respect de son libre choix pour ses soins.

Ensuite, l'objectif de la prise en charge à domicile étant la satisfaction des besoins du patient, c'est à partir de lui que va s'organiser la coopération entre les professionnels par la mise en

application de deux notions issues de la démarche qualité, le partenariat et le management des processus.

A cet effet, la mise en place du référentiel à respecter pour chaque prise en charge, établi à partir de la trajectoire du patient, garantit la prise en compte systématique des besoins du patient comme finalité des activités engagées lors de la production des soins au domicile.

Dans cette optique, il est pré-établi plusieurs points de passage dans la prise en charge du patient hospitalisé à domicile qui ont pour objectif :

- L'anticipation par l'étude des besoins du patient d'une façon structurée et systématique lors de la pré-admission et par la formalisation du cahier des charges patients avec les adresseurs.
- La contractualisation autour de la prise en charge du patient construite sur la base des différents cahiers des charges rédigés à l'attention de tous les acteurs, infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes, fournisseurs de matériels.
- La collégialisation autour du patient matérialisée dans un premier temps par la réunion d'initialisation de la prise en charge au domicile du patient en présence de tous les intervenants et prolongée par les réunions de suivi effectuées tout au long du séjour.
- La pérennisation de la continuité de la prise en charge, élaborée dès le commencement de la prise en charge au domicile, qui permet l'intégration au plus tôt des éléments relatifs à l'après hospitalisation à domicile dans la construction des objectifs de la prise en charge.
- La capitalisation concernant l'étude à posteriori, sur la base d'informations organisationnelles et médicales, du déroulement des prises en charge après la sortie du processus d'hospitalisation à domicile par le patient.

Le troisième axe concernant les actions tactiques est issu de la spécificité de la prise en charge en HAD qui intègre un nombre important d'intervenants appartenant à des structures différentes et réalisant des prises en charge délocalisées au domicile. Elle implique la mise en place de relations clients/fournisseurs reposant sur une définition précise des besoins de chaque partenaire, de leurs droits et de leurs devoirs dans la coopération autour du patient.

La prise en compte du besoin des adresseurs, situés en amont dans la chaîne de prise en charge globale, nécessite la création de cahier des charges ou convention "patient" spécifiant la définition du besoin initial par l'intermédiaire des critères décrivant la pathologie identifiée, les suivis qualité, le délai de prise en charge et la valorisation du séjour.

L'établissement *Soins et Sécurité*, en tant que client pilote des prestations au domicile, doit de la même manière formaliser ses attentes à l'encontre de chacun de ses partenaires par le biais de cahiers des charges.

Le cahier des charges "environnement/milieu" spécifie le besoin de la prise en charge au niveau de l'accompagnement du malade par les proches et des locaux où va se réaliser la prise en charge.

Le profil des postes du personnel de l'organisation, spécifie le besoin de la prise en charge en terme de compétence technique, de disponibilité, d'engagement qualité (au niveau des actes techniques mesuré par l'auto contrôle, des comportements relationnels) et de suivi de consommations des ressources engagées.

Les conventions "partenaires" spécifient, de la même manière que pour le personnel, le besoin en terme de compétence technique, de disponibilité, d'engagement qualité et de suivi de consommation des ressources. L'engagement de réponse à ces besoins est aujourd'hui

matérialisé par le biais de conventions signées à chaque début de prise en charge entre *Soins et Sécurité* et les partenaires.

Le cahier des charges "moyens techniques" spécifie pour chaque catégorie de matériel les besoins techniques, logistiques, de qualité et financiers permettant la réalisation d'une prise en charge optimisée.

Opérationnellement, le pilotage des prises en charge s'articule autour du système d'information et de l'évaluation de la prise en charge.

Afin de contrebalancer les effets négatifs induits par la dispersion géographique des professionnels participant à la prise en charge, un système de communication performant est indispensable car c'est la disponibilité et la fiabilité de l'information relative au patient qui doivent réunir virtuellement l'ensemble des protagonistes.

Le pilotage des prises en charge est réalisé à partir d'un système informatique parfaitement adapté aux exigences de l'extra hospitalier, du recueil des informations au domicile du patient grâce à la saisie par les intervenants pluridisciplinaires sur minitel de leurs interventions jusqu'à leur exploitation dans les locaux de la structure Soins et Sécurité⁸.

Ses finalités sont multiples, les principales étant :

- Rationaliser le système d'information patient par l'informatisation : dossier médical, dossier de soins infirmiers adapté au domicile, dossier social et dossier administratif
- Améliorer l'intégration informationnel du dossier patient par la saisie prestations effectuées au domicile suivi de leur acheminement en temps réel et par l'ouverture du système à l'extérieur afin d'améliorer les communications avec les services hospitaliers, les organismes de tutelle, les médecins généralistes, les biologistes ou les pharmaciens.
- Optimiser la gestion des prises en charge par le suivi des planning, des visites du personnel et l'évaluation économique effectuée d'après les prestations valorisées.
- Optimiser les bilans sur des prestations réalisées dans la mesure où il permettra, par la constitution de bases de données adaptées, d'analyser de manière concrète les modalités de la prise en charge globale du patient, de l'état du malade, de l'action des intervenants, adaptation des réponses internes et externes.

Ce système d'information permet d'assurer au malade une sécurité plus grande dans la transmission des données du dossier infirmier et dans la connexion pour les appels d'urgence, notamment par la présence d'un système d'alarme intégré.

Côté **évaluation**, trois types d'indicateurs qualité seront suivis, les indicateurs liés au client, les indicateurs liés au respect du contrat de prise en charge et les indicateurs liés aux processus

Si les attentes et les besoins du patient déterminent les caractéristiques de la prise en charge, ce sont bien ses réclamations et ses suggestions qui vont constituer des éléments d'amélioration importants et tangibles à intégrer immédiatement dans les plans d'amélioration qualité des départements et des services de *Soins et Sécurité*. L'écoute des patients quant à elle s'articule autour de deux points de rencontre permanents, l'enquête d'évaluation du séjour et la gestion des réclamations.

⁸ O Viennois Marion. Document déjà cité

Le retour d'informations issu de l'enquête d'évaluation du séjour répond à trois objectifs, évaluer la perception des patients inductrice de la satisfaction ou de la décision de mise en place d'une réclamation ou d'une plainte par le patient ou sa famille, réajuster périodiquement l'écart pouvant apparaître entre l'opinion du personnel sur le service rendu et la satisfaction réelle des patients et vérifier si la portée des efforts investis dans la démarche qualité, au plan de l'accueil ou de la coordination des acteurs, se traduit concrètement par une amélioration de la satisfaction des patients.

L'enquête d'évaluation du séjour est effectuée à partir d'un questionnaire administré au patient ou à sa famille durant la prise en charge, puis exploité par un responsable désigné à cette mission dans le cadre de la démarche qualité.

Afin de renforcer l'écoute des clients, une structure d'accueil et d'écoute permanente de toutes personnes désirant formuler des réclamations ou des suggestions est ouverte dans l'établissement. Elle peut être animée soit par un membre du comité qualité ou par un coordinateur métier si le problème est très "technique". L'objectif est que toute personne désirant s'exprimer ou s'informer sur le fonctionnement ou sur un événement puisse le faire dans un délai qui lui convienne.

Deuxième volet de l'évaluation, les indicateurs liés au respect du contrat de prise en charge mesurent le niveau de conformité de la prestation réalisée au regard de ce qui a été préétabli lors de l'initialisation de la prise en charge.

Les critères retenus pour ces indicateurs sont du domaine technique, médical ou para médical, sur l'évolution de l'état du patient, organisationnel, sur le déroulement de la prise en charge, informationnel, sur la communication autour de la prise en charge, déterminante dans le cas de l'hospitalisation à domicile.

L'évaluation du respect du contrat effectué lors de l'étape de capitalisation à l'issue de la prise en charge permet en outre une analyse intégrant un certain recul nécessaire à une analyse des résultats « à froid ».

Pour terminer, les indicateurs liés aux processus ont pour objectif de surveiller le bon déroulement des processus à travers l'identification du nombre de dysfonctionnements survenant lors de sa réalisation.

Ces indicateurs, retenus lors de la formalisation du processus, centrés de fait sur la prise en charge et placés dans ces zones à risques permettent de surveiller la réalisation du processus et de maîtriser toute dérive révélatrice d'une dégradation du fonctionnement. Le processus est alors sous contrôle sans être pour autant surchargé inutilement.

Les principales catégories d'indicateurs liés aux processus sont les reprises d'activités ou d'actes de production non prévues, les reprises d'informations non prévues, les retards, les activités à réitérer parce que non conforme à ce qui est prévu et les informations à reprendre parce que non conforme à ce qui est prévu pour une bonne exploitation.

Conclusion

l'hospitalisation à domicile offre des opportunités prometteuses comme système spécifique d'alternative à l'hospitalisation traditionnelle, intermédiaire entre l'hôpital et la médecine de ville.

Elle a pour finalité d'apporter une réponse globale aux besoins de soins des malades, se matérialise par la création de lieux de productions de soins hospitaliers en tout point de la ville et repose sur une disponibilité de compétence spécifique de surveillance accessible 24H/24.

De nombreux champs restent néanmoins à explorer et son évolution future sera concomitante avec l'évolution entre autre des ressources à partir desquelles elle se met en place.

Tout d'abord, son évolution sera tributaire de notre milieu, plus précisément de la configuration de notre domicile ainsi que du comportement de notre entourage car ils constituent le berceau dans lequel se produiront les soins, et décideront au préalable de la faisabilité du projet de prise en charge.

Ensuite, son évolution sera tributaire de l'attitude des professionnels de la santé et de leur adhésion à ces nouvelles formes de prises en charge, délocalisées géographiquement hors de toutes structures de soins classiques, collectives ou même individuelles.

Leur volonté de donner de la lisibilité sur leur pratiques opératoires et l'utilisation de la description des processus comme référentiels de travail communs seront des éléments clés de réussite du système.

Pour finir, son évolution sera tributaire des progrès techniques qui seront réalisés sur les équipements utilisés, que se soit au plan de la performance pure, de la miniaturisation, de la convivialité, de la modularité pour en faciliter l'utilisation dans des conditions plus diverses ou plus sévères.

En tout état de cause, comme nous l'avons vu tout au long de ce papier à partir de l'étude d'un cas concret, la production de soins au domicile est une réalité et donne une dimension différente aux soins dans son organisation et dans sa relation soignant/soigné. Le malade retrouve son identité dans son lieu d'habitation familial et c'est en cela qu'elle se positionne comme un élément de réponse de notre système de santé face à ses nouvelles contraintes.

BIBLIOGRAPHIE

¹ N. Brun. " Que demande l'utilisateur ? ". Journal d'économie Médicale. 1994 N°5 p315

¹ Dr F Peigné. " Notre système hospitalier et son avenir " . ENSP 1991.

¹ R Soubie. " Santé 2010 " . p28

¹ M Bremond. " Evaluer l'Hôpital : une question pertinente ? " . Lettre d'Image N°6 juin 1993.

¹ Entretiens J Cartier 1997

¹ O Viennois Marion. " L'Hospitalisation à Domicile " . Document de travail Graphos.

¹ E Garcia, C Pascal. " Télémedecine : Evolution ou révolution ? " . Projectique 1997.