

APAIRÂGE

Analyse et prise en compte des besoins des équipes d'EHPAD et des attentes des gériatres dans l'implication et la réflexion entre pairs pour l'accompagnement des Symptômes Psychologiques et Comportementaux (SPC)

R. Menard, M. Langlais, K. Morand, S. Janvier, K. Charras, H. Therolle, D. Somme, A. Corvol, F. Lemoine



Contexte

L'accompagnement des symptômes psychologiques et comportementaux (SPC) est un enjeu majeur en EHPAD : ils exacerbent le déclin cognitif et fonctionnel des résidents et augmentent la charge des soignants. Le CHU de Rennes a développé le dispositif « Télépairtise », des temps d'échanges pluri-professionnels en visioconférence entre les professionnels de l'EHPAD et les professionnels de l'Hôpital de jour (HDJ), centré sur un résident. À l'issue d'une téléconsultation médicale, les professionnels de l'équipe de l'HDJ gériatrique (IPA, AGS, psychologue) co-construisent, avec les professionnels de l'EHPAD (professionnels soignants en priorité) et à partir de la méthode DICE (Kales et al., 2014 ; 2015) à une ensemble de propositions et recommandations adaptées aux troubles du comportement observés chez ce résident.

→ En vue d'imaginer son implantation dans l'offre de soins, cette étude identifie les besoins des équipes d'EHPAD, les attentes des gériatres et leur perception du dispositif Télépairtise.

Objectifs



- 01** Identifier les besoins des équipes d'EHPAD pour l'accompagnement des résidents avec SPC
- 02** Recueillir les attentes des gériatres de l'hôpital sur l'accompagnement des SPC
- 03** Explorer la perception et l'acceptabilité du dispositif Télépairtise

Méthode

- 4 Focus Groups réalisés auprès de gériatres et de personnels d'EHPAD, en distinguant leur degré de familiarité avec le dispositif Télépairtise
- | | |
|---|--|
| FG 1 Gériatres familiers du dispositif | FG 2 Gériatres non familiers |
| FG 3 Personnels EHPAD familier du dispositif | FG 4 Personnels EHPAD non familiers |
- Cadre d'analyse**
Change Readiness Beliefs — croyances des professionnels quant à leur capacité, volonté et perception du besoin de changement

Premiers résultats

Besoin des équipes EHPAD

SPC rencontrés

- Agitation, agressivité opposition aux soins
- Agitation vespérale (pic à 17h)
- Déambulation, répétitions
- Troubles psychiatriques associés

Ressources mobilisées

- Réunions pluridisciplinaires internes
- Interventions non médicamenteuses
- Équipe mobile de gériatrie
- Médecin coordinateur / traitant

Besoins non couverts

- Manque de personnel formé et de stabilité de l'équipe soignante
- Information autour du diagnostic et des explorations antérieures à l'entrée en EHPAD
- Réactivité insuffisante
- Médiation entre institution et famille
- Saisine trop lourde (via médecin)
- Absence de suivi post-réunion
- Isolement, manque de reconnaissance

Dispositif Télépairtise

Place dans le parcours

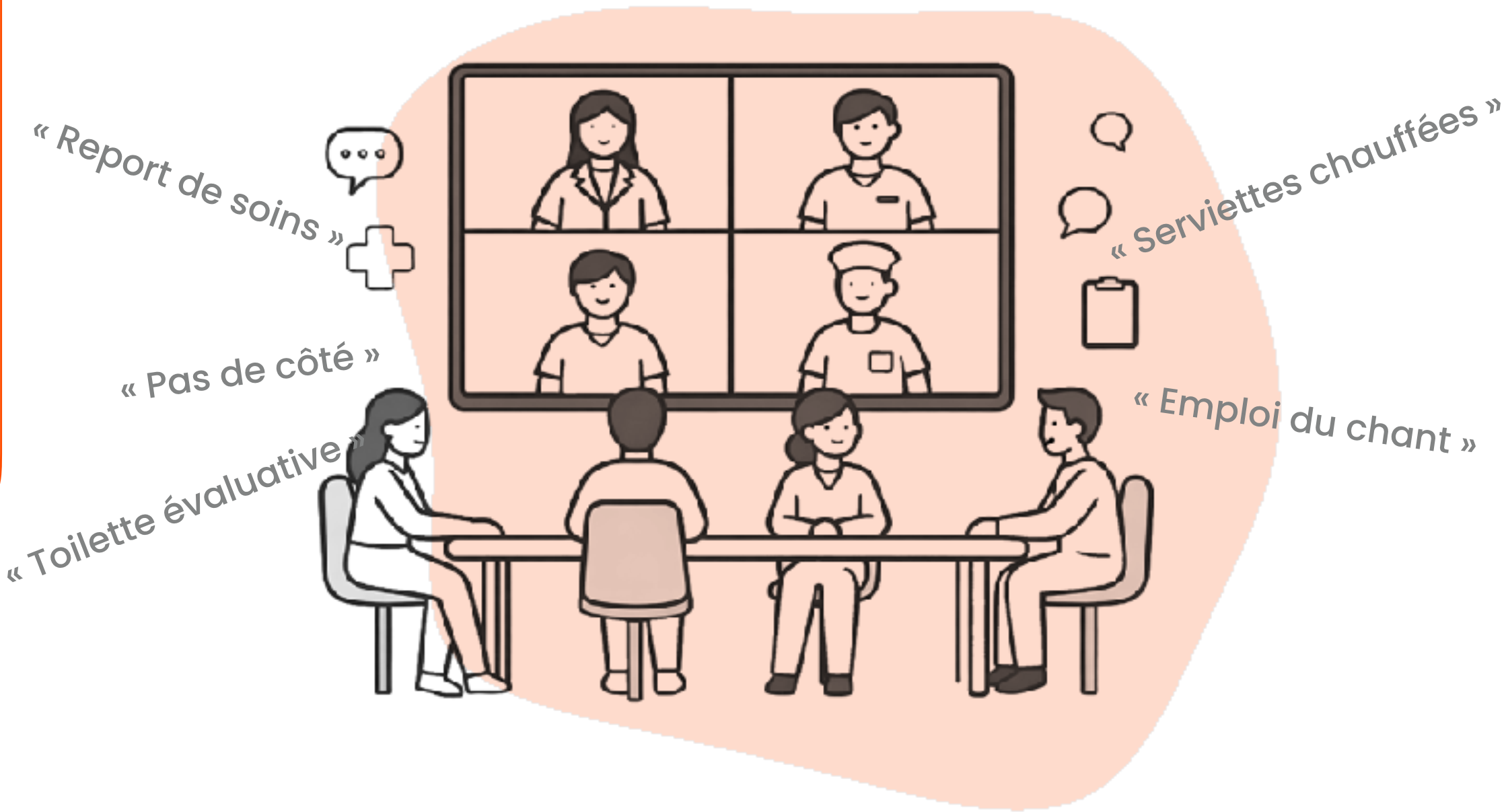
Situations complexes nécessitant d'approfondir les interventions non médicamenteuses

Convergences

- Pairs à pairs libère la parole
- Activation de compétences
- Formation sur les troubles neuro-cognitifs
- Valorise l'expertise terrain
- Tiers dans l'élaboration des plans de soins

Vigilances partagées

- Sollicitations trop tardive → réactivité faible
- Dispositif fragile si sous-financé
- Risque de surcharge organisationnelle
- Suivi post-séance indispensable



Attentes des gériatres

Positionnement clinique

- Système expert de 2e ligne
- Diagnostic différentiel des SPC
- Prescription raisonnée
- Activation des compétences terrain

Attentes envers les EHPAD

- Informations fines sur le contexte
- Présence des soignants de terrain
- Médecin coordinateur dans la boucle
- Adhésion de l'équipe au dispositif

Limites de la téléconsultation seule

- Dimension écologique absente
- Peu de place pour les INM
- Rapport descendant CHU / EHPAD
- Résultats inégaux selon les équipes

Discussion

Place de la Télépairtise dans l'offre de soins

- Pour les situations où les INM doivent être approfondies, après téléconsultation et avant recours à l'UCC.
- Comble un vide structurel : travail pluriprofessionnel centré sur les pratiques soignantes.
- Efficacité qui repose sur l'approche pairs à pairs : moins de freins, meilleure appropriation terrain.

Conditions d'implantation et facteurs de succès

- Réactivité indispensable : délai > 1 semaine = moindre adhésion de l'équipe et pertinence clinique.
- Accès simplifié (sans recours au médecin) et équipement visio adapté (grand angle, son, connexion stable)
- Suivi post-séance formalisé pour ancrer les stratégies et maintenir les effets.

Collaboration CHU-EHPAD et recommandations

- Complémentarité EHPAD-CHU : savoirs terrain valorisés et activés et expertise spécialisée mobilisés.
- Reconnaissance institutionnelle nécessaire : financement dédié et intégration à la filière gériatrique.
- Évaluation rigoureuse indispensable pour une intégration pérenne dans l'offre de soins.