



HAL
open science

Étude de la prise en charge non médicamenteuse de l'insomnie en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

Louise Heurtaux

► **To cite this version:**

Louise Heurtaux. Étude de la prise en charge non médicamenteuse de l'insomnie en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02516557

HAL Id: dumas-02516557

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02516557>

Submitted on 23 Mar 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE DE BORDEAUX
UFR des Sciences médicales

Année 2019

N°123

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE GENERALE
Par
Louise Heurtaux
Née le 25 février 1989 à Nantes

Présentée et soutenue publiquement
le 12 septembre 2019

**Etude de la prise en charge non médicamenteuse
de l'insomnie en établissements d'hébergement
pour personnes âgées dépendantes**

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Sébastien Leruste

Jury :

Monsieur le Professeur Jean-Philippe JOSEPH
Madame la Professeur Muriel RAINFRAY
Madame la Docteur Nolwen OIRY
Monsieur le Docteur Patrick GAILLARD
Monsieur le Docteur Sébastien LERUSTE

Président du jury
Juge
Juge
Rapporteur
Directeur de thèse

REMERCIEMENTS

Au Professeur Jean Philippe Joseph, veuillez trouver l'expression de mon profond respect et de ma gratitude pour votre implication en tant que Professeur de médecine générale, dans le but de nous former, de nous faire progresser et de nous transmettre votre expérience, et de ce fait de me faire l'honneur de présider la soutenance de cette thèse.

Au Professeur Muriel Rainfray, bénéficiaire de votre expertise en gériatrie et en travail universitaire dans le jugement de ce travail est une chance pour moi. Merci de me faire l'honneur de participer au jury de soutenance de cette thèse.

Au Docteur Nolwen Oiry, en tant que médecin en EHPAD, vous êtes au plus près des problématiques de santé qui s'y jouent, ainsi votre regard dans le jugement de ce travail est essentiel pour moi. Merci de me faire l'honneur de participer au jury de soutenance de cette thèse.

Au Docteur Patrick Gaillard, merci pour votre investissement dans la relecture et l'enrichissement de ce travail, ainsi que pour vos enseignements au département de médecine générale dont j'ai eu la chance de bénéficier.

Au Docteur Sébastien Leruste, merci d'avoir accepté de diriger ce travail, merci pour votre disponibilité, vos conseils, vos corrections tout au long de ce travail. C'est une chance pour moi d'avoir pu bénéficier de votre attention et de votre rigueur. Merci également pour vos enseignements au département de médecine générale.

A tous les soignants ayant participé à l'étude et aux cadres de santé / coordinateurs ayant permis cela, merci infiniment pour avoir accepté de prendre le temps de me rencontrer. Vos réponses et témoignages ont été très enrichissants pour moi du point de vue de la question de recherche de ce travail mais aussi de manière plus vaste. Merci pour votre travail au quotidien auprès des résidents en EHPAD. Veuillez recevoir l'expression de mon plus profond respect.

A Monsieur Olivier Maillard, pharmacien au centre d'investigation clinique et d'épidémiologie clinique du CHU Sud Réunion, pour la réalisation des analyses statistiques de ce travail. Merci pour votre aide à ce travail et votre disponibilité. C'est une chance pour moi d'avoir pu bénéficier de votre soutien.

A mon maitre de stage de médecine libérale en DCEM4 à Nantes, Docteur Dréno, pour votre accueil, et l'ouverture des portes du monde de la médecine libérale. Cela m'a permis de confirmer mon envie d'être médecin généraliste.

A mes maitres de stages de SASPAS Docteur Gomard et Docteur Cosnefroy, à Docteur Maréchal du service de psychiatrie du CHU Sud Réunion, et à tous les médecins qui m'ont accueilli dans leurs services pendant mon externat et internat pour leur accueil et leur formation.

A Anne Kerdoncuff, Marie-Odile De Brebisson, Claire Farny, Eric Bertrand et Yasmine Duval, pour m'avoir fait confiance pour mes premiers remplacements.

A mes parents, Emile et Françoise, merci pour tout, et tout le reste. Merci pour votre soutien indéfectible pendant mes études et dans ma vie en générale, pour vos conseils toujours justes, dans tous les domaines, de jour comme de nuit! Merci pour la vie que vous nous avez offerte, quelle chance de vous avoir comme parents!

A Anne et Bruno, merci de m'avoir supporté pendant mes études, vous faites partie de moi et vous m'accompagnez ainsi dans toutes ces petites épreuves et dans ma vie en général où que l'on soit.

A Chloé et Valentin, merci d'enrichir la famille. C'est une chance de pouvoir bénéficier de vos points de vue sur la médecine et le reste de façon non heurtauxformatée!

A Naomi, pour ce soutien mutuel pendant nos études depuis le lycée, sans toi rien n'aurait été possible. Je repense à nos discussions sur nos projets d'avenir, en rentrant d'ED en P1 le vendredi soir, sur le pont de Vincent Gâche, traversant la Loire, soleil couchant. Que de bons souvenirs grâce à toi!

A Chloé, Justine, Marine, Marion, Mélanie, Laura, Julia, Léo. Vos expériences et votre regard sur la médecine influencent ma pratique chaque jour, je pense souvent à vous quand je travaille! Merci pour cette amitié de toujours et ce lien amico-familial qui m'accompagnent partout et tout le temps.

A Cécile, Mathilde, Claire B et Claire C, pour avoir adouci et pimenté ces années d'étude à Nantes, et pour cette amitié si précieuse qui persiste quelle que soit la distance qui nous sépare.

A mes colocs', Fanny, Lucie, Lucile, Thibaut et Guillaume, pour avoir fait de la maison un petit cocon face au stress des premiers semestres d'internat et pour votre amitié si précieuse pour moi, ainsi qu'à **Pauline et Romain,** tout pareil.

A mes cointernes, Léa, pour nos expériences intrépides et ton soutien à toute épreuve, **Guitou,** le plus sympa des cointernes, **Lorraine** pour nous avoir guidé aux urgences, **Alexandra, Yannick, Sylvain, Anthony, Clara, Diane, Yaël, Nermine et Coline.**

A Marion, Cécile, Thibault, Aurélie, Marie, Florent, Elisa, Caroline, Laura, Antoine, Sébastien, Claire, Jean-Eric et Elodie pour faire que cette promo soit si sympa

A Matthias, pour ton intelligence, ton soutien, ton aide et tes remarques pour ce travail de thèse, et dans le travail et la vie en général (et aussi pour ton existence, ta douceur, ta gentillesse, ta présence rassurante, tes yeux bleus, ... ∞), mi aim a ou.

Enfin, à Max et Félix.

Table des matières

REMERCIEMENTS	3
Liste des figures et tableaux	8
Liste des abréviations	9
CONTEXTE.....	11
I) L'insomnie chronique : définition, physiopathologie, prévalence et conséquences.....	11
I-1) Insomnie : définition	11
I-2) Sommeil et sommeil de la personne âgée : physiologie.....	11
I-3) Insomnie : prévalence.....	13
I-4) Insomnie : conséquences	13
II) Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes : une population aux caractéristiques propres, un lieu au fonctionnement complexe.....	14
II-1) Les résidents en EHPAD, une population aux caractéristiques propres	14
II-2) La vie en EHPAD, un fonctionnement complexe	14
III) Prise en charge de l'insomnie chronique des personnes âgées, institutionnalisées : recommandations et études	15
III-1) Ce que disent les recommandations.....	15
III-2) Les traitements non médicamenteux	16
III-2-1) La thérapie cognitivo-comportementale.....	16
III-2-2) L'activité physique.....	17
III-2-3) L'acupuncture	18
III-2-4) L'acupressure	18
III-2-5) La phytothérapie.....	18
III-2-6) La luminothérapie	19
III-2-7) Autres méthodes	19
III-3) Les traitements médicamenteux	20
III-4) L'effet Placebo	20
INTRODUCTION.....	21
MATERIEL ET METHODE.....	23
I) Type de l'étude	23
II) Population de l'étude	23
III) Recueil des données	23
IV) Analyse des données	24
V) Critère de jugement principal.....	25
VI) Ethique	25
RESULTATS	27
I) La population de l'étude	27

I-1) Diagramme de flux	27
I-2) Caractéristiques des EHPAD inclus	28
I-3) Caractéristiques des soignants ayant participé à l'étude	29
II) Prise en charge non médicamenteuse de l'insomnie	30
II-1) Taux de soignants déclarant proposer des traitements non médicamenteux dans la prise en charge de l'insomnie.....	30
II-2) Acteurs	30
II-3) Traitements utilisés ou prescrits	32
II-4) Difficultés et leviers	36
II-4-1) Difficultés	36
II-4-2) Leviers	38
III) Absence d'utilisation des traitements non médicamenteux	40
IV) Influence de l'horaire de travail sur la pratique	41
IV-1) Influence de l'horaire de travail sur l'utilisation ou non des traitements non médicamenteux.....	41
IV-2) Influence de l'horaire de travail sur les traitements utilisés	41
IV-3) Influence de l'horaire de travail sur les acteurs à l'origine des soins	42
IV-4) Influence de l'horaire de travail sur les difficultés et leviers rencontrés	42
IV-4-1) Influence sur les difficultés	42
IV-4-2) Influence sur les leviers	43
IV-5) Influence de l'horaire de travail sur les motifs de non-utilisation des traitements non médicamenteux.....	43
V) Regard des soignants sur le change systématique des protections en lien avec l'incontinence la nuit	43
DISCUSSION	45
I) Analyse des résultats principaux.....	45
II) Confrontation à la littérature	47
II-1) La population de l'étude	47
II-2) Le taux de soignants utilisant des méthodes non médicamenteuses dans la prise en charge de l'insomnie	49
II-3) Les traitements non médicamenteux utilisés	49
II-4) Les acteurs à l'origine des traitements non médicamenteux : peu de prescriptions	51
II-5) Les difficultés et freins rencontrés : manque de temps et de personnel au premier plan	52
II-6) Les leviers rencontrés : la formation, un levier majeur	53
III) Forces et faiblesses de l'étude.....	53
IV) Perspectives	54
CONCLUSION	57
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	59

ANNEXES	65
Annexe 1 : Questionnaire proposé aux soignants	65
Annexe 2 : Question supplémentaire proposée oralement aux soignants au cours de l'étude.	68
Annexe 3 : Affiche d'information avant la venue de la chercheuse.....	69
Annexe 4 : Questionnaire sur les caractéristiques de l'EHPAD.....	70
SERMENT MEDICAL	71

Liste des figures et tableaux

FIGURES

Figure 1 : Diagramme de flux

TABLEAUX

Tableau 1 : Caractéristiques des EHPAD inclus

Tableau 2 : Caractéristiques des soignants inclus

Tableau 3 : Utilisation/prescription de traitements non médicamenteux dans la prise en charge de l'insomnie selon le poste de travail

Tableau 4 : Utilisation/prescription de traitements non médicamenteux dans la prise en charge de l'insomnie selon le genre, l'âge et l'ancienneté des soignants et le travail ou non en unité protégée

Tableau 5 : Acteurs à l'origine des soins

Tableau 6 : Traitements utilisés par les soignants, par ordre de fréquence

Tableau 7 : Freins et difficultés rencontrés par les soignants dans l'application des traitements non médicamenteux dans la prise en charge de l'insomnie, par ordre de fréquence

Tableau 8 : Leviers rencontrés par les soignants pour l'application des traitements non médicamenteux dans la prise en charge de l'insomnie, par ordre de fréquence

Tableau 9 : Motifs de non-utilisation des traitements non médicamenteux dans la prise en charge de l'insomnie, par ordre de fréquence

Tableau 10 : Utilisation des traitements non médicamenteux selon l'horaire de travail

Tableau 11 : Traitements non inhérents à l'horaire de travail appliqués différemment selon l'horaire de travail

Tableau 12 : Difficultés perçues différemment selon l'horaire de travail des soignants (hors difficultés inhérentes à l'horaire de travail)

Liste des abréviations

ANESM : Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux

EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

ET : Ecart type

GIR : Groupe iso-ressources

GMP : Gir moyen pondéré

MMS : Mini mental status

MOY : Moyenne

N : Nombre

PASA : Pôle d'activité et de soins adaptés

PASS : Pôle d'activité et de soins spécifiques

PSQI : Pittsburgh sleep quality index

TCC : Thérapie cognitivo-comportementale

CONTEXTE

I) L'insomnie chronique : définition, physiopathologie, prévalence et conséquences

I-1) Insomnie : définition

L'insomnie chronique est définie par le ressenti d'une insuffisance de l'installation ou du maintien du sommeil la nuit, ou d'une mauvaise qualité restauratrice du sommeil, associée à des retentissements diurnes (fatigue, perte de concentration, trouble de la mémoire, trouble de l'humeur, irritabilité, difficulté à réaliser une tâche) pendant au moins un mois (1).

I-2) Sommeil et sommeil de la personne âgée : physiologie

Deux processus principaux interviennent dans la régulation du rythme veille-sommeil : les processus homéostatiques (le processus S) et les processus circadiens (le processus C) (2, 3, 4).

Le processus S est dépendant de la phase d'éveil : c'est un processus accumulatif qui dépend de la durée de la phase d'éveil et de ce qu'on y fait. Selon ce processus, plus la phase d'éveil est longue, plus la propension à s'endormir augmente. Si la phase d'éveil est plus courte (sieste), la propension à s'endormir diminue (2, 3).

Le processus C est dépendant de l'horloge interne de chaque individu, entraînant une phase de vigilance et une phase de sommeil, rythmées sur environ 24 heures. Il entraîne une phase de sommeil principalement autour de 1 à 5 heures du matin et à moindre degré entre 14 heures et 16 heures (2, 3).

Cette horloge interne semble principalement située dans le cerveau au niveau des noyaux suprachiasmatiques (dans l'hypothalamus). Elle est en interaction avec la quasi-totalité des régions cérébrales (2).

Le processus S est dégradé, proportionnellement à la durée du sommeil : il intervient dans les premières heures du sommeil ou lors d'une sieste. Le processus C prend le relais pour permettre le maintien du sommeil en deuxième partie de nuit (2, 3).

C'est donc la synchronisation entre ces deux processus qui permet l'entrée dans le sommeil et son maintien au cours de la nuit.

Plusieurs facteurs jouent sur cette synchronisation (ce sont des « synchronisateurs ») : la lumière et l'alternance lumière/obscurité, potentiellement les mouvements du corps (transmis notamment par le vestibule), la température corporelle (baisse de la température centrale au moment de l'endormissement, en lien avec une vasodilatation périphérique), des facteurs hormonaux (la mélatonine est la principale hormone de régulation des rythmes chronobiologiques), des neurotransmetteurs (la sérotonine est inductrice de sommeil par exemple) et des facteurs cognitifs et émotionnels (2, 3).

Enfin, une part génétique avec des gènes identifiés influe sur les besoins de sommeil de chacun (durée, horaire) (3).

Chez les personnes en bonne santé, au fur et à mesure de l'avancée en âge et particulièrement après 65 ans, il est fréquent que le processus C se modifie. La modification principale est une diminution du contraste entre la veille le jour et le sommeil la nuit, avec pour conséquence une somnolence diurne et des réveils nocturnes. Une avance de phase avec une phase d'entrée en sommeil plus précoce dans la soirée est également observée (2).

Il existe également une modification de l'architecture du sommeil (normalement succession de plusieurs cycles d'environ 90 minutes constitués de sommeil lent léger, lent profond puis sommeil paradoxal) avec notamment une raréfaction du sommeil lent profond qui est reconnu comme étant le « sommeil réparateur » (2, 4).

Ces modifications s'accroissent dans certaines pathologies du vieillissement comme la maladie d'Alzheimer (inversion du rythme nyctéméral) (2).

Deux principales hypothèses sont proposées pour expliquer ces modifications liées à l'âge. Il pourrait s'agir d'une dégradation des structures nerveuses en lien avec l'horloge biologique. Sur des modèles d'animaux vieillissants, une réduction du nombre de cellules et du volume des noyaux supra-chiasmatiques a été constatée. Une greffe de cellule fœtale de ces noyaux restaurait la rythmicité circadienne antérieure. Il pourrait également s'agir d'une atténuation de l'impact des synchronisateurs externes sur le rythme circadien (moins d'exposition à la lumière, moins de luminosité perçue du fait de l'opacification du cristallin, moins d'activité physique) (2).

I-3) Insomnie : prévalence

L'insomnie chronique est un problème de santé fréquent en France avec une prévalence de 15,8 % dans la population générale (5).

Chez les personnes âgées de plus de 75 ans, la prévalence de l'insomnie chronique est de 18,3 % chez les femmes et de 8,5 % chez les hommes (5).

Cette prévalence augmente au sein des Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) avec une prévalence variant de 28 à 74 % selon les études (6, 7, 8, 9).

I-4) Insomnie : conséquences

Tout âge confondu, l'insomnie chronique est corrélée à des troubles organiques, psychiatriques et sociaux.

Ainsi, l'insomnie chronique est significativement corrélée aux troubles anxieux et aux syndromes dépressifs (10), à l'hypertension artérielle (11), au diabète de type 2 (même s'il existe des facteurs de confusion) (12), à des antécédents de coronaropathie et d'accidents vasculaires cérébraux (13) et semble associée de manière bidirectionnelle au développement de la maladie d'Alzheimer (14).

Elle entraîne des conséquences négatives sur la vie professionnelle et familiale (15), et est corrélée à un plus fort taux d'accidents domestiques ou de voiture (16).

Chez les personnes âgées (plus de 65 ans), elle est corrélée à un état de santé global de moins bonne qualité (17).

Enfin, en EHPAD l'insomnie est corrélée à un plus faible degré d'autonomie des résidents : on constate plus de difficulté aux gestes de la vie quotidienne, une détérioration cognitive et une moins bonne qualité des activités sociales et des interactions (6, 18).

II) Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes : une population aux caractéristiques propres, un lieu au fonctionnement complexe

II-1) Les résidents en EHPAD, une population aux caractéristiques propres

En 2015, 585 560 personnes vivaient en EHPAD en France soit 8 % des 75 ans ou plus et 26 % des 90 ans ou plus (19).

A La Réunion, en 2016 on comptait 1 312 places en EHPAD (20) pour 83 000 personnes âgées de plus de 65 ans recensées en 2014 (21).

Il s'agit d'une population très âgée, l'âge médian des résidents en institution étant de 87 ans et 5 mois (19).

Sur le plan médical, en 2013, 47 % des résidents présentaient un syndrome démentiel (22) (prévalence de 15 % chez l'ensemble des personnes âgées de 80 ans en 2019 (23)).

Enfin en 2015, 54 % des résidents en EHPAD étaient en situation de grande dépendance, groupes iso-ressources (GIR) 1 ou 2 (19).

Ces données sont importantes dans l'étude des troubles du sommeil, sachant que la démence est pourvoyeuse de fréquents troubles du sommeil (notamment l'inversion du rythme nyctéméral), retrouvés chez 40 à 70 % des personnes suivies pour un syndrome démentiel, et qui nécessitent en partie une prise en charge propre (24).

De même, la grande dépendance influe sur le rythme de vie au quotidien intimement lié au rythme veille-sommeil.

II-2) La vie en EHPAD, un fonctionnement complexe

L'EHPAD est un lieu de vie médicalisé qui propose un accueil en chambre, destiné aux personnes de plus de 60 ans nécessitant des soins ou de l'aide au quotidien. Les chambres peuvent être simples ou doubles (25).

Certains EHPAD disposent d'une structure adaptée à l'accueil des personnes présentant des syndromes démentiels (unités de vie protégées, unité d'hébergement renforcée) ou/et disposent d'un Pôle d'activité et de soins adaptés (PASA), destiné à proposer des activités de

jour aux personnes atteintes de syndromes démentiels. Quarante pour cent des résidents souffrant de démence bénéficient d'au moins une de ces structures (19).

Il s'agit d'un lieu de vie collectif, mais où légalement il existe un droit à une prise en charge et à un accompagnement individualisé, avec notamment l'obligation légale d'établir un projet de vie individualisé pour chaque résident (26).

En EHPAD une problématique entre cet accompagnement individuel préconisé, et les contraintes organisationnelles semble exister (26). Il est en effet parfois décrit une « culture sanitaire » semblant favoriser un soin théoriquement bien exécuté (toilette complète, changes systématiques) au dépend des souhaits et demandes d'une personne en particulier (26). Il existe également une problématique importante de choix entre respecter la liberté individuelle des résidents et assurer leur sécurité (par exemple laisser une personne déambuler vs le risque de chute) (26).

Ce fonctionnement interfère dans la prise en charge des troubles médicaux, particulièrement pour les troubles du sommeil, compte tenu de l'importance du rythme de vie pour cette maladie.

III) Prise en charge de l'insomnie chronique des personnes âgées, institutionnalisées : recommandations et études

L'insomnie, notamment chez les personnes âgées peut être secondaire à une autre maladie : syndrome d'apnée du sommeil, syndrome des jambes sans repos, syndromes douloureux (27). Dans ce cas la prise en charge de la maladie primitive est essentielle pour soulager les troubles du sommeil.

En association à cela ou en cas d'insomnie isolée, différents outils thérapeutiques peuvent être mobilisés, médicamenteux ou non médicamenteux.

III-1) Ce que disent les recommandations

Les recommandations officielles en France et en Europe, préconisent en première intention les traitements non médicamenteux dans la prise en charge de l'insomnie chronique chez les personnes âgées, mettant au premier plan les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) (1, 28).

Parallèlement, aucun traitement médicamenteux n'est indiqué dans le traitement de l'insomnie chronique et aucun n'est recommandé pour une durée d'utilisation de plus de 4 semaines (29).

Les recommandations françaises de soins en EHPAD recommandent également les traitements non médicamenteux en première intention chez les résidents non atteints de démences et en association avec des traitements médicamenteux chez les résidents atteints de démences (30).

Chez les résidents non déments, les méthodes suggérées par ces recommandations sont :

- > une exposition à la lumière et des activités physiques le jour ;
- > éviter un coucher trop précoce et proposer des siestes plus courtes ;
- > améliorer l'environnement de la nuit : diminuer le bruit, la lumière, la température ou ne pas aller voir si les résidents dorment ou sont souillés.

Chez les résidents atteints de démences, elles préconisent la stimulation lumineuse diurne en association avec un traitement médicamenteux (30).

III-2) Les traitements non médicamenteux

Plusieurs traitements non médicamenteux ont fait la preuve de leur efficacité dans la prise en charge de l'insomnie chronique chez les personnes âgées, institutionnalisées ou non, atteintes ou non de démence.

III-2-1) La thérapie cognitivo-comportementale

C'est une psychothérapie multimodale (31, 32). Elle inclut de façon plus ou moins combinée :

- **La restriction du temps de sommeil**, qui consiste à réduire le temps passé au lit dans le but d'obtenir un état de légère privation de sommeil et de ressentir de la somnolence au coucher, par exemple en retardant l'heure du coucher par tranche de 15 minutes tous les 10 jours, sans modifier l'heure du lever.
- **Le contrôle du stimulus** qui consiste à recréer une association mentale entre le coucher et le sommeil. Il est en effet constaté que chez certains patients souffrant d'insomnie, le coucher est associé à des moments d'insomnie, d'attente du sommeil. Le but de ce traitement est de modifier cette association, notamment en conseillant au patient d'aller se coucher uniquement

quand il ressent une somnolence, de sortir du lit quand il est impossible de s'endormir au bout de 15/20 minutes et de retourner se coucher seulement lorsque la somnolence se fait ressentir. Il est également conseillé de ne pas avoir d'autres activités dans son lit/chambre et de consacrer vraiment ce lieu au sommeil (éviter de regarder la télévision/travailler au lit).

- **La relaxation** : technique de détente physique et mentale résultant d'une diminution du tonus musculaire et de la tension nerveuse.

- **L'hygiène du sommeil** : dormir selon les besoins mais pas plus (éviter les siestes), adopter de horaires réguliers de coucher et lever, éviter le bruit, la lumière et une température excessive dans la chambre, éviter le café, l'alcool et la nicotine les heures précédant le coucher, pratiquer une activité physique, avant 17h, et éviter des repas trop copieux le soir.

- **La thérapie cognitive** qui consiste à identifier des croyances ou des attentes vis à vis du, sommeil délétères pour le patient et essayer de les remplacer par une autre vision. Cela peut permettre de diminuer par exemple l'anxiété anticipatoire au moment du coucher.

(31, 32, 33)

La TCC améliore de façon significative les paramètres du sommeil contre placebo chez les personnes âgées non atteintes de trouble cognitif, évalués à 6 mois du début du traitement (34). C'est également le cas du contrôle du stimulus et de la restriction du sommeil utilisés seuls (34, 35).

La relaxation ou l'hygiène du sommeil seules n'ont pas montrées d'amélioration significative du sommeil (34, 36).

Enfin, tout âge confondu, la TCC est aussi efficace que les benzodiazépines et le zolpidem dans la prise en charge de l'insomnie (34).

III-2-2) L'activité physique

Plusieurs études ont montré qu'une activité physique régulière chez les personnes de plus de 60 ans diminuait la somnolence diurne, était associée à un plus faible taux de prise d'hypnotique, diminuait la somnolence diurne et améliorait la qualité de sommeil nocturne (2). Les exercices aérobies (activités sportives « de fond ») d'intensité modérée amélioraient objectivement le sommeil sur les tracés polysomnographiques. Chez les sujets institutionnalisés, une activité physique de faible intensité et de courte durée permettait également d'améliorer la qualité subjective du sommeil (2, 37).

Il était rapporté que la pratique de l'activité était plus bénéfique pour le sommeil quand elle était pratiquée entre 4 et 8 heures avant le coucher (2) mais elle restait efficace quel que soit le moment où elle était pratiquée dans la journée (37).

III-2-3) L'acupuncture

Une amélioration significative des troubles du sommeil chez des personnes atteintes de démences et présentant des troubles du sommeil a été observée après 6 semaines de soins d'acupuncture standardisés (38).

III-2-4) L'acupressure

Chez des personnes âgées institutionnalisées, l'acupressure appliquée à des points corporels spécifiques définis par la médecine traditionnelle chinoise entraînait une amélioration significative de la qualité subjective du sommeil, immédiatement après le traitement et à 1 mois (non évalué à long terme), par rapport à des massages à la même fréquence à des points corporels quelconques (39).

III-2-5) La phytothérapie

Une amélioration significative de la qualité subjective du sommeil a été constatée chez des personnes âgées institutionnalisées après un mois de traitement par extrait de camomille contre placebo, juste après la fin du traitement et se maintenant 15 jours après le traitement, sans effet indésirable rapporté (40).

Une revue de la littérature publiée en 2005 sur l'efficacité des plantes médicinales sur l'insomnie suggèrait une efficacité de la valériane dans le traitement de l'insomnie chronique chez des personnes tout âge confondu, avec une efficacité retrouvée après au moins 2 à 4 semaines de traitement. Les effets indésirables reportés étaient des céphalées ou des rêves inhabituels très réalistes (41). Chez les personnes âgées, aucune étude n'a démontré une efficacité significative de la valériane sur l'insomnie.

III-2-6) La lumineothérapie

Une revue de la littérature de la Cochrane a été publiée en 2014 portant sur 8 études randomisées contrôlées qui évaluaient l'efficacité de la lumineothérapie dans le traitement de plusieurs troubles chez des personnes atteintes de démences. La conclusion de cette étude était qu'il n'existe pas d'efficacité significative de la lumineothérapie dans la prise en charge des troubles du sommeil chez les résidents atteints de démence (42).

Ce résultat est à mettre en balance avec celui d'une méta-analyse publiée en 2016, étudiant l'effet de la lumineothérapie sur l'insomnie toutes catégories de patient confondues (15 études) et plus particulièrement chez les personnes atteintes de démences (11 études). Les critères de sélections des études étaient moins stricts que ceux de la revue de la littérature précédente : les études incluses n'étaient pas uniquement des essais randomisés contrôlés. Cette étude montrait une amélioration significative du sommeil après lumineothérapie, sur le temps total de sommeil et l'efficacité du sommeil sur l'ensemble des patients et dans le groupe des personnes atteintes de démence (43).

III-2-7) Autres méthodes

Concernant l'efficacité des interactions sociales sur le sommeil, une intervention individualisée permettant une interaction sociale menée auprès des résidents permettait une diminution significative de la somnolence diurne mais seulement une tendance non significative à l'amélioration des paramètres du sommeil contre groupe contrôle (44).

Concernant l'hypnothérapie, une méta-analyse publiée en 2015 chez des personnes tout âge confondu, ne montrait pas d'amélioration significative du sommeil contre placebo (45).

Concernant l'aromathérapie, une méta-analyse conduite sur 12 études coréennes chez des personnes tout âge confondu montrait que l'aromathérapie, principalement à base de *lavandula augustifolia* entraînait une amélioration significative du sommeil, en inhalation (46). Cependant, la méthodologie de cette étude semble discutable (études recherchées dans banque de données réduite, modalité d'aromathérapie très différentes selon les études, amélioration du sommeil non détaillée).

Concernant la musicothérapie, une étude chinoise réalisée chez des résidents de maison de retraite, âgés de plus de 60 ans, ne présentant pas de troubles cognitifs, montrait une amélioration significative de la qualité subjective du sommeil après trois mois d'écoute quotidienne de 30 à 45 minutes de musique calme à écouter la nuit, spécialement conçue à cet

effet. Cependant cette amélioration a été également observée de façon similaire dans le groupe contrôle. Il est donc difficile de conclure sur les résultats de cette étude (47).

III-3) Les traitements médicamenteux

Actuellement, aucun traitement médicamenteux n'est indiqué dans le traitement de l'insomnie chronique et aucun n'est recommandé pour une durée d'utilisation de plus de 4 semaines (29). Le rapport bénéfice/risque de ces traitements utilisés de manière prolongée est discuté chez les personnes âgées (notamment pour les traitements sédatifs) (29).

Chez les personnes âgées les traitements hypnotiques sédatifs sont associés à des effets indésirables comme l'apparition de troubles cognitifs et une fatigue diurne (48). L'augmentation du risque de chute et de fracture chez les personnes âgées sous ces traitements est également discutée (49,50).

En EHPAD, les traitements médicamenteux de l'insomnie sont fréquemment utilisés : 24,3 % des résidents suivent un traitement hypnotique ou sédatif dans cette indication (22).

Il existe une augmentation significative de ce pourcentage à l'entrée en institution (17,5 % avant admission) (22).

Une étude suivant la prescription des traitements médicamenteux (benzodiazépine et anti histaminique, neuroleptique, et anti dépresseur) dans la prise en charge de l'insomnie pendant 6 mois en EHPAD montrait une stabilité des prescriptions médicamenteuses pour toutes ces classes entre le début de l'étude et la réévaluation à 6 mois (pas de différence significative entre les deux évaluations) (51).

III-4) L'effet Placebo

Dans les études qui évaluent des méthodes thérapeutiques dans la prise en charge de l'insomnie contre placebo, on remarque que les troubles du sommeil évoluent également sous traitement placebo. Au regard de cela, plusieurs méta-analyses ont évalué l'effet placebo dans la prise en charge de l'insomnie, montrant une amélioration significative des paramètres du sommeil après utilisation d'un placebo mimant un traitement pharmacologique ou psychothérapeutique (52, 53).

INTRODUCTION

L'insomnie chronique est un problème de santé fréquent chez les résidents en EHPAD, avec une prévalence variant de 28 à 74 % selon les études (6, 7, 8, 9).

Cette prévalence est plus élevée que chez l'ensemble des personnes âgées de plus de 75 ans en France (5).

L'insomnie chronique chez les personnes âgées est corrélée à un état de santé global de moins bonne qualité (17) et en EHPAD à un plus faible degré d'autonomie des résidents (6).

Les recommandations en France et en Europe préconisent en première intention les traitements non pharmacologiques dans la prise en charge de l'insomnie chronique chez les personnes âgées (1, 28).

Les études montrent que chez les personnes âgées non atteintes de démence, la thérapie cognitivo-comportementale (TCC), la restriction du sommeil seule et le contrôle du stimulus seul améliorent les paramètres du sommeil contre placebo, avec pour la TCC, tout âge confondu, une efficacité similaire aux benzodiazépines et au zolpidem (34). Chez les personnes âgées institutionalisées, l'activité physique (2, 37), l'acupressure (39) ou la phytothérapie à base de camomille (40) ont permis une amélioration significative des paramètres du sommeil.

Enfin, chez les personnes âgées démentes, l'acupuncture (38) a également montré une amélioration significative des paramètres du sommeil.

L'efficacité de la luminothérapie est débattue (42, 43).

Parallèlement, aucun traitement médicamenteux n'est indiqué dans la prise en charge de l'insomnie chronique (32). Le rapport bénéfice/risque de ces traitements utilisés de manière prolongée est discuté chez les personnes âgées (notamment du fait d'une potentielle augmentation du risque de chute pour les traitements sédatifs) (29, 49, 50).

En EHPAD, les traitements médicamenteux sont fréquemment utilisés dans la prise en charge de l'insomnie (22), de manière prolongée (51) et il existe une augmentation significative de ce taux de prescriptions à l'entrée en institution (22).

Les modalités d'applications des traitements non médicamenteux dans la prise en charge de l'insomnie en EHPAD n'ont jamais été étudiées.

Quel est le taux de soignants déclarant proposer des traitements non médicamenteux dans la prise en charge de l'insomnie chez les résidents en EHPAD à La Réunion ?

L'objectif principal de cette étude était de connaître le taux de soignants déclarant proposer des traitements non médicamenteux dans la prise en charge de l'insomnie chez les résidents en EHPAD à La Réunion.

Les objectifs secondaires étaient de décrire les traitements non médicamenteux utilisés, d'identifier les acteurs intervenant dans l'application de ces traitements non médicamenteux, de connaître les freins et les leviers perçus par les soignants à l'utilisation de ces traitements non médicamenteux, et de connaître les motifs de non application de ces traitements non médicamenteux.

MATERIEL ET METHODE

I) Type de l'étude

Il s'agissait d'une étude épidémiologique transversale, descriptive, à type d'étude déclarative et de recueil d'opinion.

II) Population de l'étude

La population de l'étude était le personnel soignant des EHPAD.

Le critère d'inclusion était d'être un membre du personnel d'un EHPAD intervenant dans les soins auprès des résidents.

Le critère d'exclusion était de ne pas intervenir dans les soins directement auprès des résidents (coordination, entretien des locaux, restauration).

La liste des EHPAD de La Réunion a été transmise par l'Agence régionale de santé à la chercheuse.

Le directeur de l'EHPAD, le cadre de santé, l'infirmier ou le médecin coordonnateurs de tous les EHPAD ont été contactés par téléphone ou par mail par la chercheuse pour présenter le projet.

La chercheuse demandait à rencontrer des membres des équipes soignantes d'au moins une journée et une nuit de travail et au moins un représentant de chaque corps de métier pratiquant des soins auprès des résidents de l'EHPAD.

III) Recueil des données

Un questionnaire hétéro-administré anonyme était proposé aux soignants participant à l'étude.

Il a été élaboré à partir de données de la littérature et discuté avec le Directeur de thèse et un membre de l'unité de soutien méthodologique du centre hospitalier universitaire de La Réunion.

Il a été testé auprès d'un infirmier et d'une personne extérieure au domaine soignant afin de s'assurer de sa clarté.

Il comprenait 17 questions : une première partie permettant le recueil de données démographiques (genre, âge) et professionnelles (poste occupé, formation, ancienneté), une deuxième partie interrogeant sur l'utilisation ou non de méthodes non médicamenteuses dans la prise en charge de l'insomnie, et enfin deux volets : un volet pour les soignants ayant répondu positivement à cette question précisant les méthodes utilisées, les intervenants associés à cette prise en charge, les difficultés et leviers rencontrés et un deuxième volet pour les soignants ayant répondu négativement à cette question, les interrogeant sur les motifs de la non-utilisation des méthodes non médicamenteuses.

Ce questionnaire (annexe 1) a été proposé aux soignants aux cours de brefs entretiens, individuels ou collectifs, sur leur lieu de travail à un moment désigné par le coordonnateur, puis par les soignants selon leurs disponibilités au moment du passage de la chercheuse.

Au cours de l'étude, une dix-huitième question posée oralement a été proposée aux soignants au sujet de leur avis sur le changement systématique des protections en cas d'incontinence la nuit (annexe 2).

Les soignants étaient informés de la venue de la chercheuse (affiche proposée par la chercheuse, transmission faite par le coordonnateur) (annexe 3).

Les questions et les propositions de réponses étaient lues par la chercheuse aux participants et les réponses orales du participant étaient rapportées par écrit à la main sur les questionnaires par la chercheuse.

Si pour des raisons organisationnelles propre à l'EHPAD cette procédure ne pouvait être mise en place, il était prévu que le questionnaire puisse être rempli par les soignants eux-mêmes en l'absence de la chercheuse.

Enfin, lors de la rencontre avec le cadre ou infirmier/médecin coordinateur ou avec les soignants, des informations sur les caractéristiques de l'EHPAD étaient recueillies (annexe 4).

IV) Analyse des données

Afin de conserver le plus d'informations issues de ces entretiens, pour les questions à choix multiples, chaque réponse « autre » émise par les participants a été considérée de la même façon que les items déjà proposés dans le questionnaire pour l'analyse des données. Il sera mentionné dans les résultats s'il s'agissait d'un item proposé ou d'une réponse spontanée.

Les réponses aux questionnaires ont été saisies dans un questionnaire Google Form[®] puis exportées sous forme d'un tableau dans le logiciel Excel[®]. Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel SPSS[®] (IBM SPSS 23.0. IBM Corp Amonk. NY) par un membre de l'équipe de soutien méthodologique attaché au centre hospitalier universitaire de La Réunion. Le test du χ^2 a été utilisé pour les analyses comparatives (variables qualitatives). Le risque α a été fixé à 5 %.

V) Critère de jugement principal

Le critère de jugement principal était la déclaration de l'utilisation par le soignant de traitements non médicamenteux dans la prise en charge de l'insomnie des résidents.

VI) Ethique

Une information sur les modalités et la finalité de l'étude et sur le mode d'utilisation des données était transmise oralement à chaque participant. Leur consentement oral était recueilli avant de débiter le questionnaire.

Il a été mentionné au cours de ces entretiens que les noms des EHPAD ne seraient pas cités dans l'étude et qu'il n'y aurait pas d'analyses comparatives entre les EHPAD.

Les questionnaires étaient strictement anonymes et la chercheuse ne possédait aucun fichier mentionnant l'identité des répondants. De ce fait les répondants ne pouvaient pas être identifiés de façon directe ou indirecte dans notre étude.

Aucune donnée sensible n'a été collectée.

Il n'a donc pas été réalisé de demande d'autorisation auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés.

RESULTATS

I) La population de l'étude

Les dix-sept EHPAD existant à La Réunion ont été contactés. Le recueil de données a été effectué de septembre 2017 à novembre 2018.

I-1) Diagramme de flux

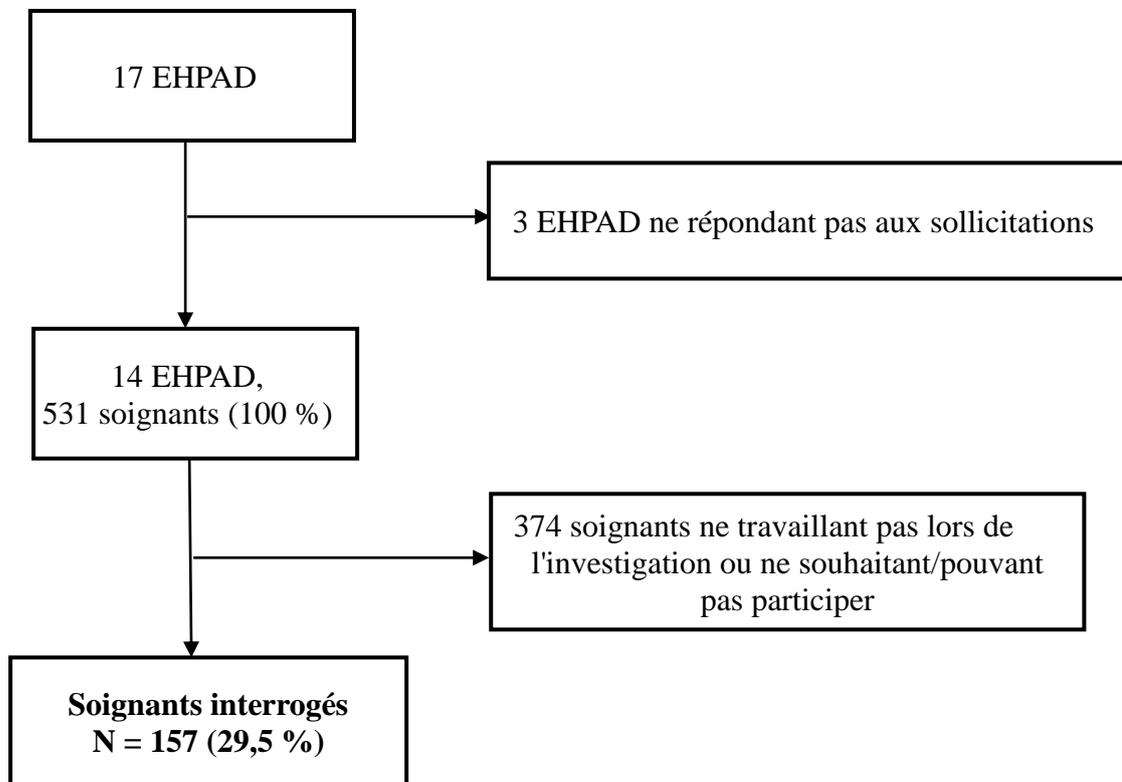


Figure 1 : Diagramme de flux

I-2) Caractéristiques des EHPAD inclus

Quatorze EHPAD ont été inclus dans l'étude.

Caractéristiques des EHPAD inclus concernant :	Effectif (N=14)
Les résidents	
Effectif moyen par EHPAD Moy ; ET	78,1 ; 21,8
GIR moyen pondéré ¹ Moy ; ET	760,4 ; 53,7
Pathos moyen pondéré ² Moy ; ET	187,3 ; 16,7
Les soignants	
Effectif moyen par EHPAD Moy ; ET	37,9 ; 14
EHPAD bénéficiant d'un/plusieurs médecin traitant	12
EHPAD bénéficiant d'un psychologue	10
EHPAD bénéficiant d'un animateur	14
Les unités spécialisées	
EHPAD bénéficiant d'un PASA ³ /PASS ⁴	8
EHPAD bénéficiant d'une unité de vie protégée	12
EHPAD bénéficiant d'une unité d'hébergement renforcée	1
Les équipements	
EHPAD proposant des chambres doubles	6
EHPAD disposant de la climatisation dans les chambres	10
Les soins	
EHPAD utilisant les projets de vie individualisés	10
EHPAD utilisant un protocole de prise en charge de l'insomnie	1

moy = moyenne, ET = écart type

1 : GIR Moyen Pondéré = niveau moyen de dépendance des résidents (plus le score est élevé, plus les résidents sont dépendants), 2 : Pathos moyen pondéré = score qui évalue la charge en soins en EHPAD (plus le score est élevé, plus la charge en soins est lourde), 3 : PASA = Pôle d'activité et de soins adaptés, 4 : PASS = Pôle d'activité et de soins spécifiques

Tableau 1 : Caractéristiques des EHPAD inclus

I-3) Caractéristiques des soignants ayant participé à l'étude

Total soignants inclus	N = 157
Genre, n (%)	
Femme	124 (79)
Homme	33 (21)
Age, Moy ; ET	40,6 ; 10,6
Ancienneté en années, Moy ; ET	8,8 ; 7,6
Poste occupé, n (%)	
Aide-soignant	63 (40,1)
Infirmier	28 (17,8)
Aide médico-psychologique	20 (12,7)
Agent de service	17 (10,8)
Assistant de soins en gérontologie	9 (5,7)
Médecin	8 (5,1)
Psychologue	8 (5,1)
Auxiliaire de vie sociale	4 (2,5)
Période de travail, n (%)	
Horaires exclusivement de jour	110 (70,1)
Horaires exclusivement de nuit	26 (16,6)
Horaires de jour ou de nuit	21 (13,4)
Travail en unité spécialisée pour résidents atteints de démences, n (%)	
Oui	26 (16,6)
Non	63 (40,1)
Mixte	68 (43,3)
Formation sur l'insomnie, n (%)	
Oui	22 (14)
Formation sur la TCC, n (%)	
Oui	14 (8,9)

Tableau 2 : Caractéristiques des soignants inclus

Neuf soignants parmi les 157 participants n'ont pas pu être rencontrés et ont remplis eux-mêmes le questionnaire (2 médecins, 3 infirmiers, 2 aides-soignants, 1 agent de service et 1 psychologue).

II) Prise en charge non médicamenteuse de l'insomnie

II-1) Taux de soignants déclarant proposer des traitements non médicamenteux dans la prise en charge de l'insomnie

Quatre-vingt-six pour cent des soignants interrogés (n = 135 soignants) déclaraient utiliser des traitements non médicamenteux dans la prise en charge de l'insomnie.

II-2) Acteurs

Des soignants de tous les corps de métier interrogés déclaraient proposer des traitements non médicamenteux dans la prise en charge de l'insomnie, à des taux différents (tableau 3).

Poste occupé	Déclaraient utiliser/prescrire des traitements non médicamenteux, n (%)
Auxiliaire de vie social	4 (100)
Aide médico-psychologique	19 (95)
Agent de service	16 (94,1)
Aide-soignant	58 (92,1)
Assistant de soins en gérontologie	7 (77,8)
Infirmier	21 (75)
Psychologue	6 (75)
Médecin	4 (50)

Tableau 3 : Utilisation/prescription de traitements non médicamenteux dans la prise en charge de l'insomnie selon le poste de travail

Il n'y avait pas de différence significative observée entre le taux de soignants déclarant utiliser/prescrire des traitements non médicamenteux dans la prise en charge de l'insomnie selon le genre, l'âge et le travail en unité protégée ou non (tableau 4).

Les effectifs de soignants par tranche d'ancienneté ne permettaient pas de réaliser d'analyses comparatives.

	Déclaraient utiliser/prescrire des traitements non médicamenteux, n (% de la catégorie)	p
Genre		
Femme	107 (86,3)	p = 0,785
Homme	28 (84,8)	
Age (en année)		
20 à 34	45 (88)	p = 0,339
35 à 49	56 (88,9)	
> 50	34 (79,1)	
Travail en unité protégée		
Oui (totalement ou en partie)	81 (86,2)	p = 0,936
Non	54 (85,7)	
Ancienneté (en année)		
0 à 2	28 (90,3)	
2 à 10	66 (89,2)	
>10	37 (84,1)	

Tableau 4 : Utilisation/prescription de traitements non médicamenteux dans la prise en charge de l'insomnie selon le genre, l'âge, l'ancienneté des soignants et le travail en unité protégée ou non.

Chez les 135 soignants proposant des traitements non médicamenteux dans la prise en charge de l'insomnie, il a été recherché qui était à l'initiative de ces traitements (tableau 5).

Plusieurs réponses pouvaient être choisies par les soignants. Cinq items étaient proposés dans le questionnaire, et un item a été cité spontanément (réponse « autres »).

A noter que les 8 médecins et 28 infirmiers participant à l'étude n'ont pas pu cocher les deux dernières propositions, respectivement.

ORIGINE DES SOINS	n (%), N = 135
A la propre initiative du soignant	119 (88,1)
A la demande du résident	78 (57,8)
Suite à une discussion en équipe	71 (52,6)
A la demande de la famille*	5 (3,7)
Soins prescrits par le médecin	5 (3,7)
Soins prescrits par l'infirmier	1 (0,7)

*= réponses « autres »

Tableau 5 : Acteurs à l'origine des soins

II-3) Traitements utilisés ou prescrits

Un soignant pouvait utiliser ou prescrire plusieurs traitements non médicamenteux dans la prise en charge de l'insomnie.

Trente et un traitements non médicamenteux ont été cités par les soignants : 13 des items proposés dans le questionnaire, et 19 cités spontanément (réponses « autres »). Trois items proposés dans le questionnaire n'ont jamais été cités par les soignants (tableau 6).

Les traitements proposés/prescrits les plus cités par les soignants (plus de 25 % des soignants proposant des traitements non médicamenteux) étaient la réassurance au coucher (parole, toucher, moment personnalisé, prière, méthode de validation, rappel des tours systématiques dans toutes les chambres dans la nuit), la majoration des activités physiques et sociales, la réassurance au moment de l'insomnie (parole, toucher, moment personnalisé), le respect des rituels

des résidents au coucher (propres aux résidents, selon leurs anciennes habitudes, décrites par le résident ou par sa famille mais pas toujours portées par écrit dans le dossier du résident), le renforcement des sorties à l'extérieur et la proposition d'une tisane avant le coucher (tisane quelconque).

Venaient ensuite (cités par 25 % à 10 % des soignants) le respect du rythme des résidents (horaires libres), la proposition d'une collation au moment de l'insomnie, accepter un lever tardif, la relaxation, la proposition d'un « coin nuit » hors de la chambre (pièce commune restant allumée la nuit accessible aux résidents), accepter la déambulation des résidents qui le souhaitent la nuit, assurer le confort physique des résidents (élimination, installation dans le lit, hydratation), limiter les siestes la journée et l'aromathérapie (huile essentielle de lavande principalement).

Enfin, cités par moins de 10 % des soignants, la proposition/acceptation d'activités la nuit (jeux, participer au tour de nuit, activité de lingerie, fumer une cigarette dehors), le rappel des marqueurs de la nuit (montrer qu'il fait nuit, rappeler l'heure, porter une tenue de nuit), la fermeture à clé de la porte de chambre des résidents agités ou systématiquement la nuit, sans demande des résidents, retarder l'heure du coucher, l'utilisation d'un traitement placebo, la proposition d'une sieste aux résidents qui présente une somnolence diurne, le partage de lit en début de nuit, avec un autre résident, à la demande des résidents, l'utilisation d'autres psychothérapies que la TCC (hypnose, psychanalyse, thérapie de soutien), la proposition de dormir hors de la chambre (lit dans salle de soin, ou dans coin nuit), la mise en place d'un environnement favorable au sommeil (obscurité, silence), l'homéopathie, la limitation des levers tardifs, la limitation des prises de café l'après-midi, la non réalisation des changes la nuit si le résident dort et la fermeture à clé de la porte de chambre des résidents à leur demande (pour ne pas être dérangé).

L'acupuncture, la luminothérapie et la thérapie cognitivo-comportementale, proposées dans le questionnaire n'ont pas été citées par les soignants.

Cependant en ce qui concerne la thérapie cognitivo-comportementale, certaines modalités en étaient appliquées, selon les déclarations des soignants.

En effet, la restriction du temps de sommeil, par le biais de la limitation des siestes, de retarder l'heure du coucher et d'éviter que les résidents ne se lèvent trop tard était citées par les soignants.

De même, le contrôle du stimulus pouvait s'inclure dans certaines situations dans la pratique d'activités de nuit (quitter son lit quand on ne dort pas), citée par 8,9 % des soignants (tableau 6).

Enfin, l'ordre de fréquence d'utilisation des différents traitements non médicamenteux tout corps de métier confondu était très proche de celui retrouvé par l'analyse corps de métier par corps de métier.

TRAITEMENT UTILISE	n (%), N = 135
Réassurance au coucher	84 (62,2)
Majorer les activités physiques	48 (35,6)
Majorer les activités sociales	42 (31,1)
Réassurance au moment de l'insomnie	40 (29,6)
Respect des rituels au coucher *	40 (29,6)
Renforcer les sorties à l'extérieur	38 (28,1)
Tisane avant le coucher	37 (27,4)
Respecter le rythme des résidents *	33 (24,4)
Collation pendant l'insomnie	32 (23,7)
Accepter lever tardif *	26 (19,3)
Relaxation	26 (19,3)
Coin nuit en cas d'insomnie	25 (18,5)
Accepter déambulation la nuit *	23 (17)
Assurer confort physique *	19 (14,1)
Limitation de la sieste	16 (11,9)
Aromathérapie *	15 (11,1)
Activités la nuit *	12 (8,9)
Rappeler les marqueurs de la nuit *	10 (7,4)
Enfermer résidents à clé dans leurs chambres la nuit (systématiquement ou si agité) *	9 (6,7)
Psychothérapies autres que TCC	7 (5,2)
Retarder heure du coucher	7 (5,2)
Placebo *	6 (4,4)
Proposer sieste si somnolence diurne *	6 (4,4)
Accepter partage de lit *	5 (3,7)
Proposition de dormir hors de la chambre *	4 (3)
Environnement favorable au sommeil *	3 (2,2)
Homéopathie	3 (2,2)
Eviter que résidents se lèvent trop tard *	2 (1,5)
Limiter le café *	2 (1,5)
Ne pas faire change la nuit si résident dort *	2 (1,5)
Enfermer résidents à clé dans leurs chambres la nuit, à leur demande *	1 (0,7)
Acupuncture	0
Luminothérapie	0
Thérapie cognitivo-comportementale	0

*= réponses « autres »

Tableau 6 : Traitements utilisés par les soignants, par ordre de fréquence

II-4) Difficultés et leviers

II-4-1) Difficultés

Quatre-vingt-treize pour cent (n = 125) des soignants proposant des traitements non médicamenteux dans la prise en charge de l'insomnie (n = 135) ont déclaré rencontrer des difficultés ou/et des freins dans l'utilisation de ces traitements.

Vingt-trois difficultés et freins différents ont été cités par les soignants (plusieurs réponses pouvaient être choisies). Parmi eux, 11 étaient proposés dans le questionnaire et 12 ont été cités spontanément (réponses « autres ») (Tableau 7).

FREINS ET DIFFICULTES RENCONTREES	n (%), N = 125
Manque de personnel	81 (64,8)
Manque de temps	81 (64,8)
Résidents non accessibles aux traitements non médicamenteux	44 (35,2)
Manque de formation	39 (31,2)
Défaut d'acceptation des résidents	27 (21,6)
Inflexibilité du déroulement de la journée	23 (18,4)
Manque de matériel	17 (13,6)
Résidents réveillés par d'autres résidents*	13 (10,4)
Manque de motivation	11 (8,8)
Manque de rémunération	9 (7,2)
Manque de locaux adaptés	7 (5,6)
Désaccord entre équipes*	7 (5,6)
Echec de la prise en charge non médicamenteuse*	6 (4,8)
Manque d'échange entre équipe de jour et de nuit*	6 (4,8)
Résidents souffrants d'insomnie non identifiés	4 (3,2)
Manque de moyen financier dans l'EHPAD*	3 (2,4)
Refus de transmettre aux équipes situation d'insomnie par crainte que cela entraîne l'introduction d'un traitement médicamenteux*	2 (1,6)
Durée trop importante entre repas du soir et petit déjeuner*	2 (1,6)
Difficulté morale avec fermeture à clé des portes de chambre*	1 (0,8)
Horaires de travail non adaptés au rythme des résidents*	1 (0,8)
Manque d'activité le jour*	1 (0,8)
Résidents réveillés par soins de nuit	1 (0,8)
Traitements médicamenteux non réévalués*	1 (0,8)

*= réponses « autres »

Tableau 7 : Freins et difficultés rencontrés par les soignants dans l'application des traitements non médicamenteux dans la prise en charge de l'insomnie, par ordre de fréquence

II-4-2) Leviers

Quatre-vingt-treize pour cent (n = 126) des soignants utilisant des traitements non médicamenteux dans la prise en charge de l'insomnie déclaraient avoir bénéficié de leviers.

Vingt-quatre leviers différents ont été cités par ces soignants (plusieurs réponses possibles). Parmi eux, 5 étaient proposés dans le questionnaire, et 19 ont été proposés spontanément (réponses « autres ») (tableau 8)

Parmi les 49 soignants qui ont cité la formation comme levier, 17 ont précisé qu'il s'agissait de la formation « humanité ».

Aucun soignant n'a mentionné une rémunération spécifique (item proposé dans le questionnaire) comme levier dans leur pratique.

LEVIERS RENCONTRES	n (%), N = 126
Professionalisme*	62 (49,2)
Formation	49 (38,9)
Travail en équipe	41 (32,5)
Expérience professionnelle*	19 (15,1)
Projet de vie individualisé*	16 (12,7)
Bonne connaissance des résidents*	15 (11,9)
Matériel dédié	10 (7,9)
Peu de plaintes d'insomnie*	8 (6,3)
Effets indésirables des traitements médicamenteux*	6 (4,8)
Temps dédié pour ces soins	6 (4,8)
Politique de l'EHPAD en faveur d'une diminution des traitements médicamenteux*	4 (3,2)
Présence d'un animateur*	4 (3,2)
Empathie pour les résidents*	2 (1,6)
Existence d'un pôle d'activité et de soins adaptés*	2 (1,6)
Expérience personnelle*	2 (1,6)
Prise en charge protocolisée	2 (1,6)
Augmentation de l'effectif de soignants*	1 (0,8)
Direction et médecin à l'écoute*	1 (0,8)
Inefficacité des traitements médicamenteux*	1 (0,8)
Locaux adaptés*	1 (0,8)
Réévaluation régulière des traitements médicamenteux*	1 (0,8)
Surveillance systématique du sommeil*	1 (0,8)
Transmission écrite entre équipe de jour et équipe de nuit*	1 (0,8)
Rémunération dédiée	0 (0)

*= réponses « autres »

Tableau 8 : Leviers rencontrés par les soignants pour l'application des traitements non médicamenteux dans la prise en charge de l'insomnie, par ordre de fréquence

III) Absence d'utilisation des traitements non médicamenteux

Quatorze pour cent des soignants (n = 22) déclaraient ne pas proposer de traitement non médicamenteux dans la prise en charge de l'insomnie des résidents.

Quinze motifs ont été cités par les soignants pour expliquer la non-utilisation des traitements non médicamenteux (plusieurs réponses pouvaient être exprimées). Parmi eux 12 étaient proposés dans le questionnaire et trois ont été exprimés spontanément (réponse « autres »).

Aucun soignant n'a mentionné le manque de motivation (item proposé dans le questionnaire).

MOTIFS DE NON-UTILISATION DES TRAITEMENTS NON MEDICAMENTEUX	n (%), N = 22
Manque de temps	15 (68,2)
Inflexibilité du déroulement de la journée	14 (63,8)
Manque de personnel	11 (50)
Manque de formation	10 (45,5)
Manque de locaux adaptés	5 (22,7)
Résidents non accessibles aux prises en charge non médicamenteuses	5 (22,7)
Défaut d'acceptation des résidents	4 (18,2)
Ce n'est pas mon rôle	3 (13,6)
Résidents souffrant d'insomnie non identifiés	3 (13,6)
Défaut d'efficacité des méthodes non médicamenteuses*	1 (4,5)
Je n'y pense pas*	1 (4,5)
Manque d'activités de nuit à proposer aux résidents qui ne dorment pas*	1 (4,5)
Manque de matériel	1 (4,5)
Manque de rémunération	1 (4,5)
Pas de plainte d'insomnie chez les résidents*	1 (4,5)
Manque de motivation	0 (0)

*Réponses « autres »

Tableau 9 : Motifs de non-utilisation des traitements non médicamenteux dans la prise en charge de l'insomnie, par ordre de fréquence

IV) Influence de l'horaire de travail sur la pratique

IV-1) Influence de l'horaire de travail sur l'utilisation ou non des traitements non médicamenteux

Proportionnellement, les soignants travaillant de nuit (exclusivement ou horaires mixtes) déclaraient utiliser plus de traitements non médicamenteux dans la prise en charge de l'insomnie que les soignants travaillant exclusivement de jour ($p < 0,05$) (tableau 10).

	Travailleurs de jour, n (%) (N = 110)	Travailleurs de nuit ou mixte, n (%) (N = 47)	p
Utilisation de traitement non médicamenteux	89 (80,9)	46 (97,9)	0,001

Tableau 10 : Utilisation des traitements non médicamenteux selon l'horaire de travail

IV-2) Influence de l'horaire de travail sur les traitements utilisés

Certains traitements proposés étaient inhérents à l'horaire de travail. Il existait une différence significative d'utilisation entre les soignants travaillant exclusivement de jour et les autres pour ces traitements (traitements « de jour » : renforcement des sorties à l'extérieur, réassurance au coucher, et traitements « de nuit » : utilisation du coin nuit, activités de nuit, collation et réassurance au moment de l'insomnie, accepter la déambulation des résidents la nuit).

Une différence significative d'utilisation pour des traitements non inhérents à l'horaire de travail entre les soignants travaillant exclusivement de jour et les autres était également constatée. C'était le cas pour la majoration des activités physiques et sociales, la relaxation, le respect du rythme des résidents, significativement plus appliqués par les soignants travaillant exclusivement de jour (tableau 11).

Il n'y avait pas de différences significatives observées entre les soignants de jour et de nuit pour les autres traitements utilisés

	Travailleurs de jour, n (%) (N = 89)	Travailleurs de nuit, ou mixte n (%) (N = 46)	p
Majorer les activités physiques	42 (47,2)	6 (13)	<0,001
Majorer les activités sociales	35 (39,3)	7 (15,2)	0.003
Respecter rythme des résidents	29 (32,6)	4 (8,7)	0,001
Relaxation	24 (27)	2 (4,3)	0,001

Tableau 11 : Traitements non inhérents à l'horaire de travail appliqués différemment selon l'horaire de travail

IV-3) Influence de l'horaire de travail sur les acteurs à l'origine des soins

Il n'y avait pas de différence significative entre les soignants de jour et de nuit concernant les acteurs à l'origine des soins.

IV-4) Influence de l'horaire de travail sur les difficultés et leviers rencontrés

IV-4-1) Influence sur les difficultés

Les soignants travaillant exclusivement de jour rencontraient plus de freins ou de difficultés dans l'utilisation des traitements non médicamenteux dans la prise en charge de l'insomnie que les soignants travaillant en partie de nuit ($p < 0.05$) : 87 soignants sur 89 soit 97.8 % des soignants travaillant de jour déclaraient rencontrer des difficultés, contre 38 soignants sur 46 soit 82,6 % des soignants travaillant de nuit.

Le manque de temps et de personnel étaient significativement plus cités par les travailleurs exclusivement de jour (tableau 12).

La difficulté représentée par le réveil des résidents par d'autres résidents, inhérente à l'horaire de travail était significativement plus exprimée par les soignants travaillant la nuit.

Il n'y avait pas d'autres différences significatives sur le type de difficultés rencontrées entre les soignants de jour ou de nuit.

	Travailleurs de jour, n (%) (N = 87)	Travailleurs de nuit ou mixte, n (%) (N = 38)	p
Manque de temps	70 (80,5)	11 (28,9)	< 0,001
Manque de personnel	65 (74,7)	16 (42,1)	0,001

Tableau 12 : Difficultés perçues différemment selon l'horaire de travail des soignants (hors difficultés inhérentes à l'horaire de travail).

IV-4-2) Influence sur les leviers

Aucune différence significative entre les soignants de jour et de nuit n'a été observée concernant le taux de soignants ayant bénéficié de leviers pour l'utilisation des traitements non médicamenteux dans la prise en charge de l'insomnie.

Un seul type de levier est significativement plus cité par les soignants de nuit que par les soignants de jour, c'est le peu de plainte d'insomnie émises par les résidents (cité par 7 soignants de nuit (16,3 %) contre 1 soignant de jour (1,2 %), $p=0,002$).

IV-5) Influence de l'horaire de travail sur les motifs de non-utilisation des traitements non médicamenteux

Aucune différence significative entre les soignants de jour et de nuit n'a été observée concernant les motifs de non-utilisation des traitement non médicamenteux.

V) Regard des soignants sur le change systématique des protections en lien avec l'incontinence la nuit

Une question portant sur le sujet du change systématique des protections en lien avec l'incontinence des résidents souillés la nuit, chez des résidents qui dorment, qui ne peuvent

pas exprimer leur souhait à ce sujet et qui ne présentent pas d'atteinte cutanée a été proposée à une partie des soignants.

Il s'agissait de savoir quelle était ou serait leur attitude devant cette situation, s'ils étaient à la place du soignant de nuit.

Cette question a été proposée à 104 soignants sur 157 (question non proposée aux soignants des trois premiers EHPAD et aux 9 soignants ayant répondu seuls au questionnaire).

Cinquante-neuf soignants soit 56,7 % des répondants ont répondu qu'ils réaliseraient le change d'un résident souillé (selles et urine) qui dort profondément et 44 soignants soit 42,3 % des répondants ont répondu qu'ils laisseraient le résident dormir dans ces conditions. Un soignant interrogé ne s'est pas prononcé.

DISCUSSION

I) Analyse des résultats principaux

Cette étude avait pour objectif d'étudier la prise en charge non médicamenteuse de l'insomnie en EHPAD.

157 soignants de 14 des 17 EHPAD de La Réunion ont été interrogés sur leurs pratiques, soit 29,5 % de l'ensemble des soignants sollicités. Etaient considérés comme soignants les agents de service, les aides-soignants, les aides médico-psychologiques, les assistants de soins en gérontologie, les auxiliaires de vie sociale, les infirmiers, les psychologues et les médecins.

Seulement 14 % des soignants déclaraient avoir reçu une formation sur la prise en charge de l'insomnie et 8,9 % une formation sur la TCC.

L'étude a montré qu'une large majorité de soignants (86 %) déclarait proposer des traitements non médicamenteux dans la prise en charge de l'insomnie.

L'étude suggérait un taux plus élevé chez les agents de service, les aides-soignants, les aides médico-psychologiques et les auxiliaires de vie sociale que chez les infirmiers, médecins et psychologues. Cependant il ne s'agissait que d'une tendance, les effectifs dans chaque groupe ne permettant pas d'analyse statistique dans ce sens.

Différents traitements étaient proposés, principalement à l'initiative des soignants eux-même, à la demande des résidents ou suite à une discussion en équipe. Ces traitements étaient très rarement déclarés comme prescrits (par moins de 5 % des soignants).

Devant ces résultats, la question de la définition de « prescription » se pose. Est-ce nécessairement une recommandation écrite dans le dossier du patient ou cela peut-il aussi être une recommandation donnée à l'oral au cours d'une discussion en équipe ? Dans ce dernier cas, il est possible qu'une partie des traitements proposés après discussion en équipe puissent être considérés comme prescrits.

Seul un EHPAD disposait d'un protocole de prise en charge de l'insomnie.

Le traitement non médicamenteux utilisé/présent le plus cité était la réassurance du résident par le soignant au coucher et au moment de l'insomnie. Les méthodes de réassurance rappor-

tées par les soignants étaient diverses mais avaient pour point commun d'être un moment personnalisé, individualisé, entre le soignant et le résident.

Majorer les activités physiques, sociales, renforcer les sorties à l'extérieur, respecter les rituels de couchers des résidents et proposer une tisane le soir étaient également cités par plus d'un quart des soignants.

Les traitements cités pouvaient être à la fois préventifs, curatifs ou palliatifs vis-à-vis de l'insomnie.

Parmi les traitements non médicamenteux mobilisés par les soignants, plusieurs s'opposaient, pouvant dévoiler des visions des soins différentes.

C'est le cas au sujet de la liberté des résidents : liberté de déambuler, respect du rythme des résidents versus fermeture des portes de chambre à clé.

C'est également le cas au sujet des rythmes des journées : laisser le résident dormir tard le matin, proposer une sieste si somnolence versus limiter les siestes, éviter que les résidents ne se lèvent trop tard.

Une très large majorité des soignants ont rencontré des difficultés dans la mise en application de ces soins. Les principales difficultés, exprimées par plus de 60 % des soignants, étaient le manque de temps et le manque de personnel, principalement ressentis par les soignants travaillant le jour.

Plus d'un quart des soignants décrivait aussi des résidents non accessibles aux prises en charge non médicamenteuses et un manque de formation.

En parallèle, une très grande majorité des soignants décrivait la présence de leviers qui ont permis de mettre en place ou d'optimiser ces soins non médicamenteux.

Le principal levier, décrit par 49,2 % des soignants était le professionnalisme.

Cela correspond à l'application de compétences inhérentes au métier de soignant et donc à la vision propre des soignants de ce métier et de son champ de compétences.

Etaient ensuite cités par plus d'un quart des soignants la formation et le travail en équipe.

Enfin, chez les soignants déclarant ne pas utiliser de traitements non médicamenteux dans l'insomnie, les motifs de non-utilisation de ces méthodes étaient pour plus d'un quart des répondants le manque de temps, l'inflexibilité du déroulement de la journée dans l'EHPAD, le manque de personnel et le manque de formation.

En parallèle, 22,7 % des soignants n'appliquaient pas de soins non médicamenteux car les résidents n'y étaient pas accessibles et 13,6 % car ils estimaient que ce n'étaient pas leur rôle.

Deux types de difficultés, freins peuvent se dessiner. En effet, il semble exister des difficultés/freins extrinsèques ou intrinsèques au soignant. Les difficultés/freins extrinsèques au soignant étaient en lien avec des contraintes institutionnelles (manque de personnel, de temps, inflexibilité du déroulement de la journée, ...) ou à un refus du résident. Les difficultés/freins intrinsèques au soignant étaient en lien avec la vision des soins du soignant et de son expérience auprès des résidents (résidents non accessibles aux prises en charge non médicamenteuses, manque de formation, manque de motivation, désaccords entre équipe, ce n'est pas mon rôle, ...).

Cette même dichotomie peut s'appliquer concernant les leviers, avec des leviers intrinsèques (professionnalisme, expérience, formation...) et extrinsèques aux soignants (travail en équipe, politique de l'EHPAD., ...).

L'existence de facteurs extrinsèques aux soignants notamment institutionnels en tant que frein, difficultés mais aussi en tant que levier est intéressant.

Par ailleurs la formation apparaissait comme un des leviers principaux à l'application de soins non médicamenteux et le manque de formation comme un des principal frein/difficulté à l'application de ces soins. Cela semble donc être un facteur important dans le développement de ces prises en charge.

II) Confrontation à la littérature

II-1) La population de l'étude

En France, en 2016 la majorité des EHPAD (57 %) comptaient entre 60 et 99 places, 22,34 % bénéficiaient d'un PASA, 47 % déclaraient disposer d'une unité spécifique pour personnes atteintes de démences hors unité d'hébergement renforcée et 2,1 % d'une unité d'hébergement renforcée (54, 55). Le GIR moyen pondéré était de 722 et le Pathos moyen pondéré à 211 (54). Enfin, le projet de vie individualisé était élaboré dans 84 % des EHPAD et était réévalué en cas de modification des potentialités du résident dans 34 % des EHPAD (56).

Dans notre étude, le nombre de résidents moyen par EHPAD était de 78,1. Soixante-quatre pourcents des EHPAD comptaient entre 60 et 99 places ce qui est en accord avec les données nationales.

Cinquante-sept pourcents des EHPAD bénéficiaient d'un PASA ou PASS, 85,7 % des EHPAD bénéficiaient d'une unité spécifique pour personnes atteintes de démences et 7,1 % des EHPAD bénéficiaient d'une unité d'hébergement renforcée. Les dispositifs destinés aux personnes atteintes de démence semblaient donc plus nombreux dans les EHPAD de l'étude par rapport aux EHPAD de l'ensemble de la France.

Le GIR moyen pondéré était de 760 ce qui semble plus élevé que la moyenne nationale, alors que le Pathos moyen pondéré était de 187,3 ce qui semble inférieur à la moyenne nationale.

Les projets de vie personnalisés étaient utilisés dans 71,4 % des EHPAD. Ce chiffre est difficile à comparer à celui de la moyenne nationale car la question a été posée tel quelle aux soignants et il n'est pas possible de savoir si « utilisé » consiste à l'élaboration seule ou à l'élaboration et la réévaluation des projets de vie individualisés.

En 2015, en France, en moyenne, au sein d'un EHPAD, on retrouvait en équivalent temps-plein, parmi les soignants, 25,1 agents de service (36,7 %) ; 28,1 aides-soignants (41,1 %) ; 4,9 assistants de soins en gérontologie (7,2 %) ; 9,2 infirmiers (13,4 %), 0,9 psychologue (1,3 %) ; <0,1 médecin (<0,14 %) (55).

Dans notre étude, en excluant les aides médico-psychologiques et les auxiliaires de vie sociale (non mentionnés dans l'étude ci-dessus), 17 agents de service (12,8 %), 63 aides-soignants (47,4 %), 9 assistants de soins en gérontologie (6,8 %), 28 infirmiers (21,1 %), 8 médecins (6 %) et 8 psychologues (6 %) ont participé.

La population de soignants interrogée n'était donc pas représentative de la population de soignant moyenne au sein d'un EHPAD, avec une surreprésentation des infirmiers, médecins et psychologues dans notre étude.

Les agents de service étaient moins représentés mais certains agents ne pratiquent pas de soin direct auprès des résidents, et la distinction ne semble pas avoir été faite dans l'étude nationale alors qu'ils ont été exclus de notre étude.

II-2) Le taux de soignants utilisant des méthodes non médicamenteuses dans la prise en charge de l'insomnie

Le taux élevé de soignant appliquant des méthodes non médicamenteuses dans la prise en charge de l'insomnie peut être mis en parallèle avec une étude sur les alternatives thérapeutiques aux benzodiazépines prescrites dans l'insomnie, tout âge confondu par des médecins généralistes, en ville (57).

Cette étude présentait notamment les habitudes de prescription de 71 médecins généralistes devant un tableau d'insomnie. Quatre-vingt-sept pourcents proposaient une orientation non médicamenteuse, en association ou non à un traitement médicamenteux, soit en adressant le patient au centre du sommeil, à un psychologue ou un psychiatre, à un sophrologue, un acupuncteur, un neurologue, un somnologue ou un ostéopathe. L'hypnose était pratiquée par 2,8 % des médecins et la TCC par 1,4 % (57).

Selon cette étude, la proportion de médecins proposant des orientations non médicamenteuses est proche du taux de soignants le proposant dans notre étude. Cependant les prises en charge sont principalement des orientations vers des spécialistes, ce qui n'a jamais été cité parmi les méthodes utilisées ou prescrites dans notre étude. Les traitements proposés par ces spécialistes ne sont pas connus. Enfin, ce taux semble supérieur au taux de médecins proposant des prises en charge non médicamenteuses dans notre étude (50 %).

II-3) Les traitements non médicamenteux utilisés

Les traitements non médicamenteux utilisés n'étaient pas tous étudiés ou validés par la littérature dans la prise en charge de l'insomnie.

La réassurance au coucher et au moment de l'insomnie étaient les méthodes les plus citées par les soignants. Cette réassurance était le résultat d'un moment personnalisé, en tête à tête avec le résident. Il ne semble pas exister d'étude qui évalue l'impact de ces instants individualisés ou de la réassurance sur le sommeil en EHPAD. En revanche, cela s'inclue dans les recommandations sur la bientraitance de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) qui caractérise la bientraitance comme un « mouvement d'individualisation et de personnalisation permanente de la prestation » (58). C'est également le cas du respect des rituels au coucher.

Etait citée ensuite la majoration des activités physiques et sociales, des traitements qui sont en accord avec la littérature (2, 37, 44).

Venaient ensuite le respect du rythme du résident et accepter un lever tardif. De même, étaient parfois proposées des siestes aux résidents qui somnolaient la journée. Ces traitements ne sont pas forcément en accord avec les recommandations de prise en charge de l'insomnie qui conseillent plutôt une restriction de sommeil la journée et semblent plutôt s'inscrire dans une démarche palliative. En revanche ils font écho aux recommandations sur la bientraitance qui préconisent que les rythmes naturels et propres de la vie quotidienne du résident soient respectés au mieux (58).

A noter que cette recommandation est nuancée par la précision que « les professionnels interviennent auprès des usagers dans des modalités de temps et de rythme marqués par leurs contraintes institutionnelles mais qu'il est important que ces contraintes soient ajustées autant que possible pour que l'ensemble des besoins de l'utilisateur soit pris en compte » (58).

En parallèle certains soignants utilisaient des méthodes de restriction du sommeil (limitation des siestes, réveils précoces, couchers plus tardifs), plus en accord avec la littérature (34).

Probablement que la variable qui explique le choix entre ces deux types de méthode était l'adhésion du patient à une prise en charge de l'insomnie de type restriction du sommeil. Sans cette adhésion, les méthodes de restriction du sommeil ne peuvent s'inscrire dans le respect des recommandations sur la bientraitance. Se pose alors notamment, la question de l'adhésion aux soins des patients présentant des troubles cognitifs.

Accepter les déambulations la nuit, l'utilisation d'un coin nuit hors de la chambre, la proposition d'activités la nuit pour les résidents qui ne dorment pas s'inscrivent à la fois dans une démarche de contrôle du stimulus, efficace dans la prise en charge de l'insomnie (34), et dans une démarche palliative et de respect du rythme de résident.

Enfermer à clé les résidents dans leur chambre, sans leur accord, systématiquement ou en cas d'agitation a également été cité par quelques soignants. Il n'existe pas d'étude sur l'efficacité de cette méthode dans la prise en charge de l'insomnie. Il semble que cette méthode soit plus utilisée dans le but de protéger le sommeil des autres résidents et de protéger le résident lui-même (risque de chute, de fugue).

En 2016, une étude portant sur la contention et l'isolement en chambre dans les établissements médico-sociaux en France montrait que sur les trois derniers mois, en EHPAD, 6,6 %

des soignants avaient eu recours à des isolements en chambre pour des résidents, principalement pour des troubles du comportement, une agitation ou du désordre (59). Il n'est pas mentionné dans cette étude si cela survenait plutôt le jour ou la nuit. Notre étude reflète donc une réalité dans les EHPAD en France.

Cette étude montrait également que l'isolement en chambre est moins fréquent que la contention physique utilisée par 83 % des professionnels (59)

Légalement, la liberté d'aller et venir ne peut être contrainte qu'en cas de situations de troubles mentaux portant gravement atteinte à la sécurité des personnes et à l'ordre public ou du fait d'un état de contagiosité grave (30). Ainsi selon les risques auxquels les résidents sont exposés, il est possible qu'en pratiquant des isolements en EHPAD, les soignants sortent de ce cadre légal.

L'isolement en chambre peut être un symptôme de la difficulté entre respecter la liberté individuelle du résident et assurer sa sécurité et celle des autres résidents.

Enfin, deux soignants ont cité le fait de ne pas réveiller les résidents la nuit pour faire les changes. Du point de vue de la prise en charge de l'insomnie, ne pas réveiller les résidents la nuit semble une démarche préventive essentielle. Cependant comme nous le constatons dans nos résultats, la question du change systématique la nuit partage les soignants, ce qui suggère des visions des soins différentes (protection de la peau, question éthique de laisser un résident souillé pendant plusieurs heures ou de le réveiller en pleine nuit).

Dans les recommandations de bonnes pratiques des soins en EHPAD, en cas d'insomnie, il est recommandé de ne pas aller voir si les résidents dorment ou sont souillés la nuit (30).

II-4) Les acteurs à l'origine des traitements non médicamenteux : peu de prescriptions

La plupart des traitements non médicamenteux semblaient être réalisés à l'initiative du soignant, à la demande du résident ou suite à une discussion en équipe.

Selon les déclarations des soignants, les traitements non médicamenteux étaient très rarement prescrits par le médecin ou l'infirmier.

La prescription des traitements non médicamenteux par les médecins et ses freins a fait l'objet d'un rapport réalisé par la Haute Autorité de santé en 2011 (60). Il porte principalement sur la médecine de ville. Dans ce rapport était considéré comme prescription à la fois des consignes inscrites sur une ordonnance et à la fois des recommandations orales.

Parmi les freins identifiés à la prescription de traitement non médicamenteux étaient cités le rôle symbolique (pour le patient et le médecin) de la prescription médicamenteuse dans la relation médecin/patient pouvant être considérée comme « le symbole le plus ancien et le plus visible de la connaissance et de l'expérience du médecin ». Ce frein pourrait s'appliquer au sein des EHPAD pour certains résidents (dans notre étude 21,6 % des soignants citaient le défaut d'acceptation des résidents à bénéficier d'un traitement non médicamenteux), et potentiellement à la relation médecin / autres soignants lorsqu'un problème d'insomnie est rapporté au médecin et qu'une solution est attendue par les soignants.

Le manque d'information (formation initiale et continue) et d'adhésion des médecins aux traitements non médicamenteux est également cité dans cette étude (60). Le rapport évoque une inadéquation entre les recommandations et les réalités perçues au cours de la pratique ressentie par les médecins (« naïveté des recommandations »). Devant nos résultats, nous pouvons penser que cela s'applique également en EHPAD et pour les soignants de tout corps de métier (prescription ou application des traitements non médicamenteux). En effet, parmi les difficultés citées par les soignants, 35,2 % évoquaient des résidents non accessibles aux prises en charge non médicamenteuse et 31,2 % un manque de formation.

II-5) Les difficultés et freins rencontrés : manque de temps et de personnel au premier plan

Le manque de temps et de personnel était cité comme principale difficulté par les soignants interrogés dans l'utilisation des traitements non médicamenteux.

Ces difficultés semblent exister dans la plupart des EHPAD comme le suggèrait un rapport d'information sur ce sujet destiné à l'Assemblée Nationale en vue d'une évolution de la législation sur les EHPAD réalisé en mars 2018 (61).

Ce rapport décrivait des effectifs soignants insuffisants pour le bon fonctionnement de l'EHPAD, notamment du fait de l'accroissement de la dépendance des résidents ces dernières années.

Actuellement, il y a en moyenne 62,8 équivalents temps-plein pour 100 résidents, tous métiers confondus, et 30,5 équivalents temps-plein « au chevet des résidents » pour 100 résidents (aides-soignants, infirmiers, ...) (61).

Dans les EHPAD visités par les auteurs du rapport, chaque aide-soignant s'occupait le matin de 10 à 14 résidents soit environ 25 minutes de disponibilité par résident de 7 heures à 12 heures, ce qui ne laisse pas beaucoup de place à d'autres soins que du nursing (61).

En réponse à cette situation, la Ministre des solidarités et de la santé a proposé en mai 2018 un projet comportant une hausse du budget des EHPAD pour recruter du personnel soignant, et notamment au moins un infirmier de nuit quotidiennement par EHPAD (62).

Les soignants de nuit exprimaient moins la difficulté du manque de temps et de personnel que les soignants de jour. Développer des soins non médicamenteux la nuit pour les résidents qui ne dorment pas (activités de nuit / contrôle du stimulus) pourrait peut-être être plus facilement envisagé.

II-6) Les leviers rencontrés : la formation, un levier majeur

Après le professionnalisme, le levier le plus cité dans notre étude était la formation.

Depuis janvier 2013, la formation, via le « développement personnel continu » est une obligation qui s'impose aux personnels médicaux et paramédicaux des EHPAD, qu'ils soient libéraux ou salariés. La charge financière de la formation n'est pas aux soignants, et le thème de la formation est libre pour le médecin et peut être imposé pour les soignants paramédicaux, par la direction de l'EHPAD (63). Cette loi ne concerne pas les agents de service.

La formation « Humanitude » a souvent été citée par les soignants. L'humanitude est un concept créé en 1980 par un écrivain suisse, Freddy Klopfenstein, puis repris en 1995 par deux psychogéiatres, Yves Gineste et Rosette Marescotti. Il s'agit d'une philosophie de soin basée sur le respect et la dignité des personnes. Elle est basée sur des techniques de communications via le regard, la parole, le toucher et la verticalité (limiter l'alitement), dans un but de bientraitance (64).

III) Forces et faiblesses de l'étude

A notre connaissance, cette étude était la première à étudier la prise en charge non médicamenteuse de l'insomnie en EHPAD.

Le fait d'interroger des soignants de différents corps de métier au sein de la même étude semble également rare. Dans les EHPAD chaque corps de métier a un rôle différent auprès des résidents et il était intéressant de voir si cela se ressentait dans les pratiques au sujet de la prise en charge non médicamenteuse de l'insomnie.

Ce travail a été réalisé à partir d'un échantillon de taille importante (29,5 % des soignants totaux intervenant dans les 14 EHPAD participants à La Réunion).

Proposer des questionnaires hétéro-administrés à la grande majorité des soignants a permis d'avoir très peu de données manquantes.

En revanche cette méthode a pu entraîner un biais de désirabilité sociale plus important qu'avec des questionnaires anonymes remplis par le participant.

De même l'étude présentait un biais de sélection, de type biais de volontariat. En effet, les soignants présents les jours d'intervention de la chercheuse n'ont pas tous participé à l'étude. Le motif de leur non-participation n'était pas connu. Cela a pu influencer les résultats avec un recrutement concernant seulement des soignants volontaires et disponibles pour participer à l'étude.

Il existait également un biais de déclaration.

Enfin, beaucoup de réponses « autres » non proposées dans les items du questionnaire ont été recueillies. De nombreux soignants ont cité les mêmes réponses « autres » mais il est possible que ces items aient été sous représentés dans les résultats car ils n'ont pas été systématiquement proposés aux soignants.

IV) Perspectives

Cette étude montrait qu'une large majorité de soignants déclare utiliser des traitements non médicamenteux dans la prise en charge de l'insomnie.

Pour approfondir l'étude de ces pratiques et s'affranchir de certains biais, il serait intéressant d'étudier les pratiques réelles au sein d'un EHPAD, par exemple en interrogeant les résidents et en étudiant acte par acte les pratiques des soignants, plus qu'en les interrogeant sur leurs habitudes de soins.

Pour mieux analyser la vision du soin non médicamenteux, une étude qualitative pourrait être réalisée, ainsi que pour décrire et comprendre les difficultés et leviers perçus par les soignants. Il pourrait également être intéressant de mener une étude similaire en maison de santé pluri-professionnelle, afin de comparer les caractéristiques des prises en charge non médicamenteuses de l'insomnie par une équipe pluriprofessionnelle chez des patients âgés dépendants vivant au domicile.

Enfin le bénéfice de certains traitements non médicamenteux proposés par les soignants sur l'insomnie n'a jamais été étudié. Cela pourrait être intéressant de réaliser des études sur ces traitements pour valider ou non ces pratiques.

Concernant les pratiques, l'étude montrait que très peu de traitements non médicamenteux étaient déclarés comme prescrit par les soignants. Il est possible que si ces soins étaient plus prescrits par le médecin ils pourraient être encore plus appliqués et optimisés (plus de soins en accord avec la littérature, encouragement de certaines pratiques).

Seul un EHPAD disposait d'un protocole de prise en charge de l'insomnie. Le concept de protocole semble parfois s'opposer à celui de soins individualisés. Cependant sur des situations qui divisent profondément les équipes comme la réalisation systématique des changes la nuit, cela peut peut-être permettre d'harmoniser les pratiques dans le sens des recommandations.

Enfin, la formation était décrite comme un des principaux leviers par les participants, et le manque de formation comme une des principales difficultés. Cela pourrait donc être un facteur important d'optimisation des pratiques.

CONCLUSION

Cette étude permet de conclure que plus de 4 soignants sur 5 en EHPAD, tous corps de métier confondus, déclareraient utiliser des traitements non médicamenteux dans la prise en charge de l'insomnie.

Le traitement le plus proposé (réassurance) n'était pas étudié dans la littérature dans cette indication mais s'incluait dans une démarche de soins personnalisés et de bienveillance.

L'environnement institutionnel pouvait être une source de difficultés pour les soignants mais pouvait aussi se révéler être un levier pour mettre en place les soins non médicamenteux.

Compléter cette étude par une étude recensant les actes réalisés par chaque soignant sur une période donnée et en interrogeant les résidents permettrait de préciser ces résultats.

Enfin, le développement de la formation des soignants au sujet des prises en charge non médicamenteuses et de l'insomnie, et l'incitation des médecins des EHPAD à prescrire des soins non médicamenteux dans la prise en charge de l'insomnie pourrait permettre d'optimiser les pratiques.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. SFTG et Haute Autorité de santé. Prise en charge du patient adulte se plaignant d'insomnie en médecine générale, recommandations [Internet]. Décembre 2006 [Consulté le 20 avril 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/rpc_sftg_insomnie_-_recommandations.pdf
2. Davenne D. Activité physique et sommeil chez les seniors. Médecine du sommeil. 2015 Nov 21;(12):181-189.
3. Chambe J, Dumas C, Kilic-Huck U, Montigneau L, Rougerie F. Prendre en charge l'insomnie chronique en médecine générale Première partie : démarche diagnostique et évaluation. Exercer. 2015;26(121):217-226.
4. Collège des enseignants de neurologie. Troubles du sommeil de l'enfant et de l'adulte [Internet]. [Consulté le 15 juin 2018]. Disponible sur: <https://www.cen-neurologie.fr/deuxieme-cycle%20/troubles-du-sommeil-lenfant-ladulte>
5. Beck F, Richard JB, Léger D. Prévalence et facteurs sociodémographiques associés à l'insomnie et au temps de sommeil en France (15-85 ans). Enquête Baromètre santé 2010 de l'Inpes, France. BEH. 2012 Nov 20;(44-45):497-501.
6. Valenza MC, Cabrera-Martos I, Martín-Martín L, Pérez-Garzón VM, Velarde C, Valenza-Demet G. Nursing homes : Impact of sleep disturbances on functionality. Archives of Gerontology and Geriatrics. 2012 Dec 27;(56):432-436.
7. Delzenne E, Pesch S, Martin I, Di Pompeo C, Huvent D, Boulanger E, et al. Plaintes et troubles du sommeil chez le sujet âgé institutionnalisé sous hypnotiques. Geriatr Psychol Neuropsychiatr Viei. 2012;10(2):159-163.
8. Makhoul MM, Ayoub AI, Abdel-Fatah MM. Insomnia symptoms and their correlates among the elderly in geriatric homes in Alexandria, Egypt. Sleep Breath. 2007 Jan 19;(11):187-194.
9. Garms-Homolová V, Flick U, Röhnsch G. Sleep Disorders and Activities in Long Term Care Facilities-a Vicious Cycle?. Journal of health psychology. 2010;15(5):744-754.
10. Soehner AM, Harvey AG. Prevalence and Functional Consequences of Severe Insomnia Symptoms in Mood and Anxiety Disorders: Results from a Nationally Representative Sample. Sleep. 2012 Mai;35(10):1367-1375.
11. Jarrin DC, Alvaro PK, Bouchard MA, Jarrin SD, Drake CL, Morin CM. Insomnia and hypertension: A systematic review. Sleep Medicine Reviews. 2018 Feb 16;(41):3-38.

12. Green MJ, Espie CA, Popham F, Robertson T, Benzeval M. Insomnia symptoms as a cause of type 2 diabetes Incidence: a 20 year cohort study. *BMC Psychiatry*. 2017;94(17).
13. Jaussent I, Empana JP, Ancelin ML, Besset A, Hemler C, Tzourio C, et al. Insomnia, Daytime Sleepiness and Cardio-Cerebrovascular Diseases in the Elderly: A 6-Year Prospective Study. *Plos One*. 2013 Feb 14;8(2).
14. Ju YES, Lucey BP, Holtzman DM. Sleep and Alzheimer disease pathology-a bidirectional relationship. *Nat Rev Neurol*. 2014 Feb;10(2):115-119.
15. Vedaa Ø, Krossbakken E, Grimsrud ID, Bjorvatn B, Sivertsen B, Magerøy N, et al. Prospective study of predictors and consequences of insomnia: personality, lifestyle, mental health, and work-related stressors. *Sleep Medicine*. 2015 dec 15;(20):51–58.
16. Leger D, Bayon V, Ohayon MM, Philip P, Ement, P, Metlaine A, et al. Insomnia and accidents: cross-sectional study (EQUINOX) on sleep-related home, work and car accidents in 5293 subjects with insomnia from 10 countries. *J Sleep Res*. 2014;(23):143–152.
17. Lubetkin EI, Jia H. Burden of disease due to sleep duration and sleep problems in the elderly. *Sleep health*. 2018;(4):182-187.
18. Potvin O, Lorrain D, Forget H, Dubé M, Grenier S, Préville M, et al. Sleep Quality and 1-Year Incident Cognitive Impairment in Community-Dwelling Older. *Sleep*. 2012;35(4):491-499.
19. Muller M. 728 000 résidents en établissements d’hébergement pour personnes âgées en 2015 Premiers résultats de l’enquête EHPA 2015. Etudes et résultats, direction de la recherche, des études, de l’évaluation et des statistiques. 2017 Jul;(1015):1-8.
20. Agence de santé Océan Indien. Statistiques et indicateurs de la santé et du social 2016 [Internet]. [consulté le 16 janvier 2019]. Disponible sur: https://www.ocean-indien.ars.sante.fr/system/files/2017-09/ARS_Statiss2016_HD.pdf
21. Agence de santé Océan Indien, Collège des généralistes enseignants de l’Océan Indien, Département de médecine générale de l’UFR Santé de l’université de La Réunion. Gramoune Care 2016/2017 Etat de santé et conditions de vie des personnes âgées de 65 ans ou plus à La Réunion [Internet]. In extenso N°6 :plateforme d’information des études en santé;mai 2018 [consulté le 16 janvier 2019]. Disponible sur: https://www.ocean-indien.ars.sante.fr/system/files/2018-05/InExtenso_n6.pdf
22. Atramont A, Bourdel-Marchasson I, Bonnet-Zamponi D, Tangre I, Fagot-Campagna A, Tuppin P. Résidents admis en Ehpad au cours du premier trimestre 2013 : pathologies prises en charge, traitements et hospitalisations l’année suivante. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*. 2017 Jul 11;(16-17):317-327.

23. Inserm. Alzheimer (maladie d’) Une maladie neurodégénérative complexe mais de mieux en mieux comprise [Internet]. Dernière mise à jour janvier 2019 [consulté le 14 février 2019]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/alzheimer-maladie>
24. Société Alzheimer de Cornwall et région. Les troubles du sommeil, cause et stratégie de prévention, septembre 2013 [internet]. [consulté le 27 novembre 2018]. Disponible sur: <https://alzheimer.ca/sites/default/files/files/chapters-on/cornwall/info/fact%20sheets%20fr/sleep%20disturbances%20ascd%20-fr.pdf>
25. Pour les personnes âgées, portail national d’information pour l’autonomie des personnes âgées et l’accompagnement de leurs proches. Les EHPAD [Internet]. Ministère des solidarités et de la santé ;12 janvier 2015. [consulté le 27 novembre 2018]. Disponible sur: <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/choisir-un-hebergement/vivre-dans-un-etablissement-medicalise/les-ehpad>
26. Eloi M, Martin P. La personne au centre de la prise en charge en ehpad : entre règles, pratiques et représentations. Revue française des affaires sociales. 2017;(1):21-40.
27. Ohayon MM. Prévalence et comorbidité des troubles du sommeil dans la population générale. Revue du praticien. 2007 Sept 30;(57):1521-1528.
28. Riemann D, Baglioni C, Bassetti C, Bjorvatn B, Dolenc Grosej L, Ellis J, et al. European guideline for the diagnosis and treatment of insomnia. J sleep res. 2017 Jul;(26):675-700.
29. Haute Autorité de santé. Quelle place pour les benzodiazépines dans l’insomnie ? [Internet]. Février 2015, dernière modification décembre 2017 [consulté le 20 février 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-03/bzd_insomnie_v2.pdf
30. Direction générale de la santé, Direction générale de l’action sociale, Société française de gériatrie et gérontologie. Les bonnes pratiques de soins en établissements d’hébergement pour personnes âgées dépendantes [Internet]. octobre 2007 [consulté le 19 juin 2017]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ehpad-2.pdf>
31. Maurin CM, Benca R. Chronic insomnia. Lancet. 2012 Jan 20;(379):1129-1141.
32. Haute Autorité de santé. Prise en charge du patient adulte se plaignant d’insomnie en médecine générale, argumentaire [en ligne]. Décembre 2006 [consulté le 05 novembre 2018] Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/rpc_sftg_insomnie_-_argumentaire_mel.pdf
33. Dictionnaire Larousse. Relaxation définitions [Internet]. [consulté le 14 avril 2019]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/relaxation/67860>

34. Agency for healthcare research and quality. Management of Insomnia Disorder. Comparative effectiveness review. 2015 dec;(159).
35. Morin CM, Culbert JP, Schwartz SM. Nonpharmacological Interventions for Insomnia: A Meta-analysis of Treatment Efficacy. *Am J Psychiatry*. 1994 Aug 8;(151):1172-1180.
36. Hoch CC, Reynolds III CF, Buysse DJ, Monk TH, Nowell P, Begley AE, et al. Protecting Sleep Quality in Later Life: A Pilot Study of Bed Restriction and Sleep Hygiene. *Journal of Gerontology: psychological*. 2001;56B(1):52-59.
37. Benloucif S; Orbeta L; Ortiz R, Janssen I, Finkel S I, Bleiberg J, et al. Morning or evening activity improves neuropsychological performance and subjective sleep quality in older adults. *Sleep*. 2004;27(8):1542-1551.
38. Kwok T, Chung Leung P, Kwok Wing Y, Ip I, Wong B, Wai Hung Ho D, et al. The effectiveness of acupuncture on the sleep quality of elderly with dementia: a within-subjects trial. *Clinical Interventions in Aging*. 2013 Jul 30;(8):923-929.
39. Lai FC, Chen IH, Chen PJ, Chen IJ, Chien HW, Yuan CF. Acupressure, Sleep, and Quality of Life in Institutionalized Older Adults: A Randomized Controlled Trial. *JAGS*. 2017 Mai;65(5):103-108.
40. Adib-Hajbaghery M, Nesa Mousavi S. The effects of chamomile extract on sleep quality among elderly people: A clinical trial. *Complementary Therapies in Medicine*. 2017 Oct 13;(35):109-114.
41. Wheatley D. Medicinal plants for insomnia: a review of their pharmacology, efficacy and tolerability. *Journal of Psychopharmacology*. 2005;19(4):414-421.
42. Forbes D, Blake CM, Thiessen EJ, Peacock S, Hawranik P. Light therapy for improving cognition, activities of daily living, sleep, challenging behaviour, and psychiatric disturbances in dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2014;(2).
43. Van Maanen A, Meijer AM, van der Heijden KB, Oort FJ. The effects of light therapy on sleep problems: A systematic review and meta-analysis. *Sleep Medicine Reviews*. 2016;(29):52-62.
44. Culpepper Richards K, Beck C, O'Sullivan PS, Shue VM. Effect of Individualized Social Activity on Sleep in Nursing Home Residents with Dementia. *JAGS*. 2005 Sept;53(9):1510-1517.
45. Lam TH, Chung KF, Yeung WF, Yu BY, Yung KP, Ng THY. Hypnotherapy for insomnia: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Complementary therapies in medicine*. 2015 Aug 4;(23):719-732.

46. Hwang E, Shin S. The Effects of Aromatherapy on Sleep Improvement: A Systematic Literature Review and Meta-Analysis. *Journal of alternative and complementary medicine*. 2015 Jan;1-8.
47. Wang Q, Chair SY, Mi Ling Wong EM, Li X. The effects of music intervention on sleep quality in community-dwelling elderly. *Journal of alternative and complementary medicine*. 2016 Jul;22(7):576-584
48. Glass J, Lanctôt KL, Herrmann N, Sproule BA, Busto UE. Sedative hypnotics in older people with insomnia: meta-analysis of risks and benefits. *BMJ*. 2005 Nov 11;1-7.
49. Berry SD, Lee Y, MS, Cai S, Dore DD. Non-benzodiazepine sleep medications and hip fractures in nursing home residents. *JAMA Intern Med*. 2013 Mai 13;173(9):754-761.
50. Zint K, Haefeli WE, Glynn RJ, Mogun H, Avorn J, Stürmer T. Impact of drug interactions, dosage, and duration of therapy on the risk of hip fracture associated with benzodiazepine use in older adults. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. 2010 Dec; 19(12):1248-1255.
51. Monane M, Glynn RJ, Avorn J. The impact of sedative-hypnotic use on sleep symptoms in elderly nursing home residents. *Clinical pharmacology & therapeutics*. 1996 Jan;83-92.
52. Winkler A, Rief W. Effect of Placebo Conditions on Polysomnographic Parameters in Primary Insomnia: A Meta-Analysis. *Sleep*. 2015;38(6):925-931.
53. Yeung V, Sharpe L, Glozier N, Hackett ML, Colagiuri B. A systematic review and meta-analysis of placebo versus no treatment for insomnia symptoms. *Sleep medicine reviews*. 2018;(38):17-27.
54. Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. La situation des EHPAD en 2016, analyse budgétaire de la prise en charge des résidents en EHPAD [Internet]. Novembre 2017 [consulté le 05 avril 2019]. Disponible sur: <https://www.cnsa.fr/node/3701>
55. Muller M, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. L'accueil des personnes âgées en établissement : entre progression et diversification de l'offre. Résultats de l'enquête EHPA 2015 [Internet]. [Consulté le 05 avril 2019]. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dd20_resultats_ehpa_2015.pdf
56. Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Le projet personnalisé : une dynamique du parcours d'accompagnement (volet EHPAD) [Internet]. Août 2018 [consulté le 05 avril 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-10/fiche-repere-projet_personnalise_ehpad.pdf

57. Ouhayon S. Etude de pratique sur les alternatives thérapeutiques médicamenteuses aux benzodiazépines et apparentés prescrites dans l'insomnie par les médecins généralistes en Midi-Pyrénées. Thèse de médecine, Toulouse : Université de Toulouse III : 2015.
58. Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, la bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre [Internet]. Juillet 2018 [consulté le 05 avril 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-03/reco_bientraitance.pdf
59. Comité de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité en Aquitaine. Contention et isolement dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, rapport inter-régional [Internet]. Janvier 2018 [consulté le 05 avril 2019]. Disponible sur: https://www.ccecqa.asso.fr/sites/ccecqa.aquisante.priv/files/campagne_eforap_ci_-_rapport_inter-regional_janv2018.pdf
60. Haute Autorité de santé. Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées, rapport d'orientation [Internet]. Avril 2011 [consulté le 05 avril 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-06/developpement_de_la_prescription_de_therapeutiques_non_medicamenteuses_rapport.pdf
61. Iborra M, Fiat C, Commission des affaires sociales. Rapport d'information en conclusion des travaux de la mission sur les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, enregistré à la présidence de l'Assemblée Nationale le 14/03/2018 [Internet]. [consulté le 8 mai 2019]. Disponible sur: <http://www.assemblee-nationale.fr/15/pdf/rap-info/i0769.pdf>
62. Ministère des solidarités et de la santé. Personnes âgées : Agnès Buzyn présente sa feuille de route pour relever le défi du vieillissement à court et moyen terme [Internet]. 30 mai 2018 [consulté le 08 mai 2019]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiqués-de-presse/article/personnes-agees-agnes-buzyn-presente-sa-feuille-de-route-pour-relever-le-defi>
63. Martin L. DPC : quelles obligations pour qui ? [Internet]. EHPAD Mag'; 29 mars 2014 [consulté le 08 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.ehpad-magazine.com/dpc-quelles-obligations-pour-qui/>
64. Luquel L. La méthodologie de soin Gineste-Marescotti ® dite « humanitude ». Expérience de son application au sein d'une unité spécifique Alzheimer. Fond. Nationale de Gérontologie. 2008 mar;31(126):165-177 .

ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire proposé aux soignants

A) CARACTERISTIQUES

1) Vous êtes :

- un homme une femme

2) Quel âge avez-vous ?

3) Depuis combien d'année travaillez-vous en EHPAD?

B) POSTE DE TRAVAIL :

4) Quel poste occupez-vous dans cet EHPAD ?

- Agent
 Aide-soignant
 Infirmier
 Médecin
 Psychologue
 Aide médico-psychologique
 Autre :

5) Travaillez-vous :

- de jour de nuit les deux

6) Travaillez-vous dans une unité spécialisée pour patient présentant des troubles cognitifs (démence/Alzheimer,..) ?

- Oui Non en partie

C) SENSIBILISATION A L'INSOMNIE :

7) Avez-vous déjà reçu une formation sur la prise en charge de l'insomnie (au cours de votre formation, ou après) ?

- Oui Non

8) Avez-vous déjà reçu une formation sur la thérapie cognitivo-comportementale ?

- Oui Non

9) Existe-t-il un protocole de prise en charge de l'insomnie chronique dans cet EHPAD ? *Plusieurs réponses peuvent être cochées*

- Diagnostique (pour identifier les patients souffrant d'insomnie)
 Thérapeutique (pour prendre en charge les patients souffrant d'insomnie)
 Pas de protocole

D) PRISE EN CHARGE DE L'INSOMNIE :

10) Prenez-vous actuellement en charge l'insomnie de certains résidents avec des méthodes NON médicamenteuses ?

- Oui Non

Si vous avez coché non, RDV à la question 17

Si oui :

11) Quelle méthode utilisez-vous ou prescrivez-vous ?

Plusieurs réponses peuvent être cochées

- Renforcer les sorties à l'extérieur
 Majorer les activités physiques
 Majorer les activités sociales
 Relaxation
 Luminothérapie

- Suppression sieste
- Coucher plus tardif
- Thérapie cognitivo-comportementale
- Autres psychothérapies
- Acupuncture
- Coin nuit en cas d'insomnie (salon, pièce dédiée)
- Collation pendant la nuit en cas d'insomnie
- Réassurance au moment de l'insomnie
- Réassurance au coucher
- Tisane avant le coucher
- Homéopathie
- Autre :

12) Ces soins ont été réalisés :

Plusieurs réponses peuvent être cochées

- A la demande du résident
- Suite à une discussion en équipe
- A votre propre initiative
- Prescrit par le médecin
- Prescrit par l'infirmier
- Autre :

13) Avez-vous rencontré des difficultés pour mettre en place ces soins ?

- Oui Non

si vous avez coché non, RDV question 16

14) Si oui lesquelles ?

Plusieurs réponses peuvent être cochées

- Manque de temps
- Manque de personnel
- Manque de formation
- Manque de locaux adaptés
- Manque de matériel
- Manque de motivation
- Manque de rémunération
- Je ne sais pas quels patients souffrent d'insomnie
- Défaut d'acceptation des résidents
- Inflexibilité du déroulement de la journée (contrainte organisationnelle) (horaires couchers fixes,...)
- Résidents non accessibles à la prise en charge non médicamenteuse
- Autre :

15) Y a-t-il des éléments qui ont favorisé ces soins ?

- Oui Non

si vous avez coché non, passez la question 16

16) Si oui lesquels ?

Plusieurs réponses peuvent être cochées

- Temps prévu pour
- Prise en charge protocolisée
- Travail en équipe
- Rémunération dédiée
- Formation
- Matériel dédié
- Autre :

Sautez questions 17

17) SI NON, Pourquoi ?

Plusieurs réponses peuvent être cochées

- Manque de temps
- Manque de personnel

- Manque de formation
- Manque de locaux adaptés
- Manque de matériel
- Manque de rémunération
- Je ne sais pas quels patients souffrent d'insomnie
- Défaut d'acceptation des résidents
- Inflexibilité du déroulement de la journée (contrainte organisationnelle) (horaires couchers fixes, ...)
- Résidents non accessibles à la prise en charge non médicamenteuse
- Ce n'est pas mon rôle
- Ce n'est pas efficace
- Je n'ai pas envie
- Autre :.....

**Annexe 2 : Question supplémentaire proposée oralement
aux soignants au cours de l'étude.**

« Vous vous mettez dans la peau d'un soignant de nuit, qui au cours de son tour de 4 heures du matin, est confronté à un résident souillé (selles et urine) et qui dort profondément. Les souhaits de ce résident au sujet du change sont difficiles à connaître (résident présentant un syndrome démentiel), et il ne présente pas de maladies cutanées particulières. Quelle sera votre conduite par rapport au change ?»

THESE DE MEDECINE GENERALE
Sujet : **PRISE EN CHARGE NON
MEDICAMENTEUSE DE L'INSOMNIE,
EN EPHAD.**

Bonjour, je suis Louise Heurtaux, interne en médecine générale à La Réunion.

J'aimerais discuter avec vous, soignants en EHPAD , de la prise en charge de l'insomnie des résidents, à l'aide d'un questionnaire court (10 minutes maximum).

Cela m'aiderait beaucoup et nous permettrait d'avoir des informations sur ce sujet, jamais étudié.

Le questionnaire est totalement anonyme, et le but n'est pas de juger les pratiques, mais de les connaître.

Merci beaucoup de votre participation !

Annexe 4 : Questionnaire sur les caractéristiques de l'EHPAD

Combien y a-t-il de résidents ?

Combien y a-t-il de soignants intervenant dans l'EHPAD ?

Y a-t-il un psychologue intervenant dans l'EHPAD ?

Ya -t'il un animateur intervenant dans l'EHPAD ?

Y a-t-il une unité spécialisée pour les résidents présentant des troubles cognitifs ou un PASA ?

Quel est le Gir moyen pondéré ?

Quel est le Pathos ?

Y a-t-il des chambres doubles dans l'EHPAD ?

Y a -t-il la climatisation dans les chambres ?

Y a -t-il un protocole de prise en charge de l'insomnie ?

Le dispositif « projet de vie individualisé » est-il utilisé ?

SERMENT MEDICAL

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer leurs consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses : que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

Etude de la prise en charge non médicamenteuse de l'insomnie en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

Introduction : L'insomnie est un problème de santé fréquent en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) (prévalence de 28 à 74 %). Plusieurs traitements non médicamenteux sont recommandés en première intention et validés par la littérature dans la prise en charge de l'insomnie chez les personnes âgées institutionnalisées. Les modalités d'application de ces traitements en EHPAD n'ont jamais été étudiées. L'objectif principal de l'étude était de connaître le taux de soignants déclarant proposer des traitements non médicamenteux dans le traitement de l'insomnie chez les résidents en EHPAD à La Réunion.

Matériel et méthode : Etude observationnelle, descriptive, menée au sein d'EHPAD à La Réunion, consistant à interroger des soignants de différents corps de métier, de jour ou de nuit sur leurs pratiques via un questionnaire anonyme hétéro-administré. Le critère d'inclusion était d'être un membre du personnel d'un EHPAD intervenant dans les soins directement auprès des résidents. Le critère de jugement principal était la déclaration de l'utilisation par le soignant de traitements non médicamenteux dans le traitement de l'insomnie.

Résultats : Cent-cinquante-sept soignants (17 agents de service, 63 aides-soignants, 20 aides médico-psychologiques, 4 auxiliaires de vie sociale, 9 assistants de soins en gérontologie, 28 infirmiers, 8 médecins et 8 psychologues) ont participé à l'étude menée de septembre 2017 à novembre 2018 soit 29,5 % de l'effectif total des soignants des 14 EHPAD participants (sur 17 au total à La Réunion). Quatre-vingt-six pourcents des soignants (n = 135) déclaraient utiliser des traitements non médicamenteux dans le traitement de l'insomnie.

Conclusion : Une large majorité de soignants déclarait proposer des traitements non médicamenteux dans le traitement de l'insomnie. Ce résultat pourrait être complété par une enquête de pratique au sein d'un EHPAD. Développer les formations et la prescription de soins non médicamenteux pourraient permettre d'optimiser ces prises en charge.

Mots clés : Trouble de l'endormissement et du maintien du sommeil, Maison de retraite médicalisée, Thérapie cognitive, Exercice physique, Equipe soignante, Démence

Study of the non-pharmacological management of insomnia in nursing homes.

Introduction: Insomnia is a common health problem in nursing homes (prevalence of 28 to 74 %). Several non-pharmacological treatments are recommended as first-line and validated by the literature in the management of insomnia in institutionalized elderly people. The methods of application of these treatments in nursing home have never been studied

The main objective of the study was to know the rate of caregivers declaring to propose non-pharmacological treatments in the treatment of insomnia among residents in nursing homes in La Réunion.

Methods: It was an observational, descriptive study conducted in nursing homes in La Réunion, consisting of interviewing caregivers of different workplaces, working day or night on their practices via an anonymous questionnaire hetero-administered.

The inclusion criterion was to be a caregiver member of a nursing home involved in care directly with residents. The primary end point was the declaration from the caregiver to use non-pharmacological treatments to treat insomnia.

Results: One hundred and fifty-seven caregivers (17 service agents, 63 caregivers, 20 medical and psychological assistants, 4 social auxiliary, 9 gerontological care assistants, 28 nurses, 8 practitioner and 8 psychologists) contributed to the study from September, 2017 to November, 2018 which is equal to 29.5 % of the total number of caregivers of the 14 nursing home participating (out of a total of 17 in La Reunion).

Eighty-six percent of caregivers (n = 135) reported using non-pharmacological treatments in the treatment of insomnia. This care was most often initiated by the caregiver.

Conclusion: A large majority of caregivers report non-pharmacological treatments for the treatment of insomnia. This result could be completed by a practice survey within a nursing home. Developing teaching and prescribing non-medical care could help optimize these cares.

Key words: Sleep initiation and maintenance disorders, Homes for the aged, Cognitive behavioral therapy, Exercise, Patient care team, Dementia

Thèse pour l'obtention du diplôme de docteur en Médecine Générale

Collège Santé de l'Université de Bordeaux, 146 rue Léo Saignat, 33076 Bordeaux