UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES

LA TÉLÉSURVEILLANCE DES PERSONNES AGÉES A DOMICILE

GUELLAZ Nadia

INFIRMIER(ÈRE) RÉFÉRENT(E) ET COORDINATEUR(TRICE) D'EHPAD ET DE SSIAD

2022-2023

Docteur Christine CHANSIAUX-BUCALO

PROBLEMATIQUE

Durant mon expérience, j'ai eu l'occasion de travailler au sein d'un SSIAD à Paris. L'idée m'est venu de me lancer dans les soins à domicile car j'étais à la recherche d'un poste qui pourrait convenir avec l'organisation de ma vie familiale. Je n'avais pourtant jamais approché les soins à domicile que ce soit pendant mes études d'infirmière ou même après avoir été diplômée.

En tant qu'infirmière à domicile, j'ai été confronté à plusieurs reprises à des situations ou les équipes soignantes retrouvait des personnes âgées décédées, qui dans un laps de temps se retrouvaient seules au domicile, en l'occurence la nuit.

Pour la plupart des personnes âgées, les soins à domicile se concentrent en général en journée avec en début de soirée un passage soignant afin de prodiguer les derniers soins de confort et/ou infirmiers.

Cette situation devient rare quand elles vivent avec un membre de leur famille mais pour bon nombre d'entre elles, elle reste problématique.

Malgré l'investissement dans des dispositifs de surveillance tels que pendentif d'appel d'urgence par exemple, téléphone portable à disposition il existe encore de telles situations faute de pouvoir actionner un bouton ou de passer un appel.

En effet, il nous est probablement déjà arrivé, en tant que soignant de nous posé la question de la surveillance des personnes âgées isolée au domicile et surtout durant la nuit. Mais en étant trop souvent dans l'action et ayant parfois peu d'espace proposé pour discuter des solutions alors nous laissons ce questionnement dans un coin de notre tête.

C'est alors qu'en amont de ce travail, je me suis posé la question suivante : **Les systèmes de Télésurveillance ont ils modifié votre organisation et réduit le nombre d'hospitalisations des personnes âgées maintenues au domicile ?**

SOMMAIRE

I. LES DIFFERENTS TYPES DE TÉLÉMÉDECINE

II. HOSPITALISATION DE LA PERSONNES AGEES

III. LES INTERVENANTS DE SOINS A DOMICILE

IV. MODIFICATIONS D'ORGANISATION ENTRAINÉS PAR LES NOUVELLES TECHNOLOGIES

V. ENQUETE

VI. CONCLUSION

INTRODUCTION

D'ici à 2030, les personnes âgées de 75 ans et plus passeront de 6 à 8,4 millions en France.

De nos jours, les nouvelles technologies prennent une place de plus en plus importantes et ce malgré des réticences. Beaucoup de domaines sont concernés tels que la santé, les transports, l'éducation, les finances, le commerce, les communications…

Aussi, elles ont facilitées bons nombres d'aspects dans nos vies.

Avec une population âgée grandissante induisant une augmentation massive des besoins de soins, beaucoup de structures de santé prenant en charge des patients poly-pathologiques et/ou souffrant de maladies chroniques se retrouvent saturées et donc manquant de place pour les accueillir.

La prise en charge des personnes âgées doit faire face au défi que constitue l'allonge- ment de la vie, qui augmente de 3 mois par an.

A ce stade, la fusion de la médecine et du numérique devient une évidence.

Aujourd'hui la médecine d'avant laisse place à la télémédecine qui transforme le soin et les prises en charge des patients. C'est une façon nouvelle de soigner grâce aux nouvelles technologies.

Nous allons donc nous pencher sur 4 axes de travail dont voici le plan :

I. LES DIFFERENTS TYPES DE TÉLÉMÉDECINE :

En santé, les systèmes de télésurveillances existent et sont légiféré depuis 2009 en France. Et c'est au début du siècle dernier que la téléassistance médicale voit le jour sur des bateaux de croisières transatlantiques.

La convention médicale d'août 2016 a permis, dans un premier temps, les premiers remboursements d'actes de télémédecine par l'Assurance Maladie.

Elle a permis la création de 2 actes de suivi des patients en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad). La téléexpertise et la téléconsultation.

C'est suites aux accords signés entre L'assurance maladie et les représentants des médecins libéraux et après 10 ans d'expérimentation dans le domaine de la télémédecine qu'actuellement en France, un cadre ambitieux et pérenne semble être posé.

Le développement de la télémédecine devient alors une pratique favorable en France.

Selon L' ANS (Agence Numérique en Santé), 76 millions d'euros ont été investis dans des projets de télémédecine de 2014 à 2017 avec 344 projets financés pour l'année 2017 seulement. Et sur la plan international, elle a réalisé une étude comparative sur le développement de la télémédecine dans 10 pays tels que l'Australie, l'Allemagne, le Japon, le Canada, la Suisse, la Norvège, la Suède, le Maroc, le Royaume-Unie et Singapour.

Cependant, la télémédecine comprend 3 autres types d'actes : La télésurveillance, la téléassistance et la régulation médicale par le SAMU (Service d'Aide Médicale d'Urgence).

A. La télésurveillance :

La télésurveillance est un dispositif qui permet d'analyser et d'enregistrer des données médicales récoltées via des appareils numériques. Celles ci peuvent ensuite être interprétées à distance par un professionnel médical qui agira en fonction dans la prise en charge du patient.
Cette récolte d'informations médicales se fait sur le lieu de vie du patient via une montre connecté.

Afin d'améliorer le système de santé actuel, « un plan innovation 2030 » est déjà lancé par les pouvoirs publics. Ce plan devrait permettre de developper la télésurveillance dans le domaine médical à l'échelle nationale.

En effet, depuis 2018, une expérimentation nommé ETAPES fut réalisée et ce pour une durée de 4 ans. L'objectif étant de mettre en place une télésurveillance concernant 5 pathologies telles que le diabète, les maladies rénales, les prothèses cardiaques, l'insuffisance respiratoire et cardiaque.

Aujourd'hui ce plan ne se limite plus qu'a quelques pathologies mais visent à s'élargir.

L'ARS en collaboration avec le CHRDS expérimente depuis mars 2022, une télésurveillance des personnes âgées de plus de 70 ans, vivant au domicile.

L'enjeu étant d'améliorer les prises en charges des patients en diminuant le nombre d'hospitalisations, de passages aux urgences, une amélioration du confort de vie des patient et un désengorgement des services des urgences et de gériatrie.

B. La Téléassistance :

La téléassistance est une surveillance à distance des personnes en situation d'handicap ou âgées et vivant seules au domicile par le biais de société qui commercialisent se système.

La personne vivant à domicile est sous surveillance 24h/24 et 7j/7 à l'aide d'un médaillon ou d'une montre connectée qui envoie un signal d'alarme activé par celle ci en cas de danger, de malaise ou des chutes.

L'information reçu est alors transmise rapidement à un poste de télésurveillance ou un opérateur selon la situation, appelle un proche ou bien les secours.

Un matériel nécessaire tel que des haut-parleurs doivent être installé dans le domicile qui permettra de rentrer en contact avec la personne se situant au domicile.

Ce service payant et sous forme d'abonnements mensuels peut être proposé par certaines municipalités, par des associations ou des sociétés privées. Il peut être remboursé dans le cadre de l'APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie).

Il existe aussi une autre forme de téléassistance, celles pratiquée par des professionnels de santé. C'est une technique qui permet à un médecin d'assister un de ses collègues au cours d'un soin.

C. La régulation médicale.

Le médecin régulateur a pour mission d'assurer rapidement le meilleur traitement possible au patient après avoir établi son diagnostique. Suivant les situations, il peut aussi donner des conseils au patient et les rassurer si cela est nécessaire.

Le service de régulation prends des appels d'urgence 24h/24h et ne traite que les demandes de soins urgents ou de soins non programmés. Ce service possède des outils technologiques et de télécommunications permettant de sécurisés les données et de s'adapter aux missions en étant interconnectés.

L'organisation des appels est la suivante : Recueil d'informations, Prise de décision, Mise en Oeuvre, Suivi médical de l'intervention, Prise en compte du bilan de la situation, Orientation et Préparation du patient.

Si le patient requiert une hospitalisation, le médecin régulateur accompagné de son assistant de régulation, envoie alors une ambulance chez le patient, prépare son admission et prévient la structure qui accueillera le patient .

La décision finale de prise en charge d'un patient revient au médecin régulateur, suite à une investigation de la situation par son assistant. Il s'assure ensuite du bon déroulement de la prise en charge.

Dans le cas d'une urgence vitale, l'assistant régulateur envoie une équipe de secouriste qui interviendra rapidement où il peut guider pour la réalisation de gestes de secourisme toujours sous la responsabilité du médecin régulateur.

Sous l'autorité de l'ARS (Agence Régionale de Santé), une Permanence des Soins Ambulatoires est organisée au niveau régional. Sur la base du volontariat des médecins se rendent disponible durant les heures et jours de fermetures des cabinets médicaux.

Selon l'article L 6311-1 « L'aide médicale urgente a pour objet, en relation notamment avec les dispositifs communaux et départementaux d'organisation des secours, de faire assurer aux malades, blessés et parturientes, en quelque endroit qu'ils se trouvent, les soins d'urgence appropriés à leur état. »

D. La téléexpertise :

La téléexpertise est un moyen permettant de demander une expertise à un professionnel médical spécialisé via une messagerie sécurisée de santé. Le demandeur nommé le requérant, médecin ou non, adresse alors les documents concernant la pathologie du patient et recevra en réponse un compte rendu de l'expertise réalisée.

Elle a pour objectif de sécuriser les données du patient.

Les professionnels de santé autorisés sont au nombres de 18 dont Médecin, sage femmes, chirurgien-dentiste et depuis le 3 juin 2021, le décret n° 2021-707 relatif à la télésanté autorise les infirmiers, les pharmaciens et bien d'autres.

Le professionnel de santé doit avoir le consentement du patient pour réalisé cet acte.

Les résultats communiqués sont transmis au patient, stockés dans le dossier médical du patient, puis dans l'Espace Numérique en Santé sur le site de la CPAM (Caisse Primaire d'Assurance maladie).

E. La téléconsultation :

Consultation médicale entre un patient et un médecin réalisée à distance par écran interposé. Le patient connecté avec son smartphone ou ordinateur contacte le médecin dans son cabinet utilisant son ordinateur de bureau ou autre outils.

Elle peut être réalisé au domicile du patient ou au sein d'espace de santé dédiés après obtention du consentement ce celui ci.

La CPAM (Caisse Primaire d'Assurance Maladie) rembourse la téléconsultation à condition qu'elle respecte le parcours de soin coordonné du patient.

En théorie, le médecin doit avoir sous les yeux, le dossier médical du patient qui doit l'avoir déjà consulté physiquement puis oriente le patient vers un spécialiste selon la situation.
Le remboursement est tout de même effectif dans certains cas comme une situation d'urgence médicale, la consultation pédiatrique ou pour les détenus. Egalement pour les spécialités suivantes : gynécologie, ophtalmologie, stomatologie, chirurgie et psychiatrie.

Les personnes âgées et personnes en situation d'handicap résidentes en structures d'hébergement ou non, elles ont aussi le droit au remboursement lors de téléconsultations.

L'avantage de cette consultation permet d'éviter une attente parfois trop longue dans les salles d'attente et sans avoir à se déplacer. Elle va aussi permettre une économie sur la commande de vsl (véhicule sanitaire léger) ou d'ambulances pour les personnes en manque d'autonomie.

Par souci de qualité de prise en charge, la téléconsultation doit être réalisé en alternance avec des consultations physiques au cabinet.

II. HOSPITALISATION DE LA PERSONNE AGÉES :

A. Les différents types d'hospitalisation :

On retrouve quatre types d'hospitalisations en France. L'hospitalisation complète en milieu hospitalier, l'hospitalisation partielle, l'hospitalisation de jour et l'hospitalisation à domicile.

- L'hospitalisation complète est lorsque le patient est admis dans un service hospitalier et y passe au minimum une nuit. Elle se déroule en générale en milieu hospitalier au sein de service spécialisé ou non suivant la disponibilité des lits.

- L'hospitalisation partielle ou séances de soins, elle, permet au patient nécessitant des soins et traitements hospitaliers d'être réalisés sur une journée. Telle que la dialyse par exemple. Elle se déroule au sein de services spécifique à la pathologie ou bien dans des centres dédies.

- L'hospitalisation de jour, ou ambulatoire permet d'hospitaliser un patient pour une journée ou une demi journée ou il recevra des soins multidisciplinaires, programmés évitant ainsi l'hospitalisation complète. Elle se déroule dans un service de soins ambulatoires, en générale, situé au Rez de chaussé de l'établissement, au plus près des blocs opératoires.
On compte environ 43 spécificités chirurgicales traitées actuellement en France dans ces services ambulatoires.

L’avantages est de pouvoir proposer un retour à domicile sans compter l’économie financière réalisée par rapport à une hospitalisation classique.

- Enfin, l’Hospitalisation à domicile, HAD, est une hospitalisation au cours de laquelle des soins complexes sont effectués au domicile du patient ou en institution sur la base d’un projet thérapeutique personnalisé.
Les modalités de prise en charge sont identiques à celle de l’hospitalisation complète et sont soumis aux même conditions administratives et financières. Elle permet d’éviter une hospitalisation à l’hôpital ou bien de la raccourcir. Elle est effective après accord du médecin coordinateur de l’HAD (Hospitalisation à Domicile) et à la demande du médecin traitant ou hospitalier.

B. La durée de l’hospitalisation de la personne âgée :

En 2011, les patients de plus 70 ans représentent plus de la moitié des séjours de SSR (Soins de Suite et de Réadaptation) de l’année. Ce qui veut dire qu’il y a eu 700 000 séjours pour près de 535 000 personnes hospitalisées en SSR(Soins de Suites et de Réadaptation).

D’après la DREES (Direction de la Recherche, des Études, de l’Évaluation et des Statistiques), une personne âgée sur 5 séjourne en UHCD (Unité d’Hospitalisation de Courte Durée) suite à un passage aux urgences contre 1/13 pour les 15-74 ans. En majorité elles proviennent de leurs domicile et environ 10% proviennent d’un Ehpad (Établissement d’Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes).

Les patients vivant seuls à domicile et les plus de 85 ans ont une probabilité plus élevée d’être hospitalisés.

Aussi, 23% des sujets âgés voient leur passage aux urgences se prolonger de + de huit heures contre 10% seulement des 15-74 ans. Ceci est dû au fait que leurs prise en charge est plus longues en raison de la complexité de leurs problèmes de santé. Ils sont fréquemment admis aux urgences pour des problèmes cardiaques, respiratoires, digestives et neurologiques.

L’UHCD (Unité d’Hospitalisation de Courte Durée) permet de mettre en observation les patients et de réaliser des actes de soins à visée diagnostique. Elles est aussi une zone d’attente pour l’orientation des patients. Les autres services hospitaliers sont tout aussi sollicité suivant la disponibilité des lits.

A la suite d'une hospitalisation, l’équipe pluridisciplinaire de l’UHCD (Unité d’Hospitalisation de Courte Durée) évalue la capacité de la personne âgée à réintégrer son domicile.

D’après la DRESS (Direction de la Recherche, des Études, de l’Évaluation et des Statistiques), 56% des patients âgés sont hospitalisés dans un autres service à l’issue d’un passage aux urgences, 38% retournent à leur domicile et 5% réintègrent
leur Ehpad (Établissement d’Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes).

La personne âgée, en perte d'autonomie, suite à une intervention chirurgicale et touchée par certaines maladies chroniques est dirigée vers un service de gériatrie tel que le SMR (Soins Médicaux et de Réadaptation) en cas de besoin.

Le SMR (Soins Médicaux et de Réadaptation) anciennement SSR (Soins de Suites et de Réadaptation) depuis janvier 2022, permet de réduire, par le biais d'une prise en charge globale les conséquences physiques, fonctionnelles, cognitives, psychologiques et sociales.

D'après le rapport « Hôpitaux et personnes âgées » de 2018 trop de personnes âgées accèdent à une hospitalisation par les services des urgences. En effet, les urgences tendent à devenir un mode d'accès aux soins dû à une diminution des visites à domicile et en l'absence de médecins traitant.

C. Des besoins de soins complexifiés et augmentés :

En 2030, nous compterons en France 8,4 millions de personnes âgées de 75 ans et plus selon un rapport du 14 février 2018 (Hôpital et personnes âgées) ce qui induira forcément une progression des besoins sanitaires.

D'après la DREES (Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques) les personnes âgées sont statistiquement plus hospitalisées que les autres adultes. Le temps de passage aux urgences est plus long pour les personnes âgées. Il est de 4h30 contre 2h20 pour les patients plus jeunes.

Les affections liées à l'âge et les conditions de vie entrainent une certaine fragilité chez les personnes âgées. Leurs prise en charge comporte un nombre d'actes plus élevé que chez les personnes plus jeune.

En effet, la dépendance et les poly-pathologies induisent une prise en charge plus complexe, plus longues avec des hospitalisations à répétitions, mobilisant les équipes médicales de façon particulière.

Historiquement construite autour d'une prise charge aiguë et spécialisée, l'organisation des établissements de santé peut s'avérer délétère pour une personne âgée fragilisée et peut parfois contribuer à la rendre dépendante.

De ce fait, le rapport « Hôpital et personnes âgées » proposait en 2018 de renforcer les services de spécialités des établissement de santé en compétences gériatriques et en compétences liées à la prise en compte de l'autonomie des personnes âgées.

Cependant, les besoins des personnes âgées au vu de leurs poly-pathologies sont multiples. On distinguent des besoins somatiques mais aussi psychiques.

1. Les besoins somatiques :

Certaines maladies accentuées par l'âge induisent des symptômes somatiques diverses et plus ou moins invalidant. Le trouble le plus fréquent est la douleur lié à une impotence fonctionnelle et/ou à un problème lié à la dégénérescence des organes principaux. (cardiaques, neurologiques, rénaux, digestifs).

Aussi les maladies touchant l'un des cinq sens tels que la baisse de l'acuité visuelle et/ou de l'audition peuvent provoquer chez certaines personnes âgées sans troubles mentaux, des hallucinations. (Syndrome de Charles Bonnet).

2. Les besoins psychiques :

Dans Les Trois grands besoins psychiques on retrouve le besoin de sécurité, de reconnaissance d'estime de soi et le besoin de trouver un sens.

- le besoin de sécurité : les pensées négatives assaillent en générale la personne âgée à la suite d'une chute, d'un deuil et de la perte d'autonomie. Les sentiments tels que l'angoisse, le peur, la colère, la tristesse et l'anxiété ont souvent besoin d'être exprimés par celle ci.
- le besoin de reconnaissance d'estime de soi : L'image du vieillissement véhiculée par notre société ne peut qu'accentuée le manque de reconnaissance et l'estime de soi des personnes âgées. En effet avec un corps diminué de ses fonctions, l'image renvoyée peut conduire à des pertes.
- le besoin de trouver un sens : A la suite d'introspection et d'analyse de son parcours de vie, la personne âgée a tendance à s'investir dans l'associatif afin de se sentir utile et est en quête de spiritualité.

Afin de mieux prendre en charge les besoins des personnes âgées, la HAS (Haute Autorité de Santé) propose dans son évaluation de la prise en charge de la personne âgée, d'informer le patient et son entourage, de réaliser une évaluation gériatrique précoce, de maintenir l'autonomie, de prévenir la dépendance iatrogène et enfin de coordonner et de fluidifier les parcours de santé sur le territoire.

III. LES RESEAUX DE SOINS GERONTOLOGIQUES :

A. Le Ssiad.

Le Service de Soins Infirmiers à Domicile a été crée dans les années 70 et s'est développé dans les années 80 avec la politique d'aide au maintien des personnes âgées à domicile.

Il permet de différer une hospitalisation et/ ou de faciliter un retour à domicile suite à une hospitalisation mais surtout de maintenir au maximum la personne âgée à son domicile.

Des soins sont alors dispensés par un personnel soignant sous prescription médicale, prenant en charge des personnes dépendantes tout en mettant en place une aide pour les actes essentiels de la vie quotidienne.

B. L'HAD.

L'Hospitalisation à domicile ou en Ehpad (Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes) des personnes âgées, est une équipe médicale disposant d'une expertise sur les interventions à domicile ou en institution.

Mise en avant dans le rapport « Hôpital et personnes âgées» de 2018, il préconise de renforcer son intervention au niveau psychiatriques et psychologique et d'impliquer davantage les professionnels de la rééducation afin de maintenir et de préserver l'autonomie des personnes âgées vivant au domicile.

Elle fait partie des réseaux de soins gérontologiques mais est encore très peu sollicitée par les médecins traitant en ville.

C. L'Equipe Mobile de Gériatrie.

Considérée comme pivot de la filière gériatrique, L'EMG (Equipe Mobile de Gériatrie) travaille en étroite collaboration avec les équipes hospitalières mais intervient aussi dans 12% des cas à domicile. Elle assiste les structures de soins non gériatrique en évaluant l'aspect géronto-médico psychologique de la personne âgée et aide à l'orientation celle ci.

Elle a la fonction de conseiller, d'informer et de former les équipes soignantes.

Elle délivre également des avis gériatriques à visée diagnostique et ou thérapeutique et contribue à l'élaboration d'un projet de soin et de projet de vie des patients.

Elle est composée d'un médecin, d'une infirmière d'évaluation et de prévention, d'une assistante sociale et d'une secrétaire.
.

C. Le CLIC.

Le Centre Local d'Information et de Coordination a pour mission d'informer la personne âgée des aides dont elle peut bénéficier concernant sa perte d'autonomie et de mettre en réseau tous les professionnels de secteur. Créer il y a plus de 20 ans et agissant au niveau du département, le CLIC (Centre Local d'Information et de Coordination) a pour but d'aider la personne âgée dans les demandes d'aides financières, les différents services d'aides à domicile et les solutions de maintient à domicile ou hébergement.

Il agit aussi en fonction d'un label délivré par un comité comprenant le Préfet, du Président du Conseil Général, d'un représentant de la CPAM (Caisse Primaire d'Assurance Maladie) et du CCAS (Centre Communal d'Action Sociale).

Ce label comporte trois niveaux d'action : le premier étant la mission de base du CLIC (Centre Local d'Information et de Coordination), le deuxième la mission de base incluant l'organisation de missions d'évaluations des besoins et l'élaboration d'un plan d'aide personnalisé et enfin le troisième, la mise en oeuvre du plan d'aide et le suivi.

D. MAIA.

La Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des Malades d'Alzheimer est une méthode d'accompagnement des personnes âgées à partir de 60 ans et en perte d'autonomie dont l'enjeu et de favoriser un maintien à domicile.

Financé par l'ARS (Agence Régionale de Santé) son objectif est d'accompagner, d'informer et d'aider la personne âgée et ses aidant familiaux en faisant collaborer plusieurs acteurs tels que le CCAS (Centre Communal d'Action Sociale), le CLIC (Centre Local d'Information et de Coordination), les établissements de santé ainsi que les hôpitaux.

Un pilote Maia (Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades d'Alzheimer) est donc à l'initiative de cette action et la coordonne tout en élaborant un Plan de Service Individualisé. Ce plan permet fluidité et lisibilité de la situation de la personne concernée tout en optimisant les coûts.

E. Le CCAS

Le Centre Communal d'Action Social est une institution locale d'action sociale qui intervient au niveau de la commune où elle met en place des actions de prévention et de développement social tout en collaborant avec des organismes public et privés.

Les personnes concernées sont en général, des personnes en situations d'handicap, des personnes âgées, des familles en difficultés qui ont besoin d'être soutenu et assisté dans une démarche.

F. LES ASSOCIATIONS DE RESAUX DE SANTE :

Crées par la loi du 4 mars 2002, les ARS (Associations de réseaux de santé) sont un regroupement pluridisciplinaires de professionnels de santé (médecins traitant, infirmières libérales, kinésithérapeutes, ergothérapeutes…) et d'acteurs socio-administratifs favorisant l'accès aux soins impliquant une coordination et une interdisciplinarité dans la prise en charge des patients.

Les collectivités locales et territoriales, les établissements de santé, les structures d'hébergement, les Ssiad (Service de Soins Infirmiers à domicile), les services à domicile, les réseaux de soins palliatifs et de cancérologie en font également parti.

L’admission au sein du réseau d’un patient se fait par le biais d’une évaluation réalisée à domicile. Elle détermine alors les besoins en établissant un plan personnalisé proposé à la personne âgée ainsi qu’à son entourage, qui donne son accord.

IV. MODIFICATIONS D’ORGANISATIONS ENTRAINÉS PAR LES NOUVELLES TECHNOLOGIES

A. Impact sur l’organisation des soins :

La révolution numérique s’est développée en bouleversant les modes de fonctionnement des organisations et en permettant une instantanéité des communications.

L’organisation est un ensemble d’activités qui ont pour objectif la répartition et la coordination des taches et des responsabilités dans un but déterminé.

Les nouvelles technologies utilisées dans le domaine de la santé induisent un changement d’organisation, de méthode, de moyen et d’outils dans la prise en charge d’un patient. Elles imposent à notre système de santé une réorganisation des parcours de santé et des pratiques.

Aussi, la technologie de l’information et de la communication facilite les échanges par une rapidité de transmissions de données améliorant la collaboration et le travail en équipe.

Par ailleurs, la loi du 24 juillet 2019 relative à l’organisation et à la transformation du système de santé met l’accent sur le déploiement des nouvelles technologies au service du patient.

Utilisées dans le domaine de la santé elles ont permis en période d’épidémie de limiter les transmissions de virus, un gain de temps pour les patient en limitant les déplacements, de désengorger certaines consultations médicales, d’améliorer l’accessibilité aux soins ainsi que la qualité de vie des patient en proposant un suivi et une prise charge sur leur lieu de vie.

Améliorant les organisations et optimisant les parcours de soins, les nouvelles technologies permettent de réduire les hospitalisations et les passages aux urgences, de diminuer l’utilisation des transports sanitaires, de mieux prendre en charge les maladies chroniques et de faciliter les soins à domicile.

B. Méthode et Moyens :

La HAS (Haute Autorité de Santé) saisie par la Direction de la Sécurité Sociale propose « d’établir un état des lieux des solutions numériques existantes et/ou innovantes, de définir leur finalité (diagnostic, prévention, aide à la décision, aide au traitement, etc.), ainsi que les

critères de sécurité, de qualité et d'utilisation, leurs spécificités d'évaluation et de réfléchir à la mise en place d'un référentiel qualité ».

L'objectif étant d'éclairer les professionnels médicaux sur les performances et les limites des DMN (Dispositifs Médicaux Numériques) et d'éviter ainsi les réticences à les utiliser.

Par ailleurs, les DMN (Dispositifs Médicaux Numériques) de télésurveillance font l'objet d'une prise en charge de droit commun ce qui veut dire qu'ils sont remboursés par la sécurité sociale. La France est l'un des premier pays européens à rembourser ces dispositifs.

L'article 36 de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS) 2022 définissant l'architecture globale et les différents paramètres d'un modèle de financement de droit commun de la télésurveillance permet par le biais d'un socle commun d'activité de paramétrer des dispositifs et la formation des patients, de filtrer et d'analyser les alertes, et de vérifier les interactions des patients. La HAS (Haute Autorité de Santé) évalue systématiquement toutes les activités de Télésurveillance.

Actuellement une expérimentation est menée en Ile de France, le Plan VIGIE-AGE soutenu par l'ARS, destiné aux personnes âgées de 70 ans et plus en situation de maladie aigüe ou chronique. Il propose une surveillance monitorée 24h/24 et 7j/7, à l'aide d'objets connectés porté par le patient, à son domicile avec une intervention immédiate en cas d'urgence en moins de 4 heures.

Située sur une plateforme numérique qui analyse les paramètres de santé, l'équipe soignante travaille en collaboration avec le Ssiad (service se Soins Infirmiers à Domicile) qui délivre les soins à domicile. Une équipe de coordination et d'assistance, le DAC (Dispositif d'Appui et de Coordination) est aussi mobilisée établissant des Plans Personnalisé de Santé (PPS) pour chaque patient surveillé.

En parallèle, L'ANS (Agence du Numérique en Santé) met à disposition des entreprises un guichet leur permettant de proposer leurs projets innovants numériques de télésurveillance qui, après évaluation de la HAS (Haute Autorité de Santé) pourront être validé et donc inscrits sur la liste de télésurveillance médicale.

En 2018, le programme ETAPES (Expérimentation de Télémédecine pour l'Amélioration des Parcours En Santé) qui s'appuie sur un modele organisationnel et économique dédié est prolongé par la loi de financement de la Sécurité Sociale pour une durée de 4 ans. En effet, un retour d'évaluation de ce programme a permis d'identifier les limites et les difficultés de celui. Un retour d'expérience territorialisé semble nécessaire.

Le Ministère chargé de l'Organisation territoriale et des Professions de santé propose de renforcer l'organisation des soins de proximité par une généralisation sur tout le territoire des CPTS (Communauté Professionnels Territoriale de Santé). En effet, elle assurent une meilleure collaboration des professionnels de santé, apporte une approche populationnelle de la santé et participe à la structuration des parcours de santé.

V.ENQUETE

A. Méthodologie

Comme indiqué dans ma problématique, mon questionnement de départ s'est fait il y a un peu plus d'un an quand j'exerçais en tant qu'infirmière à domicile au sein d'un Ssiad (Service de Soins Infirmiers à domicile).

Suivant en simultané les cours du Diplôme Universitaire à Paris, j'ai été interpellé et intéressée par le cours du Dr Chansiaux-Buccalo concernant la gestion des urgences gériatrique et qui mentionne le dispositif VIGIE-AGE.

C'est d'ailleurs suite à ce cours que mon questionnement, qui dans un premier temps était au sujet de l'utilisation et de la généralisation de la domotique en institution ou à domicile a pris forme.

En effet, durant ma carrière j'ai souvent exercé en Ehpad ou l'on retrouve une multitudes d'objets connectés suivant les établissements. Il en va de la semelle connectée afin d'éviter une fugue de la personne âgée à la montre connectée en passant par le pendentif d'urgence, des chemins lumineux qui se déclenchent automatiquement dans les chambres pour éviter les chutes lors d'un réveil nocturne au verre à eau connecté pour surveiller l'hydratation.

J'ai donc entrepris quelques recherches au sujet des Ehpad connectés et constaté que beaucoup d'entre eux y avaient recours.

Puis, plus tard, au Ssiad (Service de Soins Infirmiers à domicile), la question de la surveillance des personnes âgées au domicile revenait assez fréquemment suite aux malaises, chutes et parfois aux décès survenant durant le nuit.

Donc j'ai soumis ma question finale au Docteur Chansiaux-Buccalo qui l'a validée.

Suite à cela j'ai réfléchie à quelle population mon questionnaire serait destiné. En effet, mon questionnement concernant les personnes âgées maintenues au domicile me dirigeait logiquement vers les Infirmiers (ères) Coordinateurs (trice) des SSIAD.
Aussi le dispositif VIGIE-AGE étant en expérimentation au niveau du département des Hauts de Seine, j'ai dû élaborer et adresser un questionnaire aux Ssiad qui télésurveillés des personnes âgées au domicile.

Donc 9 questions et ont été adressées par mail aux Idec (Infirmières Coordinatrices) des Ssiad (Service de Soins Infirmiers à domicile) qui m'ont fait un retour assez rapide allant de deux à quatre semaine.

B. Freins et Limites

Tout d'abord j'ai réalisé ce travail seule alors qu'il nous ai était demandé de le produire en collectif. En effet, une difficulté de connexion m'a empêché de demander les coordonnées des groupes constitués pour la réalisation des mémoires. Aussi, je n'ai pas trouvé d'interlocuteur au niveau de la formation qui aurait pu me mettre en contact avec les groupes d'étudiants inscrits.

Pour les questionnaires, au départ je souhaitais réaliser des entretiens dans un but d'échanger et d'obtenir des analyses approfondies et détaillés mais par manque de temps j'ai opté pour un questionnaire.

Aussi pour la recherche bibliographique, je me suis essentiellement aidé d'articles, de sites, de documents et de rapports sur internet car à la bibliothèque je n'ai trouvé que très peu de livres sur le sujet.

J'ai traité les données recueillies des questionnaires manuellement car le nombre de Ssiad (Service de Soins Infirmiers à domicile) des patients télésurveillés était de 3. Les données in fine analysées proviennent de 4 questionnaires rendu du fait qu'un des Ssiad (Service de Soins Infirmiers à domicile) comprend 2 infirmières coordinatrice en poste.

Un Ssiad (Service de Soins Infirmiers à domicile) ne m'a pas remis ses réponses en temps voulu.

Enfin, le peu de Ssiad interrogés a été une contraintes pour l'analyse des données recueillies ce qui m'a limité dans mon analyse.

C. Résultats d'analyse

Dans un premier temps, 2 des Ssiad interrogés comptent entre 100 et 150 patients et donc 1 Ssiad sur 3 en comptent plus de 150.

Tous les répondants aux questionnaires sont des Infirmiers (ères) Coordinateur (trice).

Chaque Ssiad télésurveille 15, 10 et 1 patient. Ce qui montre que très peu de patients sont télésurveillés en comparaison du nombre de patients comptabilisés dans chaque Ssiad. Ce qui laisse supposé une contrainte logistique, un refus de certains patients et la présence de procédures d'installation trop longue.

50% des Infirmières Coordinatrice interrogées estiment que les contraintes rencontrés lors de la prise en charge de patient télésurveillés sont d'ordre organisationnelles et 50% estiment que ce sont plutôt des problèmes d'adaptation. Cela peut s'expliquer par l'installation de matériels de télésurveillance, d'un plus grand investissement des coordinateurs et d'une observance des patient à l'égard des télésurveillance.

2 Infirmières Coordinatrice répondent avoir eu plus de 20 hospitalisations en urgences dans les 6 derniers mois et 1 entre 10 et 20 hospitalisations en urgence. Ce qui laisse supposé que le dispositif de télésurveillance doit être appliqué à plus de patients.

3 des Infirmières Coordinatrice estiment que les recours aux urgences des personnes âgées est lié à une chute, un problème cardio-respiratoire et infectieux à l'inverse une Idec ajoute un problème neurologique en plus.

3 des Infirmiers (ères) Coordinatrice évoques des besoins de soins d'ordre Médicaux, Psycho-sociaux, de dépendance et économique et 1 seulement estime qu'ils sont d'ordre Médicaux et de dépendance.

Certains estiment que les avantages d'une télésurveillance sont la possibilité d'avoir un interlocuteur 24h/24h et 7j/7 ce qui est rassurant pour le patient à l'inverse d'autres mettent le point sur une intervention rapide et la prévention d'anomalies des paramètres vitaux.

Aussi, 3 des Infirmiers (ères) Coordinateur (trice) pointent le fait que la télésurveillance pallie au manque de médecin de ville.

Seulement un Infirmier (ère) Coordinateur (trice) évoque l'évitement de l'hospitalisation pour les patient pris en charge et un soutien et un accompagnement de l'infirmier (ère) de garde le week end.

Pour 2 des Infirmiers (ères) Coordinateur (trice) la télésurveillance des personnes âgées à domicile n'a pas changé leur façon de travailler, à l'inverse les 2 autres estiment qu'il y a plus d'échanges possible et de soutien avec l'équipe VIGIE-AGE, un travail en collaboration avec un « Care Manager » avec une sollicitation possible à tout moment pour un avis et donc une influence sur leur façon de travailler.

CONCLUSION

Dans son discours au sujet de la transformation du système de santé en 2019, Emmanuel Macron avait dit : « ce n'est pas au patient de s'adapter au système, mais c'est au système de s'adapter à ses besoins ».

Forcé de constater que notre système de santé s'enfonce peu à peu même si la France fait parti des pays qui dépense le plus dans le domaine de la santé.

Pour beaucoup, la stratégie de la santé numérique et le Plan Innovation Santé n'est rien de plus qu'une stratégie industrielle.

Face aux inégalités d'accès aux soins selon les territoires qui induisent un renoncement aux soins pour certains, à la crise de l'hôpital, la France ne serait elle pas à la traine en ce qui concerne la télésurveillance des patients âgés au domicile ?

Au Danemark, par exemple, la mise en oeuvre de réformes ont permis de fluidifier l'accès aux soins, de sécuriser les prise en charge, de désengorger les urgences le tout en maitrisant les dépenses de santé. Bien évidemment ce modèle d'organisation est un

exemple pour nous, c’est pourquoi l’APHP envoie ses urgentistes sur place, au Danemark afin d’explorer ce fonctionnement.

Ce qu’il faudrait, en plus d’une réforme, c’est convaincre tous les professionnels du secteur d’une nouvelle réorganisation du système de santé qui par un investissement au plus près des patients et au niveau des structures proposées en ville faciliterait les prises en charge.

Sans oublié d’optimiser les nouvelles technologies dans le domaine de santé.

Annexes

Questionnaire d'enquête :

Depuis 2020 est expérimenté un dispositif unique en Ile de France de télésurveillance et de télé coordination destiné aux personnes âgées polypathologiques. VIGIE-AGE.

Il permet à différent partenaire santé de travailler en collaboration via un ensemble d'outils de surveillance numérique dont l'objectif est la sécurisation du maintient à domicile.

Dans le cadre de mon Diplôme Universitaire IRCO (Infirmière Référante et Coordinatrice d'Ehpad et de Ssiad), je travaille sur un mémoire de recherche qui s'articule autour de cette question :

Le système de télésurveillance VIGIE-AGE a t-il modifié votre organisation et réduit le nombre d'hospitalisations des personnes âgées maintenues à domicile ?

1. Quelle est votre fonction au sein de ce Ssiad ?

- Directrice
- Idec
- Infirmière

2. Combien de patients votre Ssiad compte t-il ?

- - de 50
- de 50 à 100
- de 100 à 150
- + de 150

3. Combien sont télésurveillés au domicile ?

4. Quel type de contraintes avez vous rencontré lors de la prise en charge d'une personne âgée sous télésurveillance au domicile ?

- Organisationnelles
- D'adaptation

5. Avez vous eu des hospitalisations en urgence ces 6 derniers mois? Si oui, combien?

- - de 3
- de 3 à 5
- de 5 à 10
- de 10 à 20
- + de 20

6. Pour quels problèmes médicaux ?

- Chute
- Cardio-respiratoire
- Neurologique
- Infectieux

7. Les patients pris en charge à domicile ont ils des besoins de soins complexifiés ? Si oui, lesquels ?

- Psychosociaux
- Médicaux
- De dépendance
- Culturels
- Environnementaux
- Economiques

8. Quels sont les avantages de la mise en place d'une télésurveillance à domicile ?

9. Cela t il changé votre façon de travailler ?

SOURCES

Télésurveillance médicale, où en est-on?
https://campus.sanofi.fr/fr/dossiers-thematiques/l-amelioration-des-systemes-de-sante/telesurveillance-medicale-ou-en-est-on#:~:text=La%20téléconsultation%20%3A%20elle%20permet%20une,interprétant%20à%20distance%20ses%20données

Vigie-Age : Un dispositif connecté pour éviter les hospitalisations.
https://www.actusoins.com/373608/vigie-age-un-dispositif-connecte-pour-eviter-les-hospitalisations.html

E-Santé : la HAS publie 4 référentiels de télésurveillance médicale.
https://www.has-sante.fr/jcms/p_3312142/fr/e-sante-la-has-publie-4-referentiels-de-telesurveillance-medicale

La téléexpertise.
https://www.ameli.fr/exercice-coordonne/exercice-professionnel/telemedecine/teleexpertise

L'espace numérique en santé et le dossier médical partagé.
https://www.cnil.fr/fr/lespace-numerique-de-sante-ens-ou-mon-espace-sante-et-le-dossier-medical-partage-dmp-questions

La télésurveillance médicale.
https://www.occitanie.ars.sante.fr/la-telesurveillance-medicale#:~:text=La%20télésurveillance%20présente%20un%20potentiel,confort%20de%20vie%20des%20patients.

La télésanté.
https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/telesante-pour-l-acces-de-tous-a-des-soins-a-distance/article/la-telesante

Télémédecine et développement des Technologies de l'information et de la Communication.
https://www.france-assos-sante.org/66-millions-dimpatients/la-qualite-de-vos-soins/la-telemedecine/

La régulation médicale.
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-10/reco2clics_regulation_medicale.pdf

Hospitalisation : Les types de séjours et les démarches à effectuer.
https://www.ameli.fr/assure/droits-demarches/maladie-accident-hospitalisation/hospitalisation

Etre hospitalisé : ce qu'il faut savoir.
https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/etre-hospitalise-ce-quil-faut-savoir

Hospitalisation à domicile.

https://www.iledefrance.ars.sante.fr/hospitalisation-domicile-had-acteurs-et-prises-en-charge

Les personnes âgées aux urgences.
https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/les-personnes-agees-aux-urgences-une-sante-plus-fragile#:~:text=Le%20temps%20de%20passage%20aux,d%27hospitalisation%20de%20courte%20dur%C3%A9e.

La téléassistance.
https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/vivre-a-domicile/beneficier-daide-a-domicile/la-teleassistance#:~:text=La%20téléassistance%20est%20un%20service,qu'elle%20porte%20en%20permanence.

Étude pour l'accompagnement et le déploiement de la télémédecine.
https://industriels.esante.gouv.fr/sites/default/files/media/document/asip_etude_telemedecine_synthese_v0.45.pdf

La coopération dans les réseaux de santé en gérontologie.
https://www.cairn.info/revue-des-sciences-de-gestion-2017-1-page-73.htm

Rapport de l'atelier 10 : Hôpital et personnes âgées.
https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/synthese_atelier_10_hopital_et_personne_agee_14_fev_2018_3_.docx.pdf

Equipe Mobile de Gériatrie.
https://www.cnpgeriatrie.fr/equipes-mobiles-de-geriatrie-emg/

Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie.
https://www.cnsa.fr/documentation/CNSA_CahierPe_dagogique_MAIA_HD.pdf

Le CLIC.
https://www.aide-sociale.fr/clic-personnes-agees/#mission

Système de Santé et personnes âgées fragiles ou en perte d'autonomie à l'horizon 2030.
https://www.strategie.gouv.fr/sites/strategie.gouv.fr/files/atoms/files/avis_personnes_agees_-_hcaam_-_22_novembre_2018.pdf

Innovation organisationnelle et technologies de l'information.
https://www.cairn.info/revue-prospective-et-strategie-2016-1-page-97.htm

Projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé.

https://www.legifrance.gouv.fr/contenu/Media/Files/autour-de-la-loi/legislatif-et-reglementaire/etudes-d-impact-des-lois/ei_art_39_2019/ei_ssax1900401l_pjl_organisation_transformation_sante_cm_13.02.2019.pdf

L'organisation du parcours de soins, de santé, de vie.
https://www.ars.sante.fr/lorganisation-des-parcours-de-soins-de-sante-de-vie-0#:~:text=Il%20s%27agit%20d%27un,ou%20de%20perte%20d%27autonomie.

La télémédecine.
https://www.ars.sante.fr/la-telemedecine

L'Hospitalisation à domicile.
https://www.ars.sante.fr/lhospitalisation-domicile-0

Les besoins psychiques des personnes âgées.
https://www.laplumesociale.com/besoins-psychiques-des-personnes-agees/#:~:text=Besoin%20de%20s%C3%A9curit%C3%A9%2C%20besoin%20de,aupr%C3%A8s%20de%20La%20Plume%20Sociale.

Evaluation de la prise en charge des personnes âgées.
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-11/fiche_pedagogique_personnes_agees_certification.pdf

Qu'est ce qu'une organisation des soins pertinente.
https://aphjpa.org/IMG/pdf/3-_Organisation_des_soins_pertinente_O_Saint-jean.pdf

Intégration des dispositifs médicaux numériques à usage professionnel dans la pratique.
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-11/dmn_usage_professionnel_document_de_synthese_version_du_9_novembre_2022_2022-11-17_16-59-45_777.pdf

L'exercice dans un dispositif d'appuie à la Coordination.
https://www.auvergne-rhone-alpes.paps.sante.fr/index.php/lexercice-dans-un-dispositif-dappui-la-coordination-dac

Programme ETAPES de télésurveillance des personnes atteintes de maladie chronique.
https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2022-HS1-page-2d.html

Télémédecine : un dispositif testé en IDF pour favoriser le maintien à domicile des personnes âgées :
https://www.healthandtech.eu/fr/tour/news/13884/telemedecine-dispositif-teste-idf-favoriser-maintien-domicile-personnes.html

Prise en charge en droit commun de la télésurveillance.

https://esante.gouv.fr/sites/default/files/media_entity/documents/ans-msp-has_webinaire-telesurveillance_22022023_v2.pdf

Renforcement de l'organisation des soins de proximité :
https://sante.gouv.fr/actualites/presse/communiques-de-presse/article/renforcement-de-l-organisation-des-soins-de-proximite-agnes-firmin-le-bodo