



UNIVERSITÉ DE PARIS DESCARTES – Université de Paris – Promotion 2020/2021

---

## MÉMOIRE DE FIN D'ETUDE

**Diplôme inter universitaire :** « Formation de Médecin Coordonnateur d'Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes.»

**Diplôme Universitaire :** « Infirmier(ère) Référent(e) et Coordinateur(trice) en EHPAD et en SSIAD.»

### **Interventions Non Médicamenteuses en EHPAD : Réel enjeu pour l'avenir ou simple effet de mode ?**



**Auteurs :**

- Mme CONTRERAS Laura, Infirmière en soins généraux
- Mme DELAUNAY Clara, Infirmière en soins généraux
- Mme MAILLE Céline, Infirmière libérale
- Dr COINTIN Yves, Médecin diplômé de médecine générale

Sous la direction du Dr. MACE-DURETTE Catherine, Médecin diplômée d'un DIU de Médecin Coordonnateur.

Soutenu le 19 ou le 26 novembre 2021 (selon convocation)

## **Note aux lecteurs**

« Il s'agit d'un travail personnel et ne peut faire l'objet d'une publication en tout ou partie sans l'accord de son auteur. »

« L'utilisation du genre masculin est adopté afin de faciliter la lecture et n'a aucune intention discriminatoire. »

« Les termes thérapies alternatives ou thérapies complémentaires sont employés au même titre que celui des interventions non médicamenteuses afin d'éviter les répétitions. »

« *Si vous voulez vivre longtemps, vivez vieux* », Erik Satie

## Remerciements

Les membres du groupe tiennent à remercier chaleureusement les personnes ayant contribué à l'aboutissement de ce travail, et plus généralement celles nous ayant permis d'aller au bout de ce diplôme universitaire.

Nous remercions nos professeurs pour leurs enseignements respectifs qui nous ont beaucoup appris. Une année impactée par la crise sanitaire du CoVID-19 et obligeant à dispenser les cours à distance, ce qui n'a pas toujours facilité les échanges.

Nous remercions également notre directrice de mémoire, le Dr MACE-DURETTE Catherine, ayant accepté de nous guider durant la construction de ce long travail de recherche, encore une fois à distance.

Chacun d'entre nous remercie la personne référente sur les différents lieux de stage. Leur accueil et leur pédagogie nous ont permis d'acquérir des compétences nouvelles et d'aborder ce nouveau projet professionnel avec enthousiasme.

Un grand merci aux professionnels ayant répondu à notre enquête, nous permettant ainsi de faire aboutir ce travail.

Merci également à nos proches pour leur soutien indéfectible car cela n'est pas toujours aisé de concilier sa vie professionnelle, la reprise des études et sa vie personnelle.

Que ce diplôme permette à chaque membre du groupe de s'épanouir pleinement.

# Glossaire

- AS : Aide-Soignant
- ASH : Agent de Service Hospitalier
- CANTOU : Centre d'Activités Naturelles Tirées d'Occupations Utiles
- EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
- ETP : Equivalent Temps Plein
- EVA : Echelle Visuelle Analogique
- EVS : Echelle Visuelle Simple
- IDE : Infirmier Diplômé d'Etat
- IDEC : Infirmier Diplômé d'Etat Coordinateur
- INM : Intervention Non Médicamenteuse
- INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
- MEDCO : Médecin Coordonnateur
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- PASA : Pôle d'Activités et de Soins Adaptés
- UHR : Unité d'Hébergement Renforcé

# SOMMAIRE

PARTIE I INTRODUCTION.....	1
1. Choix du sujet.....	1
2. Situation vécue .....	2
3. Cadre conceptuel .....	4
<b>3.1. Généralités</b> .....	4
<b>3.2. Stratégies et encadrement des interventions non médicamenteuses</b> .....	6
<b>3.3. Interventions non médicamenteuses en EHPAD</b> .....	8
<b>3.4. INM en pratique</b> .....	9
<b>3.4.1. Acupuncture</b> .....	9
<b>3.4.2. Sophrologie</b> .....	10
<b>3.4.3. Reiki</b> .....	11
<b>3.4.4. Aromathérapie</b> .....	13
<b>3.4.5. Hypnose</b> .....	15
PARTIE II METHODOLOGIE DE L'ENQUETE.....	18
PARTIE III RESULTATS DE L'ENQUETE .....	20
1. Expression des résultats.....	20
<b>1.1. Généralités</b> .....	20
<b>1.2. INM et résidents</b> .....	25
<b>1.3. INM et professionnels</b> .....	29
Partie IV DISCUSSION .....	33
Conclusion.....	40
Bibliographie/ webographie .....	41
Annexes .....	46
Annexe 1. « Classification des Interventions Non Médicamenteuses.» .....	47

Annexe 2. Mélange d'huiles essentielles à but thérapeutique. ....	48
Annexe 3 : Enquête sur l'utilisation des Interventions Non Médicamenteuses en EHPAD diffusée en ligne avec la plateforme GoogleForms. ....	50
Annexe 4 : Extrait du « Traité de Scorbut » du Dr James Lind, 1757.....	61
Résumé .....	62
Abstract.....	63

# PARTIE I

## INTRODUCTION

### 1. Choix du sujet

Le sujet des thérapies alternatives ou thérapies non médicamenteuses est très présent dans notre société. L'intérêt qu'elles suscitent ainsi que leur présence grandissante dans les médias sont un fait social. En 2015, selon l'Ordre des Médecins<sup>1</sup>, 40% des français y ont déjà eu recours, proportion qui augmente chez les personnes atteintes de maladies graves ou chroniques.

En 2013, un rapport<sup>2</sup> de P.VERGER pour le ministère de la Santé fait l'état du médicament dans les maisons de retraite. Il conclut à « la nécessité des actions de prévention, des différentes alternatives à la prise médicamenteuse, l'importance des formations des personnels au service de l'efficacité thérapeutique. »

Les quatre membres du groupe se sentent particulièrement concernés par le *bien vieillir* et deux d'entre eux pratiquent régulièrement les thérapies alternatives. En effet, Céline pratique le Reiki, Yves l'acupuncture ainsi que l'homéopathie. C'est donc d'un commun accord que nous décidons d'en faire le sujet principal de ce travail de recherche.

Ainsi, nous nous sommes plus particulièrement questionnés sur l'utilisation générale des INM en EHPAD, auprès des résidents et du personnel qui les entourent, mais aussi sur la pratique d'une d'entre elles par l'infirmier coordinateur et le médecin coordonnateur.

A propos de l'utilisation de ces thérapies en EHPAD, les bienfaits apportés aux personnes âgées sont régulièrement cités mais aucune étude sur leur utilisation, généralisée ou non, n'a été réalisé à ce jour.

C'est pourquoi nous choisissons d'explorer ce sujet qui nous interpelle afin d'obtenir des réponses objectivées.

---

<sup>1</sup> Conseil national de l'Ordre des médecins. (2015, juillet 23). Quelle place pour les médecines complémentaires ? <http://www.conseil-national.medecin.fr/publications/actualites/place-medecines-complementaires>

<sup>2</sup> VERGER, P. (2013). *La politique du médicament en EHPAD*. Rapport pour le ministère de la santé. [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport\\_Politiquedu\\_medicament\\_en\\_EHPAD\\_final.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Politiquedu_medicament_en_EHPAD_final.pdf)

## 2. Situation vécue

Yves, co-auteur de ce travail de recherche nous fait part de son expérience vécue :

« J'ai exercé pendant 36 ans l'acupuncture en cabinet libéral. Je me suis rendu compte de son efficacité notamment dans les pathologies douloureuses. L'action de l'acupuncture est d'autant plus rapide et efficace lorsque qu'elle traite des symptômes d'apparition récente. Concernant les pathologies chroniques, j'ai l'habitude de pratiquer en moyenne cinq séances. Dans la grande majorité des cas, je remarque que les effets attendus sont constatés à partir de la troisième séance et visibles de trois à six mois voire d'avantage en fonction des patients et de l'intensité des symptômes. Il est vrai que sur des pathologies lésionnelles objectivées, l'effet est moins durable que sur une pathologie inflammatoire où il peut être définitif. Les effets sont aussi bénéfiques pour les problèmes liés au stress, c'est-à-dire une dyspnée, une sensation d'oppression et d'angoisse. Les effets sont souvent immédiats mais il faut renouveler les séances si les symptômes sont plus anciens. Le périodique Médecine/Science<sup>3</sup> évoque dans un article l'effet placebo en ce qui concerne l'acupuncture, celui-ci existe avec toute thérapeutique et il est estimé à environ 30 % quel que soit le traitement utilisé. En premier recours, dans le traitement des troubles bénins, l'acupuncture permet d'éviter certaine thérapie médicamenteuse. Dans les pathologies plus lourdes ou chroniques, elle peut constituer un appoint permettant de réduire les posologies ou les effets indésirables des traitements.

J'utilise également l'homéopathie en EHPAD où les bénéfices constatés sont également bien réels. En effet, elle permet de réduire les douleurs, même celles résistantes aux opiacés ou encore de réduire les hématomes après une chute.

Il y a quelques mois, l'aromathérapie a été introduite dans l'EHPAD dans lequel je travaille à Clamecy en nous limitant à quelques indications. Cette méthode alternative a été très bien accueillie par les résidents ainsi que par le personnel soignant. Nous nous sommes limités à l'utilisation de deux mélanges synergiques en diffusion aérienne ainsi qu'à quatre compositions d'huiles essentielles en application locale par massage-effleurage. Dans les chambres, les mélanges sont utilisés en discontinu : le diffuseur est mis en route lors du début des soins le matin et arrêté dès la fin des soins. La durée totale pour une journée est limitée à

---

<sup>3</sup> Med Sci (2005, mars). *Mécanismes de l'effet placebo et du conditionnement : Données neurobiologiques chez l'homme et l'animal.* (Paris, Ed.) M/S Revues, 21(3), pp 315-319.

une heure et l'aération régulière des locaux est nécessaire pour éviter tout problème de saturation de l'atmosphère en molécules aromatiques.»

A la suite de nos lectures et de cette expérience, de nombreuses questions émergent :

- Les INM sont-elles réellement utilisées en EHPAD ?
- Quels professionnels peuvent y être formés ?
- La pratique d'une thérapie alternative par l'IDEC ou le MEDCO influence-t-elle leur mise en place en EHPAD ?
- Pour quelles raisons ne sont-elles pas toujours inscrites dans le projet d'établissement ou les différents projets de soins ?
- Quelles INM sont les plus efficaces en EHPAD ?
- Quels sont les coûts de l'installation de ces méthodes en structure ?
- Peuvent-elles éviter ou limiter la polymédication ?
- Les soignants peuvent-ils en bénéficier sur leur lieu de travail et quels en seraient les bénéfices pour eux ?

L'ensemble de notre questionnement nous amène à la problématique principale de notre travail de recherche :

**Dans une structure d'accueil collective telle que l'EHPAD, en quoi les interventions non médicamenteuses améliorent-elles la prise en soins des résidents, ainsi que la qualité de travail des professionnels ?**

### 3. Cadre conceptuel

#### 3.1. Généralités

Tout d'abord, nous allons retracer un historique des interventions non médicamenteuses.

Jusqu'au XIXe siècle, la médecine est essentiellement basée sur les plantes complétée par les thérapies manuelles et des techniques comme les saignées ou encore les sangsues. L'avènement de la chimie et de l'industrie, amène l'essor du médicament. Nous savons que la majorité des médicaments sont extraits de plantes dont le principe actif est isolé. C'est par exemple le cas de l'aspirine, extraite du saule « *Salix Alba* », utilisée en décoction par les Égyptiens puis par les grecs depuis l'Antiquité. Selon CHAST<sup>4</sup>, si l'extraction du principe actif augmente les bienfaits de la plante, elle en augmente aussi les effets secondaires. Ces médicaments issus de plantes restent relativement peu puissants mais aussi peu nocifs.

Si le brevet de Bayer pour l'aspirine date de 1899, le XXe siècle voit la croissance de l'industrie chimique et l'apparition de médicaments de plus en plus puissants. Ces derniers, permettent une avancée considérable dans le traitement des maladies. Toutefois, ils s'accompagnent d'effets secondaires importants, souvent difficilement contrôlables et proportionnels à leur efficacité.

Devant une polymédication croissante depuis quelques dizaines d'années conduisant parfois à des accidents iatrogéniques, un intérêt voire un engouement croissant pour des traitements plus naturels refait surface à ce jour. Il s'agit de thérapies traditionnelles comme la phytothérapie, l'acupuncture, mais aussi de méthodes alternatives nouvelles. Outre leur efficacité plus ou moins importante, elles paraissent inoffensives si on les utilise à bon escient. Nous pouvons citer également l'aromathérapie, l'homéopathie, l'hypnose, la sophrologie ou encore le Reiki qui sont des thérapies à part entière ou des méthodes de bien-être. Elles représentent une alternative intéressante à l'utilisation parfois rapide et systématique des antalgiques, des anti-inflammatoires, des anxiolytiques voire même des

---

<sup>4</sup> CHAST, F. (2017, juillet). Biologie et Histoire : Histoire de l'aspirine. *La Revue de Biologie Médicale*, n° 337, p 49 à 57.

antidépresseurs. L'acupuncture est introduite à l'hôpital Bichat à Paris vers 1920. Même si son utilisation reste encore marginale, celle-ci se voit de plus en plus utilisée en milieu hospitalier notamment en service d'obstétrique pour réaliser des analgésies et faciliter la phase de travail. Il ne s'agit pas de remettre en cause la médecine conventionnelle qui, sans conteste, est indispensable dans les prises en charge curatives et améliore l'espérance de vie. Néanmoins, les thérapies alternatives peuvent, par exemple, être utilisées en première intention dans la gestion des douleurs, du stress, de l'anxiété ou encore lors d'états de dépression débutante. Elles peuvent aussi être utilisées en complément des thérapies classiques afin d'en diminuer les posologies et de ce fait les effets secondaires de chacun des médicaments mais aussi de leurs interactions<sup>5</sup>.

Mais alors, quels sont les intérêts à étendre et institutionnaliser l'utilisation des interventions non médicamenteuses en EHPAD ?

La population des maisons de retraite comprend essentiellement des personnes présentant une aggravation de l'état général et/ou un maintien à domicile difficile. Le symptôme le plus fréquemment retrouvé chez ces personnes est la douleur, notamment en rhumatologie. L'insomnie et l'anxiété sont des pathologies très souvent rencontrées chez les résidents de nos EHPAD pour qui ces méthodes alternatives démontrent leur efficacité. Les résidents de ces établissements mais aussi les soignants peuvent bénéficier de ces méthodes alternatives. Là encore, les pathologies dont souffre le personnel médical et paramédical sont fréquemment liées à l'état nerveux : anxiété, insomnie mais aussi des douleurs à type de cervicalgies, dorsalgies ou lombalgies liées au stress et à l'effort physique pour mobiliser les résidents. En résumé, l'utilisation des thérapies complémentaires, autant pour les résidents que pour les équipes permettrait un mieux-être physique et mental mais aussi une amélioration de la qualité du travail ainsi que la réduction des accidents et de troubles musculo-squelettiques (TMS)<sup>6</sup>.

En 2017, la plateforme CEPS définit l'intervention non médicamenteuse comme une :

---

<sup>5</sup> *Soulager par des techniques non médicales*. Institut national Du Cancer. <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Qualité-de-vie/Douleur/Soulager-par-des-techniques-non-medicales>

<sup>6</sup> FELTEN, A., DUHAMEL, O., &al. (2011). *Etude de la place de la prise en charge des troubles musculo-squelettiques(TMS) chroniques par acupuncture en milieu hospitalier à l'AP-HP*. FAFORMEC

(...) intervention non invasive et non pharmacologique sur la santé humaine fondée sur la science. Elle vise à prévenir soigner ou guérir un problème de santé. Elle se matérialise sous la forme d'un produit d'une méthode, d'un programme, dont le contenu doit être connu de l'utilisateur. Elle est reliée à des mécanismes biologiques et/ou des processus psychologiques identifiés. Elle fait l'objet d'études d'efficacité. Elle a un impact observable sur des indicateurs de santé, de qualité de vie, comportementale et socio-économique. Sa mise en œuvre nécessite des compétences relationnelles communicationnelles et éthiques<sup>7</sup>.

Cette même plateforme propose également un tableau pour classer ces INM<sup>8</sup>.

L'OMS et l'INSERM font l'état de quatre classes de pratiques<sup>9</sup>. On retrouve d'une part les thérapies biologiques via des plantes comme la phytothérapie ou l'aromathérapie. Puis, les thérapies manuelles comme l'ostéopathie, la chiropraxie ou encore la réflexologie. En troisième lieu, les approches conciliant le corps et l'esprit tels que l'hypnose, la sophrologie, la méditation mais aussi le Reiki. La dernière classe se penche sur les systèmes reposant sur des fondements théoriques propres, c'est-à-dire l'acupuncture ou l'homéopathie.

### **3.2. Stratégies et encadrement des interventions non médicamenteuses**

Différents plans nationaux et internationaux invitent aujourd'hui à tenir compte de la qualité de vie liée à la santé des patients malades chroniques, y compris comme indicateur d'efficacité dans des études cliniques. Par exemple, le plan ministériel pour « l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques 2007- 2011 » évalué par le Haut Conseil de la Santé Publique en 2013, est le déclencheur d'actions concrètes en faveur de la qualité de vie liée à la santé des français touchés par une maladie de longue durée. Un programme de recherche européen terminé en 2012 nommé CAMbrella<sup>10</sup> constate que plus de cent millions de citoyens de l'Union Européenne utilisent des INM pour se soigner. L'Union Européenne considère la réglementation des soins comme une responsabilité nationale

---

<sup>7</sup> Plate universitaire collaborative CEPS. (2017). *Classification INM*. <https://plateformeceps.www.univ-montp3.fr/fr/nos-services/classificationinm>

<sup>8</sup> Annexe numéro 2

<sup>9</sup> (2015). *Médecine non conventionnelle*. Wikipedia.

[https://fr.wikipedia.org/wiki/Médecine\\_non\\_conventionnelle](https://fr.wikipedia.org/wiki/Médecine_non_conventionnelle)

<sup>10</sup> CAMbrella. (2012). *The roadmap for european cam research - An Explanation of the CAMbrella Project and its Key Findings*

contrairement aux médicaments tous réglementés de manière centralisée par l'Agence Européenne des Médicaments (EMA). Il n'y a pas d'approche commune pour la réglementation des pratiques en INM dans l'Union Européenne, les vingt-sept pays les régulent à leur manière.

En France, l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des Produits de Santé (ANSM) ainsi que celle de l'Alimentation, de l'Environnement et du Travail restent en retrait sur le sujet. Les INM ne disposent donc pas de réglementation satisfaisante, ni de stratégie de développement, ni d'une recherche de haute qualité mais les réflexions évoluent. Le système de Sécurité Sociale français fondé en 1945 est aujourd'hui malmené. L'Assurance Maladie publie un rapport de REVEL<sup>11</sup> sur des propositions de maîtrise des dépenses en 2017, et encourage la contribution des INM dans les domaines de la prévention (méthode d'arrêt du tabac par exemple) et de la gestion d'une maladie au quotidien (programme d'éducation thérapeutique par exemple). Dans un rapport d'orientation<sup>12</sup>, la HAS précise qu'à un stade précoce, les INM s'avèrent utiles pour retarder l'évolution de la maladie, pour développer des stratégies compensatoires et pour minimiser les situations de handicap-associées.

Au XXe siècle, l'approche curative l'emporte sur l'approche préventive. Notre siècle, qui l'a bien compris, se tourne vers une prévention efficace. Les lois (Hôpital Patient Santé Territoire 2009<sup>13</sup>, modernisation de notre Système de Santé 2016<sup>14</sup>), les plans nationaux (Bien Vieillir 2007-2009<sup>15</sup>; Maladies Neurodégénératives 2014-2019<sup>16</sup>; le plan Priorité prévention 2018<sup>17</sup>) et la Stratégie nationale de santé 2018-2022<sup>18</sup> encouragent ce mouvement. Ces actions de prévention, avec une méthode, un contenu, et un objectif ciblé reposent sur les interventions non médicamenteuses. En prévention primaire, elles évitent des maladies. En prévention secondaire, elles retardent leur aggravation. Et en prévention tertiaire, elles évitent leurs complications.

---

<sup>11</sup> REVEL, N. (2017). *Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses*. Rapport de l'Assurance Maladie

<sup>12</sup> Haute Autorité de Santé. (2011). *Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées*. Rapport d'orientation.

<sup>13</sup> (21 juillet 2009). *Loi n° 2019-879. Loi Hôpital Patient Santé Territoire*

<sup>14</sup> (26 janvier 2016). *Loi n°2016-41 : Loi de modernisation de notre Système de Santé*

<sup>15</sup> (2007-2009). *Plan national Bien Vieillir : Ministère de la Santé et des Solidarités, Ministère de la Jeunesse des Sports et de la Vie associative, Ministère délégué à la Sécurité Sociale aux Personnes âgées aux Personnes handicapées et à la Famille*

<sup>16</sup> TOURAINE, M. ROSSIGNOL, L. FIORASO, G. (2014-2019). *Plan Maladies Neurodégénératives*

<sup>17</sup> Comité interministériel pour la santé. (26 mars 2018). *Plan Priorité prévention 2018*

<sup>18</sup> (2018-2022). *Stratégie nationale de santé : Ministère des Solidarités et de la Santé*.

La recherche sur les INM connaît un essor sans précédent dans le monde. On recense chaque année plus de cent mille publications sur le sujet dans des revues scientifiques et médicales à comité de lecture. NINOT,G<sup>19</sup> évoque leurs bénéfices sur la santé, il montre leurs intérêts dans l'amélioration de la qualité de vie des patients, dans la réduction des dépenses directes et indirectes de la santé.

### **3.3. Interventions non médicamenteuses en EHPAD**

D'après le guide professionnel des INM de G.NINOT :

Les INM guérissent peu de maladies. En revanche, elles en soignent et en préviennent de nombreuses. Elles mobilisent plusieurs mécanismes en simultané et en cascades. Elles redonnent de l'espoir et de la confiance en soi aux démarches de soin et de prévention. Elles majorent l'effet placebo par des rituels et des modes de relation sagement construits par les professionnels. Sur le plan fonctionnel, certaines INM mobilisent les ressources résiduelles du corps, dynamisent le métabolisme, activent le système immunitaire renforcent l'activité anti-inflammatoire, stimulent les mécanismes épigénétiques, facilitent les échanges corps- esprit, potentialisent les processus d'autoguérison. Sur le plan structurel, certaines INM régénèrent des cellules, fabriquent des tissus, transforment le microbiote intestinal, reconditionnent des organes, modifient des éléments organiques<sup>20</sup>.

Le programme KODRO<sup>21</sup> sur tablettes tactiles utilisé pendant douze mois auprès de onze patients d'un service de soins de longue durée atteints de troubles cognitifs modérés montre une amélioration des performances dans le domaine cognitif telles que le langage, la compétence visuo-spatiale ou l'attention. Des programmes d'art-thérapie comme la musicothérapie soignent des troubles du comportement des personnes âgées. Une revue de 2018<sup>22</sup> évalue les effets d'INM en musicothérapie chez des personnes atteintes de démence à la fin du traitement et au moins un mois après l'intervention. Elle inclue vingt-deux essais contrôlés randomisés, avec 890 participants. Les groupes contrôles ayant soit reçu des soins habituels soit des activités avec ou sans musique. Les auteurs concluent à un effet significatif du programme de musicothérapie de cinq séances avec la réduction des symptômes dépressifs

---

<sup>19</sup> NINOT, G. (2019). *Guide professionnel des interventions non médicamenteuses*. DUNOD

<sup>20</sup> NINOT, G. (2019). *Guide professionnel des interventions non médicamenteuses*. DUNOD

<sup>21</sup> MALVY, L. (2016). *Bénéfice de l'utilisation d'un programme de stimulation cognitive sur tablettes tactiles chez les personnes âgées dépendantes et institutionnalisées : Programme KODRO*

<sup>22</sup> VAN DER STEEN et al. (23 juillet 2018). Les interventions thérapeutiques musicales pour les personnes atteintes de démence. La Revue.

et l'amélioration des troubles du comportement à la fin du traitement. Ils restent cependant dubitatifs sur les bénéfices au niveau de l'agitation, de l'agressivité et de la cognition. La littérature soutient le fait que la musique doit être incluse dans les plans de soins infirmiers car elle apporte des bienfaits physiques, psychologiques et sociaux.

Dans un article de MORESCHI<sup>23</sup>, une approche musicale efficacement coordonnée par les infirmiers est la meilleure stratégie de traitement non pharmacologique à appliquer avec des coûts moindres et de faibles risques pour les patients. En effet, on note dans cet article que la musicothérapie « diminue significativement l'agitation, l'anxiété et l'agressivité chez les personnes âgées Alzheimer. »

Dans un autre article, LEHMANN,C<sup>24</sup> montre que pour ce qui est des INM dans l'épuisement professionnel, « les techniques de méditation, l'exercice physique et le Qi Gong pourraient apporter une amélioration du burn out si elles sont pratiquées régulièrement ». De plus en plus de responsables d'établissements de santé travaillent avec des architectes et des ergonomes pour repenser les lieux de soins et de vie collective afin d'en faire des espaces de vie, d'échanges et de partage. Les lieux collectifs sont revus, comme les salles à manger et les halls d'entrée. Les extérieurs commencent aussi à être investis comme des lieux de pratiques de ces thérapies, parcours aménagés, sols de différentes densités, jardins thérapeutiques et espaces de rencontres.

### **3.4. INM en pratique**

Prenons désormais quelques exemples de thérapies alternatives utilisées dans les soins.

#### **3.4.1. Acupuncture**

Cette thérapeutique traditionnelle liée à la médecine chinoise remonte pour certains à plusieurs milliers d'années mais on peut la fixer raisonnablement aux alentours du VI<sup>e</sup> siècle av J-C. Elle consiste en « l'introduction d'aiguilles métalliques en des endroits précis du corps<sup>25</sup> ». Elle est ensuite introduite en Europe par un médecin hollandais Willem Ten Rhyne en 1679. Tout cela est anecdotique et l'acupuncture est réellement introduite en Europe dans les années vingt par Soulié de Morant alors consul de France à Shanghai et sinologue avéré.

---

<sup>23</sup> MORESCHI. (2015). Revue en France Voix d'Or, Gionale Di Gérontologia. Consulté sur Motrial en 2021.

<sup>24</sup> LEHMANN,C. (2016). Revue de Littérature. Consulté sur Motrial en 2021.

<sup>25</sup> *Les textes du Huang Di Nei Jing*. (-500 et – 200 av JC). Ouvrage de référence de la médecine chinoise traditionnelle.

Sous son impulsion, une consultation d'acupuncture est ouverte à l'hôpital Bichat en 1932 par le Dr Ferreyrolles. Cette consultation perdure d'ailleurs actuellement.

Si l'acupuncture a toujours ses détracteurs et est considérée par certains, non sans quelque mépris comme une pseudoscience, un DIU d'acupuncture est créé en 1987 à la faculté de médecine de Bobigny. Actuellement la pratique de l'acupuncture en France est officiellement réservée aux médecins, chirurgiens-dentistes et sage-femmes.

Il n'est pas question ici d'expliquer les bases de l'acupuncture étroitement liée à la médecine traditionnelle chinoise. Par contre de par ses domaines d'application en rhumatologie et ses indications dans le stress, ce qui nous intéresse ici est qu'elle semble être une alternative non médicamenteuse très intéressante en EHPAD.

Une étude de CARCAILLE<sup>26</sup> portant sur l'acupuncture dans la prise en charge des douleurs articulaires chez les personnes âgées montre un effet positif de l'acupuncture sur les douleurs ainsi qu'une amélioration des troubles du sommeil dans 20 % des cas même si l'étude met l'accent sur le fait que des paramètres du ressenti sont difficiles à évaluer tant par les résidents que par les soignants. Une autre étude<sup>27</sup> portant sur les bienfaits subjectifs de l'acupuncture est réalisée et porte sur une population de patients de tous âges hospitalisés dans l'unité anxiété dépression résistante du CHU de MARTINIQUE. Les résultats sont en faveur d'une amélioration même si la part de l'effet placebo est toujours évoquée.

### 3.4.2. Sophrologie

La sophrologie est une méthode psychocorporelle utilisée comme technique thérapeutique et peut-être vécue comme une philosophie de vie. Elle est conçue par le neuropsychiatre Alfonso Caycedo en 1960 et inspirée de techniques occidentales comme orientales. Sa dénomination vient du grec : \*sôs : harmonieux; phren : l'esprit ; logos : science.

---

<sup>26</sup> CARCAILLE, M. (2009). *Apports potentiels de l'acupuncture dans la prise en charge des douleurs osteo-articulaires chez les personnes âgées*. Thèse du doctorat en médecine, Université de Paris Diderot, Paris.

<sup>27</sup> MELLIER, E. (2016). *HAL : Evaluation des bienfaits subjectifs des séances d'acupuncture dans l'unité anxiété dépression résistance du CHU de MARTINIQUE à l'aide d'échelles visuelles analogiques*. Thèse de doctorat en médecine, Université des Antilles, Faculté de médecine Hyacinthe Bastrand, MARTINIQUE.

La sophrologie s'effectue par des exercices de relaxation statique et dynamique permettant des bienfaits physiques comme la décontraction musculaire, ce qui procure également une détente de l'esprit. C'est une recharge énergétique.

Au cours d'une séance de sophrologie, la personne exécute différents mouvements afin de prendre conscience de son corps. Elle doit être pratiquée par des professionnels qualifiés.

Cette discipline se base sur quatre principes<sup>28</sup> :

- Le principe d'action positive, qui dit que toute action positive sur une partie de la conscience se répercute positivement sur la totalité de son être. La répétition du positif amène à développer des habitudes, des valeurs qui renforcent un état de bien-être.
- Le schéma corporel est l'objet de la pratique de la sophrologie qui le considère dans sa forme et sa capacité de mouvement puis sa capacité de sentir et percevoir.
- Le principe de réalité objective développé grâce à l'entraînement personnel.
- L'adaptabilité qui dit que le sophrologue doit s'adapter à la réalité des personnes qu'il reçoit.

A ce jour, il n'existe aucune contre-indication pour pratiquer la sophrologie et aucun effet indésirable connu.

Concernant son utilisation dans le milieu gériatrique, cette discipline permet d'aider à mieux vieillir<sup>29</sup>.

Elle est également utile pour accepter ses propres changements physiques : l'acceptation de l'état de vieillesse sera au cœur du travail. Le professionnel qui la pratique guide la personne âgée vers l'acceptation de son âge et de ce que cela implique pour ensuite, l'accompagner vers les possibilités qui s'ouvrent à elle. Ainsi, il est plus facile de porter un nouveau regard sur soi, sur ce que l'on peut accomplir, et prendre conscience que l'on peut vieillir en forme et heureux.

### **3.4.3. Reiki**

Le Reiki est une méthode ancestrale qui nécessite la venue d'un professionnel expérimenté mais pas de local adapté. Il s'utilise aussi bien pour les résidents que pour les professionnels.

---

<sup>28</sup> EFDS. (6 juillet 2018). Récupéré sur EFDS : <https://www.efds-sophrologie.fr/sophrologie-4-grands-principes-de-base-2/>

<sup>29</sup> *La sophrologie pour le bien vieillir des seniors*. (22 décembre 2020). Récupéré sur L'Observatoire des seniors : <https://observatoire-des-seniors.com/la-sophrologie-pour-le-bien-vieillir-des-seniors/>

Le japonais et méditant Mikao Usui (1865 -1926) fonde le Reiki en 1922. « Rei » étant la traduction d' « esprit » au sens conscience, et « ki » signifiant « énergie ». Le Reiki est donc une méthode de méditation par le toucher permettant à chacun de développer sa force de l'esprit. Il aide à relâcher les tensions musculaires, stimule la circulation et apaise le système nerveux.

Les personnes âgées réagissent à cette pratique en raison de la façon dont il soulage la douleur des muscles contractés, augmente l'amplitude des mouvements, soulage les articulations arthritiques ou raides et améliore la coordination afin de réduire le risque de chute et de blessures associés. Cette thérapie peut accélérer la guérison des blessures et des interventions chirurgicales, faciliter la respiration, stimuler la vitalité et la vigilance mentale (sommeil plus reposant, sentiment de libération, de joie).

En 1998, une étude de DRESSEN, L & SINGG, S<sup>30</sup> révèle que le Reiki permet de soulager la douleur, de réduire l'anxiété et la dépression et d'améliorer la qualité du sommeil, la relaxation et le bien-être général (le pouvoir guérisseur du toucher thérapeutique). Elle porte sur 120 patients souffrant depuis plus d'un an et atteints de pathologies chroniques. Trois groupes de vingt personnes reçoivent quatre styles différents de traitement: du Reiki, de la relaxation musculaire progressive, aucun traitement et un placebo. Chaque groupe bénéficie de deux séances hebdomadaires de trente minutes sur une période de cinq semaines. Cette thérapie alternative s'avère dix fois sur douze plus efficace que les autres traitements. Au bout des trois mois, les changements sont toujours présents et on observe une diminution conséquente des données relatives à l'index de douleur générale, de celle sensorielle et affective. Ce test démontre l'impact conséquent du Reiki sur la douleur, l'anxiété et la dépression.

Selon l'UCLA<sup>31</sup>, une étude montre qu'il réduit les réactions au stress, à l'anxiété et à la dépression. Les patients atteints de démence peuvent souvent bénéficier du toucher lorsque les approches plus traditionnelles ne peuvent les atteindre.

Selon le maître Reiki Stéphane Martin, cette INM peut même « aider à soulager la douleur et à réduire le recours aux analgésiques et aux AINS<sup>32</sup> »

---

<sup>30</sup> DRESSEN, L. SINGG, S. (1998). Douleur, anxiété et dépression chez les patients souffrant de pathologies chroniques et recevant des soins de Reiki. *Subtle Energie and Energy Medecine Journal*.

<sup>31</sup> Ecole de médecine UCLA Health

<sup>32</sup> Stéphane Martin, Maître Reiki Usui Traditionnel, praticien, formateur depuis 1995, créateur d'atelier Reiki en EHPAD

### 3.4.4. Aromathérapie

Elle repose sur l'utilisation de ce qu'on appelle les huiles essentielles (HE). L'Huile essentielle encore appelée essence végétale est le liquide concentré et hydrophobe des composés aromatiques volatiles d'une plante. Elle est obtenue par extraction mécanique entraînant de la vapeur d'eau, ou par distillation. Les huiles essentielles sont utilisées depuis l'Antiquité et si l'on retrouve des traces d'extraction ou de distillation en Chine ou en Inde datant de plusieurs millénaires, c'est en Égypte que leur distillation est avérée. Dans l'histoire de la médecine, l'aromathérapie se confond toutefois en grande partie avec celle de la phytothérapie puisqu'on parle longtemps de phyto-aromathérapie. Le mot aromathérapie est trouvé par le pharmacien parfumeur et chimiste GATTEFOSSE<sup>33</sup> qui découvre fortuitement les propriétés antiseptiques et cicatrisantes de l'huile essentielle de lavande. Ses travaux sont ensuite repris dans les années soixante par le Dr Valnet à qui l'on doit des ouvrages<sup>34</sup> de référence sur l'aromathérapie. L'utilisation de ces huiles essentielles HE dans un but thérapeutique peut se faire par voie orale, par diffusion atmosphérique, par voie cutanée, rectale ou encore génitale.

En EHPAD, on privilégie quelques utilisations. Elle peut se faire avec un minimum de formation pour l'ensemble du personnel. On se limite pour la voie aérienne en milieu clos à une durée maximum de 20 minutes trois fois par jour. Pour la diffusion cutanée par massage effleurement cela peut durer de six minutes à 30 minutes maximum.

Si les indications de l'aromathérapie sont nombreuses cette thérapie peut avoir des effets puissants pas toujours faciles à maîtriser. Elle demande donc la plus grande prudence.

Une allergie de contact est possible avec les huiles essentielles et il n'y aura dans ce cas d'autres solutions que de s'abstenir autant pour le résident que pour le personnel amené à les manipuler. D'autre part, pour les patients épileptiques, les diffuseurs d'huiles essentielles sont contre-indiqués.

Outre les indications précises sur lesquelles nous allons revenir, l'utilisation des huiles essentielles permet de lutter contre les mauvaises odeurs liées notamment à l'incontinence et à

---

<sup>33</sup> GATTEFOSSE, R. (1937). *L'aromathérapie – les huiles essentielles hormones végétales*. Librairie des sciences Girardot.

<sup>34</sup> VALNET, J. (1964). *Aromathérapie – Traitement des maladies par les essences des plantes*. Livre de poche.

la prolifération bactérienne dans certains cas. La diffusion des huiles essentielles permet de purifier les pièces en assainissant non seulement l'air mais aussi les surfaces.

Elle aide par ailleurs en période hivernale au renforcement du système immunitaire et possède une réelle activité antivirale. Leur diffusion par voie aérienne permet également d'agir sur les troubles du sommeil, le stress, l'anxiété, les troubles de l'appétit. En massages-effleurements certaines synergies d'huiles essentielles permettent d'améliorer le confort articulaire, musculaire, circulatoire, digestif ainsi que de prévenir le stress.

Une étude approfondie de MAYER<sup>35</sup> sur l'utilisation des huiles essentielles en EHPAD montre tout son intérêt. En effet, l'aromathérapie, de par son effet thérapeutique joue positivement sur le bien-être et le confort qu'elle apporte aux personnes âgées.

Les formations d'aromathérapie appliquées à la gérontologie sont d'ailleurs actuellement nombreuses en France attestant de l'intérêt porté à cette alternative non médicamenteuse en gérontologie. L'Association Nationale de formation en gérontologie (ANFG) organise notamment des formations en aromathérapie<sup>36</sup>. Elles peuvent être dispensées en interne ou en externe. Leurs coûts varient entre 400 et 2 000 euros en fonction de celle choisie.

Pour conclure, nous observons que l'aromathérapie a tout à fait sa place en EHPAD. Son utilisation n'est pas complexe si l'on se dote d'une formation minimum. En effet, elle présente l'avantage de pouvoir être pratiquée par l'ensemble du personnel s'il en évoque le souhait après l'aval de sa hiérarchie ou que l'utilisation est inscrite dans les projets de soins des résidents.

Cependant, son coût est à prendre en compte puisque certaines huiles essentielles sont assez onéreuses mais cela peut paraître négligeable à l'égard des bénéfices qu'elles apportent, sans compter qu'elles contribuent comme beaucoup d'autres méthodes alternatives à limiter la polymédication.

---

<sup>35</sup> MAYER, F. (2012). *Utilisation thérapeutiques des huiles essentielles : Etude de cas en maison de retraite*. Sciences pharmaceutiques.

<sup>36</sup> *Aromathérapie en EHPAD*. Récupéré sur Association Nationale de Formation en Gérontologie. <https://www.anfg.fr/aromatherapie-en-ehpad>

### 3.4.5. Hypnose

L'hypnose est une pratique associée aux soulagements de la douleur, à certaines pratiques médicales ou encore en chirurgie. Elle peut se pratiquer sans matériel particulier, mis à part un endroit calme propice au lâcher prise.

A ce jour, un diplôme universitaire existe « Hypnose et communication thérapeutique ». Infirmiers, psychologues, docteurs en médecine, chirurgiens dentaires, masseurs-kinésithérapeutes ou encore sages-femmes peuvent y prétendre<sup>37</sup>.

D'un point de vue historique, l'hypnose est un terme récent. Cependant des pratiques similaires existent depuis longtemps. Le terme de transe hypnotique est d'abord utilisé depuis des décennies par les chamans qui employaient l'état hypnotique afin d'utiliser les forces de la nature pour guérir leur tribu. Cette pratique est encore utilisée aujourd'hui dans quelques communautés reculées du monde.

Entre le XVIe et le XVIIIe siècle, des médecins alchimistes se penchent sur les théories du magnétisme et du fluide transmis d'une personne à l'autre afin de l'apaiser de ses mots et cela en utilisant le toucher et le regard. Ces théories mènent à la découverte de l'état somnambulique<sup>38</sup>.

Cependant, ces théories sont remises en cause au XIXe siècle par l'Abbé Faria qui démontre que le fluide magnétique n'existe pas et ne serait que simple imagination. Il démontre que le sommeil provoqué n'est qu'un « demi sommeil ». Seuls la parole, le regard et les gestes sont responsables de la transmission entre magnétiseur et le sujet.

C'est en 1841 qu'un chirurgien anglais met un nom sur ce terme d'« Hypnotism ». Et pour le chirurgien James Braid, il est même possible de s'autohypnotiser, en fixant un objet brillant.

En 1866, le Dr Liébault, médecin généraliste met en place sa thérapie sur la suggestion verbale : « Il endort par la parole, il met dans le cerveau l'image psychique du sommeil, il cherche à y mettre l'image psychique de la guérison.<sup>39</sup>»

Au XIXe siècle, les idées de Charcot divergent avec son confrère en pensant que le sommeil hypnotique est une névrose et cette dernière se développerait chez les sujets hystériques.

---

<sup>37</sup> Formation DPC et continue infirmière. Récupéré sur ActuSoins. [https://www.actusoins.com/formation-infirmieres/d-u-hypnose-therapeutique#Public\\_concernes\\_par\\_la\\_formation](https://www.actusoins.com/formation-infirmieres/d-u-hypnose-therapeutique#Public_concernes_par_la_formation)

<sup>38</sup> Institut Français de l'hypnose. Récupéré sur <https://www.hypnose.fr/hypnose/definition-hypnose/>

<sup>39</sup> GOLDSCHMIDT, G. (2008). *Apport de l'hypnose dans la conception d'un projet de soin du résident en EHPAD*. Mémoire de diplôme universitaire de médecin coordonnateur, Université Paris Descartes, Paris.

Freud le rejoint à ses côtés pour étudier le grand hypnotisme. De l'autre côté, Bernheim démontre que l'état hypnotique n'est pas une névrose mais un phénomène normal. Il utilise l'hypnose dans son service pour traiter des maladies dermatologiques et psychiatriques.

Au XXe siècle, après une période de déclin, l'hypnose se remet doucement en place. En effet, Erickson, propose une nouvelle approche de l'hypnose clinique en :

(...) repoussant l'autoritarisme des suggestions qu'il remplace par un discours d'induction hypnotique à multiples propositions pour permettre au patient de contourner ses propres résistances et de mobiliser ses ressources dans cette relation plus souple et libérale<sup>40</sup>.

Depuis, l'hypnose ne cesse de se développer et de prendre une place certaine dans la médecine pour le traitement de diverses pathologies ou encore comme méthode d'anesthésie dans les blocs opératoires. Son intérêt thérapeutique est démontré dans plusieurs domaines. Les formations se développent en France afin que la pratique puisse être investie dans de plus en plus de services.

L'hypnose est la pratique dans laquelle l'individu arrive à un état hypnotique lors duquel l'état de conscience est modifié. Elle tend à diminuer la vigilance de la personne. Cet état hypnotique se situe entre la veille et le sommeil du sujet. Nous arrivons sans y prêter attention au cours d'une journée de par la concentration ou la rêverie.

L'hypnothérapie vise à travailler sur l'inconscient et utilise les ressources non exploitées de notre cerveau afin de résoudre des problématiques, de soigner des maux. Elle regroupe un ensemble de pratiques sensiblement différentes : hypnosédation (à visée sédative, utilisée au bloc opératoire pour les anesthésies), l'hypnoalgésie (diminution des douleurs) et hypnothérapie (dans un but psychothérapeutique).

Selon Laurence Messier, hypnothérapeute, il existe différents types d'hypnose. D'un côté, l'hypnose la plus utilisée de nos jours dite « classique », qui vise en grande partie à réduire les troubles comportementaux en modifiant le ressenti corporel. Elle se présente sous une forme autoritaire et directe. D'un autre côté, l'hypnose Ericksonienne qui suit le cheminement instable de notre inconscient. Elle utilise différentes techniques de communication afin de provoquer un échange entre inconscient et conscient. Pour finir, elle présente l'hypnose qui

---

<sup>40</sup> (GOLDSCHMIDT, 2008)

«n'utilise pas de suggestions directes et vise à permettre à l'individu d'accéder à son inconscient, mais également à sa conscience supérieure. Ici, le thérapeute est un guide qui aide le patient à cheminer et à donner du sens à ses troubles.<sup>41</sup>»

Les bienfaits de l'hypnose ne sont plus à prouver et on le voit notamment en EHPAD, chez le sujet âgé où l'hypnothérapie est utilisée influençant automatiquement l'anxiété, l'humeur ou la perception douloureuse. Elle permet de travailler sur les douleurs induites par les soins tels que les pansements ou encore les mobilisations, sur les douleurs chroniques comme les cancers ou les douleurs neuropathiques, mais également dans les soins palliatifs ou encore lors de troubles anxiodépressifs<sup>42</sup>. A l'instar de l'hypnothérapie à proprement parlé, les espaces Snoezelen et de relaxation permettent eux aussi de mettre en pratique ce moment de détente intérieure et extérieure pouvant amener à un état hypnotique. Ces méthodes alternatives sont bénéfiques et il est nécessaire de les inclure dans le plan de soin individuel du résident, dans la mesure du possible. Elles augmentent le bien être en diminuant l'angoisse, rendent plus agréable les soins en limitant le refus de soin ou encore aident à diminuer la polymédication et les effets iatrogènes des traitements par morphiniques, anxiolytiques ou hypnotiques.

---

<sup>41</sup> MESSIER, L. (2017, octobre). Hypnose. Récupéré sur Passeport Santé : [https://www.passeportsante.net/fr/Therapies/Guide/Fiche.aspx?doc=hypnotherapie\\_th](https://www.passeportsante.net/fr/Therapies/Guide/Fiche.aspx?doc=hypnotherapie_th)

<sup>42</sup> (GOLDSCHMIDT, 2008)

## **PARTIE II**

### **METHODOLOGIE DE L'ENQUETE.**

Notre travail d'enquête se déroule entre janvier et août 2021. C'est avec l'élaboration d'un questionnaire que nous le débutons, après avoir défini ensemble notre thématique de recherche.

Nous avons choisi d'élaborer un questionnaire en ligne. Ce format nous permet de recueillir 53 réponses sur une diffusion à 481 EHPAD sur le territoire français métropolitain.

Nous avons utilisé le logiciel GoogleForms qui permet une lecture des réponses par répondant mais également de façon plus globale avec des statistiques présentées sous forme de graphiques pour une vision plus claire des résultats.

Celui-ci se compose de trois parties et de trente-deux questions qualitatives et quantitatives. Les questions sont fermées ou ouvertes, sous forme de cases à cocher ou à choix multiples, et parfois avec la possibilité d'une expression libre si le répondant ne se retrouve pas dans les choix proposés, ou encore s'il souhaite apporter une ou plusieurs informations complémentaires. Le groupe a opté pour l'obligation de répondre à certaines questions afin de pouvoir effectuer une analyse pertinente par la suite.

Le premier envoi s'effectue au mois de mars 2021 sur des adresses électroniques récupérées via internet pour la plus grande partie, mais aussi à des contacts de nos propres réseaux personnels et professionnels. A la suite de cet envoi, nous obtenons 43 réponses.

Après l'avis de l'un de nos formateurs nous ayant communiqué des modifications à effectuer, nous l'avons retravaillé.

En effet, nous avons structuré d'une manière différente le questionnaire en numérotant les questions, divisant le questionnaire en plusieurs parties et en donnant une estimation du temps nécessaire pour y répondre. Nous avons également fait un rappel de la définition des INM en précisant notamment qu'elles sont différentes de l'animation. De plus, il a été précisé le nom de la faculté associée au diplôme universitaire et donc à cette étude pour davantage de

crédibilité. Nous avons également travaillé la forme des questions en proposant des graduations de réponses pour ne pas se limiter à des réponses telles que «oui» ou «non».

Après modification, le questionnaire a de nouveau été envoyé en mai 2021. Certains EHPAD ayant répondu au premier questionnaire ont parfois aussi répondu au deuxième suite à notre relance par mail. Nous avons donc supprimé leurs réponses au premier pour davantage de clarté dans les résultats obtenus car le logiciel ne le fait pas automatiquement.

Au final, 53 réponses de la nouvelle enquête ont été obtenues.

Le questionnaire en ligne est clôturé le 8 septembre 2021 pour commencer l'analyse de notre mémoire.

# **PARTIE III**

## **RESULTATS DE L'ENQUETE**

### **1. Expression des résultats**

Les 481 questionnaires envoyés ciblent principalement l'équipe de direction, soit l'infirmier coordinateur soit le médecin coordonnateur. Cependant, les mails ne leur sont pas toujours directement adressés, l'enquête est donc parfois renseignée par d'autres catégories de professionnels. Nous obtenons un total de 53 questionnaires, 428 sont restés sans réponses malgré nos relances.

Les chiffres des graphiques de cette partie sont exprimés automatiquement par le logiciel GoogleForms en pourcentages.

100% correspond au nombre total de répondants à la question.

En dehors des graphiques, nos résultats sont retranscrits en nombres de répondants.

Pour une lecture plus fluide, les sigles ci-dessous sont utilisés:

- RT : Nombre de répondants total
- NR : Nombre de non répondants
- RS : Nombre de répondants supplémentaires (établissements non concernés par la question)

#### **1.1. Généralités**

##### **Question 1 : Quelle fonction avez-vous au sein de votre établissement ?**

RT =53 ; NR= 0

- Par le Trio (IDEC, MEDCO ou les directeurs) : 37
- Médecin ou médecin salarié : 2
- Cadre de pôle de gériatrie : 1
- Cadre médico-social : 1
- Cadre supérieur de santé : 1

- Infirmier : 1
- Psychologue : 1
- Faisant fonction cadre de santé : 1
- Cadre de santé : 1
- Directeur des soins : 1

**Question 2 : De quelle région êtes-vous ?**

Nous avons décidé de retranscrire les résultats avec la cartographie ci-dessous.

RT = 53 ; NR = 0

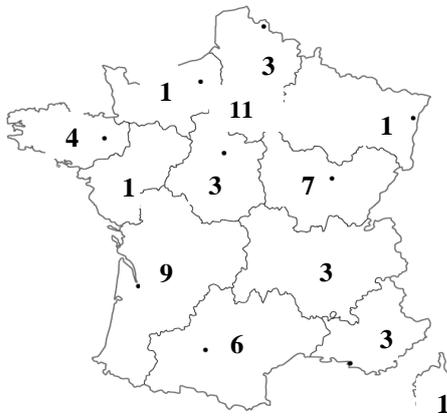


Figure 1 : Nombre de répondants par région de France.

**Question 3 : Depuis quand y travaillez-vous ?**

RT = 53 ; NR = 0

- Entre 0 et 1 an : 5
- Entre 1 et 3 ans : 13
- Entre 3 et 5 ans : 8
- Entre 5 et 10 ans : 10
- Plus de 10 ans : 17

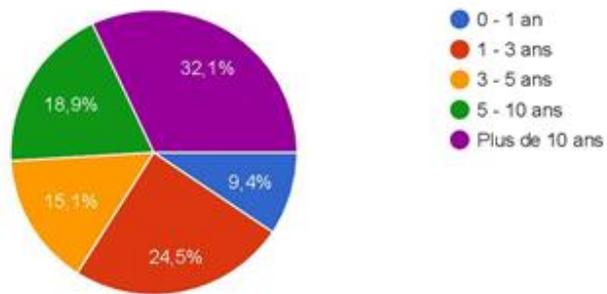


Figure 2: Réponses à la question issues de GoogleForms

**Question 4 : Quel est le statut de votre établissement ?**

RT = 53 ; NR = 0

- Public : 29

- Privé associatif : 20
- Privé commercial : 4

**Question 5 : Quelle est la capacité totale d'accueil de résidents de votre établissement ?**

RT = 53 ; NR = 0

- Moins de 30 places : 2 répondants
- Entre 30 et 50 places : 1
- Entre 50 et 80 places : 17
- Entre 80 et 100 places : 16
- Plus de 100 places : 19

**Question 6 : Existe-t-il au sein de votre établissement ?**

RT = 53 ; NR = 0

*Question à choix multiples, le total des réponses n'est donc pas égal au nombre total des répondants*

- Une UHR (Unité d'Hébergement Renforcé) : 3
- Un PASA (Pôle d'Activités et de Soins Adaptés) : 24
- Un CANTOU (Centre d'Activités Naturelles Tirées d'Occupations Utiles) : 4
- Une unité spécialisée « Alzheimer » : 40
- Aucune : 13

Certains établissements notent des unités que nous n'avons pas proposé en choix de réponses :

- Accueil de jour : 1
- Unité PHV (personnes handicapées vieillissantes) : 2
- USLD (Unité de soins longue durée) : 1
- Unité pour personnes psychotiques vieillissantes : 1

**Question 7 : La mise en place des INM est-elle inscrite dans le projet d'établissement ?**

RT = 53 ; NR = 0

- Oui : 39
- Non : 14

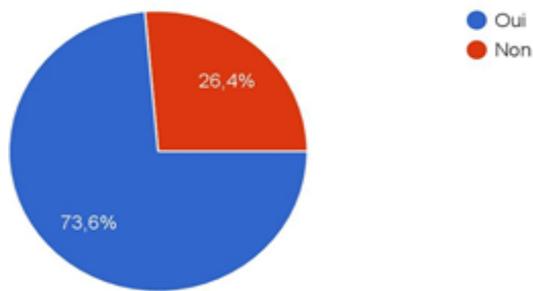


Figure 3: Réponses de la question issues de GoogleForms

**Question 8 : La mise en place des INM est-elle inscrite dans le projet de soins individualisé du résident ?**

RT = 53 ; NR = 0

- Oui : 40
- Non : 13

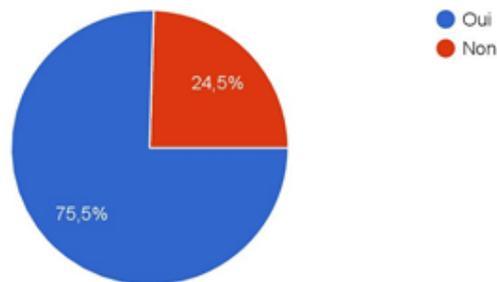


Figure 4 : Réponses de la question issues de GoogleForms

**Question 9 : Le médecin coordonnateur pratique-t-il une ou plusieurs INM et à quelle fréquence ?**

RT = 53 ; NR = 0

- Oui souvent : 8
- Oui parfois : 6
- Oui rarement : 2
- Non : 37

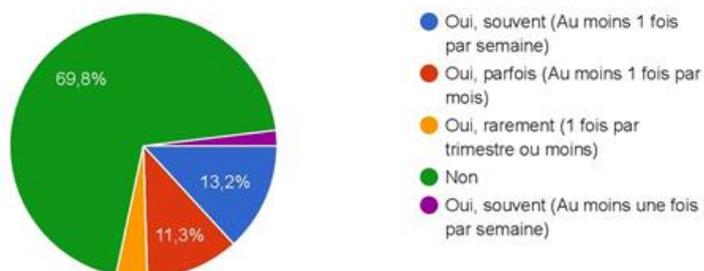


Figure 5: Réponses de la question issues de GoogleForms

**Question 10 : Si oui, la(les)quelle(s) ?**

RT = 16 ; NR = 0

*Question à réponse libre. Le total des réponses n'est donc pas égal au nombre total des répondants*

- L'homéopathie : 3
- Snoezelen : 3
- Les techniques de réalités virtuelles : 2
- Le toucher relationnel : 2
- L'art thérapie : 2
- L'aromathérapie : 1
- Zoothérapie : 1
- L'acupuncture : 1
- Balnéothérapie : 1
- Atelier réminiscence : 1

**Question 11 : L'IDEC pratique-t-il une ou plusieurs INM et à quelle fréquence ?**

RT = 53 ; NR = 0

- Non : 32
- Oui souvent : 9
- Oui parfois : 7
- Oui rarement : 5

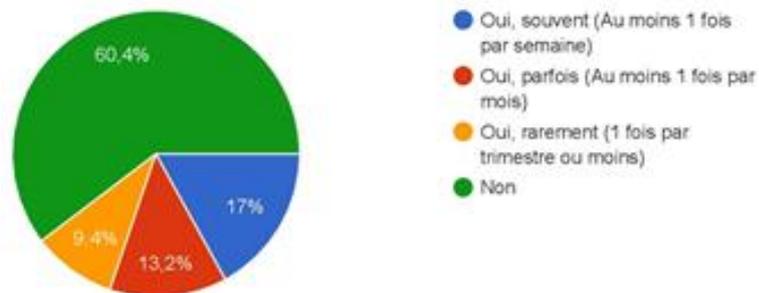


Figure 6: Réponses de la question issues de GoogleForms

**Question 12 : Si oui, la(les)quelle(s) ?**

RT = 19 ; NR = 2

*Question à réponse libre donc plusieurs INM citées par un même établissement. Le total des réponses n'est donc pas égal au nombre total des répondants*

- Snoezelen : 4
- Homéopathie : 2
- Relaxation : 2
- Poupée thérapeutique : 2
- Art-thérapie : 2
- Activités physiques : 2

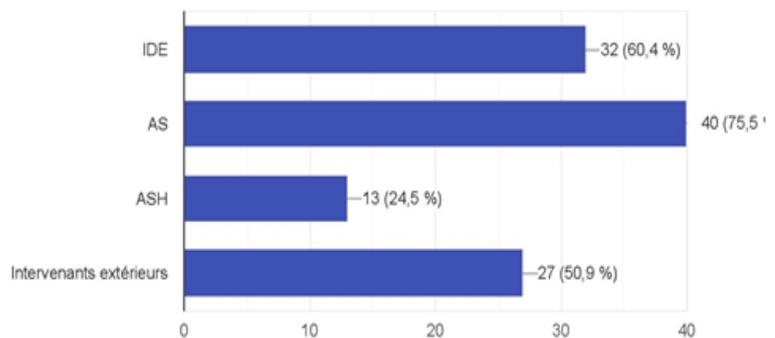
- Réalité virtuelle : 2
- Balnéothérapie : 2
- Médiation animal : 1
- Thérapies manuelles : 1
- Réflexologie : 1
- Naturopathie : 1
- Réminiscence : 1

**Question 13 : Quels professionnels sont formés au INM que vous utilisez dans votre établissement ?**

RT = 53 ; NR = 0

*La question étant à choix multiples, le total des réponses n'est donc pas égal au nombre total des répondants.*

- IDE : 32
- AS : 40
- ASH : 13
- Intervenants extérieurs : 27



**Figure 7: Réponses de la question issues de GoogleForms**

## 1.2. INM et résidents

**Question 14 : Votre établissement propose-t-il une ou des interventions non médicamenteuses auprès de certains résidents ?**

RT = 53 ; NR = 0

- Oui souvent : 29
- Oui parfois : 18
- Oui rarement : 2
- Non : 4

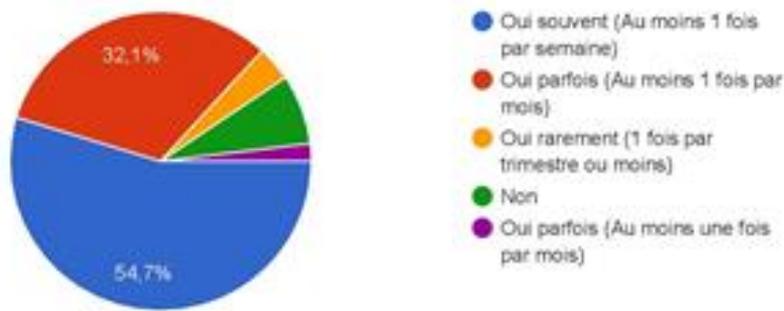


Figure 8 : Réponses de la question issues de GoogleForms

**Question 15 : Depuis combien de temps les INM sont-elles utilisées dans votre établissement ?**

RT = 49 ; NR = 0

- Moins de 3 mois : 1
- Entre 3 et 6 mois : 3
- Entre 6 mois et 1 an : 5
- Entre 1 et 3 ans : 13
- Plus de 3 ans : 27

**Question 16 : La(les)quelle(s) avez-vous déjà utilisée(s) pour les résidents ?**

RT = 53 ; NR = 0 Répondants supplémentaires = 4

*Question à choix multiples et réponse libre, le total des réponses n'est donc pas égal au nombre total des répondants.*

INM utilisées dans les établissements	Nombres de répondants
Musicothérapie	32
Art thérapie	29
Zoothérapie – médiation animale	28
Aromathérapie et phytothérapie	24
Sophrologie	13
Homéopathie	11
Luminothérapie	10

Activités physiques adaptées	9
Snoezelen	9
Hypnose	7
Yoga	6
Activités numériques	4
Balnéothérapie	4
Acupuncture	1
Jouets thérapeutiques	1
Reiki	1
Cosmétothérapie	1
Hortithérapie	1
Toucher relationnel – massage	1
Réminiscence	1

**Question 17 : Quels sont les buts recherchés pour les résidents ?**

RT = 51 ; NR = 0 ; Répondants supplémentaires = 4

*Question à choix multiples, le total des réponses n'est donc pas égal au nombre total des répondants.*

- Réduction de l'anxiété : 49
- Augmentation du bien-être : 43
- Gestion de la douleur : 25
- Accompagnement de la fin de vie : 25
- Diminution de la polymédication : 23
- Réponse au refus de soin : 20
- Diminution des troubles du sommeil : 19
- Prévention de la dépression, trouble du comportement : 1
- Socialisation : 1
- Réduction de l'agitation : 1
- Amélioration de la mobilité : 1

**Question 18 : Les buts recherchés ont-ils été atteints ?**

RT = 50 ; NR = 0 ; RS = 1

- Oui tout à fait : 5
- Oui en partie : 43
- Non : 2

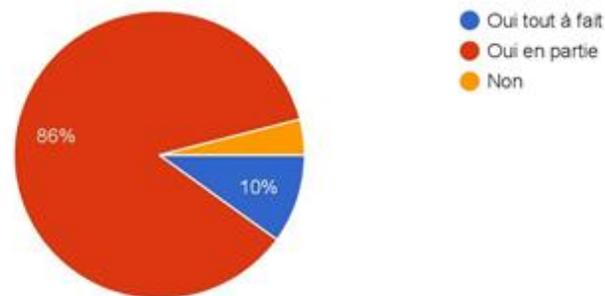


Figure 9 : Réponses de la question issues de GoogleForms

**Question 19 : Avez-vous constaté des bénéfices que vous n’attendiez pas ?**

RT = 49 ; NR = 0

- Oui : 21
- Non : 28

**Question 20 : Si oui, le(les)quel(s) ?**

RT = 19 ; NR = 2

- Apaisement, moins de déambulations
- Amélioration de la communication / Diminution anxiété
- Reprise du lien social lors des activités (reprise de la parole, expression d’émotions)
- Action globale sur le bien être (état nutritionnel, troubles du comportement ...)
- Le PASA de nuit
- Reprise de mobilité-reprise d'une vie sociale-
- lien social des résidents lors des groupes d'activité physique adaptée
- diminution de l'anxiété, diminution de la prise médicamenteuse.
- DIMINUTION DE LA TENTION ENTRE LES RESIDENTS

Figure 10: Capture d’écran des réponses à la question issue de GoogleForms

**Question 21 : Si vous n'utilisez pas les INM, pour quelle(s) raison(s) ?**

RT = 15 ; NR = 0 ; RS = 11

*Question à choix multiples, le total des réponses n'est donc pas égal au nombre total des répondants.*

- Manque de temps : 10
- Pas de personnel formé dans l'établissement : 9
- Absence d'intervenant extérieur formé : 4
- Absence d'étude scientifique sur le sujet : 2
- Raison budgétaire : 2

**Question 22 : Aimerez-vous les utiliser à l'avenir ?**

RT = 53 ; NR = 0

- Oui : 34
- Plutôt oui : 18
- Plutôt non : 0
- Non : 1

### **1.3. INM et professionnels**

La partie III de notre questionnaire s'intéresse à l'utilisation des INM pour les professionnels.

**Question 23 : En temps normal, votre établissement propose-t-il l'utilisation des INM aux professionnels ?**

RT = 53 ; NR = 0

- Non : 31
- Oui : 22

**Question 24 : Si oui, la(les)quelle(s) avez-vous déjà utilisée(s) pour les professionnels ?**

RT = 25 NR = 0 RS = 3

*Question à choix multiples, le total des réponses n'est donc pas égal au nombre total des répondants.*

- La sophrologie : 12
- L'hypnose : 5

- Toucher-massage : 4
- Musicothérapie : 3
- Le yoga : 3
- Activités physiques : 3
- Réflexologie : 3
- La phytothérapie et l'aromathérapie : 2
- Art-thérapie : 2
- Zoothérapie : 1
- Acupuncture : 1
- Luminothérapie : 1
- Reiki : 1
- Homéopathie : 1
- Ostéopathie : 1

**Question 25 : Auprès de quel(s) professionnel(s) ?**

RT = 23 ; NR = 0 ; RS = 1

*Question à choix multiples, le total des réponses n'est donc pas égal au nombre total des répondants.*

- IDE : 21
- AS : 21
- ASH : 20
- Ensemble du personnel : 12

**Question 26 : A quelle fréquence ?**

RT = 24 ; NR = 0 ; RS = 2

- Au moins 1 fois par semaine : 4
- Au moins 1 fois par mois : 9
- Au moins 1 fois par trimestre : 4
- A la demande du professionnel : 9

**Question 27 : Quels sont les buts recherchés pour les professionnels ?**

RT = 23 ; NR = 0 ; RS = 1

*La question est à choix multiples, le total des réponses n'est donc pas égal au nombre total des répondants.*

- Amélioration de la qualité de vie au travail : 19
- Diminution du stress au travail : 19
- Diminution des TMS : 15
- Diminution des conflits d'équipe : 9
- Réduction de l'absentéisme : 7
- En cas de douleurs : 1

**Question 28 : Les buts recherchés ont-ils été atteints ?**

RT = 23 ; NR = 0 ; RS = 1

- Oui tout à fait : 3
- Oui en partie : 20
- Pas du tout : 0

**Question 29 : Avez-vous constaté un ou plusieurs bénéfices que vous n'attendiez pas ?**

RT = 23 ; NR = 0 ; RS = 1

- Oui : 4
- Non : 19

**Question 30 : Si oui, le(les)quelles ?**

RT = 4 ; NR = 0

*Question ouverte, le total des réponses n'est donc pas égal au nombre total des répondants.*

oui et non. La covid a mis les projets entre parenthèse. Le départ de certains salariés a provoqué des bouleversements. La pénurie de main d'oeuvre et le refus de salariés rempalcents à pourvoir les postes en CDI ne permet pas d'obtenir une cohésion d'équipe.

fédération des équipes

cohésion, bien être, demande

Moins d'arrêts de travail - personnel en bien-être

Figure 11: Capture d'écran des réponses à la question issue de GoogleForms

**Question 31 : Si vous n'utilisez pas les INM pour les professionnels, pour quelle(s) raison(s)?**

RT = 33 ; NR = 0 ; RS = 2

*Question à choix multiples, le total des réponses n'est donc pas égal au nombre total des répondants*

- Manque de temps : 19
- Raison budgétaire : 15
- Pas de personnel formé dans l'établissement : 11
- Absence d'intervenant extérieur formé : 9
- Absence d'étude scientifique : 1
- En cours de développement : 1
- Manque d'intérêt : 2
- CoVID-19 : 2

**Question 32 : Aimerez-vous les utiliser à l'avenir ?**

RT = 37 ; NR = 0 ; RS = 6

- Oui : 17
- Plutôt oui : 17
- Plutôt non : 2
- Non : 1

## **PARTIE IV**

### **DISCUSSION**

Dans cette quatrième partie consacrée la discussion de notre mémoire, nous allons croiser nos recherches bibliographiques avec les résultats de notre enquête. D'une part, nous exposerons les limites de cette étude. D'autre part, nous analyserons les aspects médicaux et paramédicaux ainsi que l'aspect financier. Nous finirons par analyser les enjeux liés aux ressources humaines.

Limites de l'étude :

En effet, cette enquête s'efforce de s'appuyer sur un panel le plus représentatif possible. Nous obtenons 53 questionnaires pour la majorité correctement renseignés. Ceux-ci proviennent d'établissements publics et privés de France métropolitaine et sont remplis par diverses catégories de professionnels. Bien que cette enquête soit nationale, nous identifions certains biais limitant la portée nationale de cette étude.

Sur le plan de la méthode, l'enquête envoyée à partir du mois de mai 2021 à 481 établissements de façon aléatoire aboutit à un retour de 53 questionnaires. Plusieurs causes peuvent expliquer le faible taux de réponses : la pandémie de la CoVID-19, les vacances scolaires, les relances faites pendant la période estivale. Tout cela amène à des préoccupations différentes et parfois à un manque de personnel. 49 établissements répondants à cette étude utilisent ces thérapies. Il se peut que les répondants soient ceux qui s'intéressent au sujet.

Comme toute étude, celle-ci se doit d'être confrontée à d'autres travaux d'envergure nationale afin de vérifier si les tendances observées sont exactes.

Les résultats sont en provenance de toutes les régions de France, exceptés les départements et territoires d'Outre-mer. Certaines sont davantage représentées, l'Ile de France et la Nouvelle-Aquitaine car nous obtenons un plus grand nombre de réponses dans ces dernières. En 2014 et

selon une étude parue sur "lesmaisonsderetraite.fr", on note 327 EHPAD dans le bassin parisien et 286 en Nouvelle-Aquitaine, soit un plus grand nombre d'établissements que dans d'autres régions.

Le trio de direction de l'EHPAD (Directeur - MEDCO - IDEC), ciblé pour répondre à cette étude correspond à la majorité, soit trois quarts des répondants (37 sur 53). Mais d'autres catégories de professionnels y répondent également comme des cadres de santé, infirmiers ou psychologues. Nous nous questionnons du réel transfert de l'enquête à la personne ciblée dans la mesure où les questionnaires sont pour certains envoyés aux secrétariats des EHPAD.

52 établissements sur 53 qui ont répondu à cette enquête ont une capacité d'accueil supérieure ou égale à 50 places. L'étude n'apporte donc pas de visibilité sur la mise en pratique des INM dans les EHPAD de moins de 50 résidents mais nous pensons que les grandes structures ont plus de moyens que les petites pour proposer ces thérapies alternatives.

Effet de mode ou réel ancrage ?

Plus d'une personne sur deux (27 sur 53) ayant répondu à notre questionnaire à une ancienneté de cinq ans ou plus au sein de leur établissement. Cela permet un réel ancrage et une réelle connaissance du lieu.

Lorsque les INM sont proposées, trois quarts des EHPAD les intègrent dans leurs projets d'établissement et le projet individualisé du patient ce qui montre qu'elles sont bien intégrées dans les structures d'accueil collectives.

Apport des thérapies complémentaires sur les plans médicaux et paramédicaux :

47 EHPAD les proposent régulièrement aux résidents, c'est-à-dire au moins une fois par mois. Pour 29 d'entre eux, il s'agit de les proposer au moins une fois par semaine et pour plus d'un établissement sur deux depuis plus de trois ans. Ceci permet de confirmer une pratique bien ancrée dans ces derniers dont les buts recherchés par leur utilisation sont partiellement,

voire complètement atteints. On note que les résidents bénéficient d'une réduction de l'anxiété, d'une augmentation de leur bien-être, d'un accompagnement de meilleure qualité dans les soins palliatifs ou encore d'une diminution de la douleur. Ces critères étant essentiels dans une prise en charge qualitative des résidents, cela confirme un intérêt à leur utilisation, tout au moins, dans le milieu gériatrique.

Nous constatons que 22 établissements notent une diminution de la polymédication avec la mise en place de thérapies alternatives. Nous savons que cela peut induire une diminution de la iatrogénie, elle-même en partie responsable du risque de chute et donc de potentielles hospitalisations.

Par conséquent et en rapport avec la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et de la qualité des soins, les INM contribuent à l'amélioration du confort de vie et de soins des résidents en augmentant l'efficacité thérapeutique et/ou en diminuant leur prise. Les IDEC et MEDCO étant les garants de la maîtrise d'une bonne qualité dans les soins, pourraient donc voir en l'utilisation des INM une aide précieuse.

On observe qu'avec ces thérapies les résidents sont en meilleure santé et les professionnels plus performants. Leur efficacité est démontrée au travers des réponses apportées car les objectifs thérapeutiques sont atteints dans 48 établissements. Avec un recours hebdomadaire à ces thérapies complémentaires pour les résidents, se constatent également des bénéfices non attendus. C'est le cas des liens sociaux renforcés et d'une amélioration de la communication entre résidents mais également avec les équipes de soins.

Volet financier des thérapies alternatives :

Dans leur déploiement, il y a une différence entre le secteur public et le secteur privé car la politique financière n'est pas la même. Le secteur privé commercial a un but lucratif, le secteur public et le privé associatif ont quant à eux, un but non lucratif et un souci d'équilibre de leurs comptes par une optimisation de leurs ressources financières. D'après notre enquête, 47 établissements sur 53 utilisent les thérapies alternatives sans but lucratif (27 publics et 20

associatifs). Il n'y a pas de recherche de bénéfices économiques via leurs utilisations mais plutôt une recherche de meilleure qualité de vie et de soins pour les résidents et les professionnels. Ils ne sont que 2 établissements sur 4 à but lucratif à les utiliser. Se pose alors la question de la maîtrise des dépenses ainsi que de la rentabilité liée à la mise en place de ces thérapies en EHPAD.

Les établissements étant dotés d'unités spécialisées (PASA, UHR, CANTOU) pour les résidents atteints de troubles du comportement sont 40 sur 53 dans les résultats de notre enquête. Ils sont 39 sur 40 à les utiliser les INM pour ces derniers. Il serait intéressant de savoir si elles sont utilisées pour tous les résidents ou plus spécifiquement dans les unités adaptées. En effet, des budgets supplémentaires sont alloués pour les structures ayant des unités spécialisées. De plus, de nombreuses études sur les médecines alternatives démontrent leurs intérêts dans la gestion de la maladie d'Alzheimer et des maladies neurodégénératives, plus particulièrement pour l'apaisement des troubles anxieux, la gestion de l'agitation et de l'agressivité. La création d'un outil permettrait de comparer les coûts pour leur instauration en EHPAD.

Les thérapies les plus souvent proposées pour les résidents sont la musicothérapie pour 32 sur 53, l'art thérapie pour 29 sur 53, la zoothérapie pour 28 sur 53 et l'aroma-phytothérapie pour 24 sur 53. Il est à noter que leur mise en œuvre s'effectue par des moyens peu coûteux comme les huiles essentielles et diffuseurs pour l'aromathérapie. Celles-ci peuvent être proposées via l'intervention d'un professionnel diplômé pour former l'ensemble du personnel de l'EHPAD. Il s'agit alors de déterminer des temps dédiés à la formation et donc d'évaluer les coûts associés. En comparaison, les plus utilisées pour les professionnels sont la sophrologie (12 sur 25), le yoga (3 sur 25) ou encore l'hypnose (5 sur 25) mais elles nécessitent une formation plus longue, plus coûteuse et parfois un local adapté. Les thérapies complémentaires peuvent donc s'avérer plus onéreuses et plus difficiles à initier expliquant leurs utilisations plus faibles que pour les résidents. On note leur mise en pratique pour ces dernières de 22 sur 53 établissements tout corps de métier confondu soit presque un établissement sur deux y a recours pour leur équipe.

Les démarches de projets menées par l'IDEC en collaboration avec le MEDCO et validé par la direction permettent l'évaluation des budgets nécessaires face aux bénéfices attendus pour les résidents. La raison budgétaire est majoritairement citée comme objection dans l'emploi de ces thérapies, l'infirmier coordinateur évalue, en partie, le coût de lancement des thérapies pouvant être utilisées par la suite, mais aussi de celui de la formation. Il peut nommer un référent de la pratique, lui-même formé par un professionnel extérieur qui transmet à son tour les connaissances nécessaires à la pratique pour tous.

Dans notre enquête, les aides-soignants sont les professionnels les plus formés à l'emploi des interventions non médicamenteuses. Plus précisément, 40 répondants sur 53. On constate qu'il s'agit d'un personnel plus proche des résidents et donc peut-être plus pertinent de former pour les soins de confort auprès des résidents. Il apparaît plus adéquat de former les professionnels susceptibles de les utiliser plus régulièrement.

Les ressources humaines autour de la mise en œuvre et en pratique des INM :

Au sein de l'équipe de direction, les MEDCO, 14 sur 53 et les IDEC, 16 sur 53 en pratiquent une, au moins une fois par mois. Ces chiffres montrent qu'il existe un fort potentiel de développement pour en faire bénéficier les personnes âgées au sein de ces lieux de vie. D'une part, cela s'explique du fait qu'ils sont peu sensibilisés à cette pratique lors de leur cursus. D'autre part, parce que ces professionnels ne sont pas présents dans certains établissements. Nous savons que 15% des EHPAD en France sont dépourvus d'IDEC. Concernant les médecins coordonnateurs, le manque de temps de travail accordé au sein des structures pour ces professionnels les oblige à s'occuper des tâches les plus indispensables sur leur temps de travail. En effet, leur pratique n'est pas inscrite dans les 13 fonctions du médecin coordonnateur.

De plus, pour une structure de 100 résidents ou moins, le poste du MEDCO est égal à 0,5 ETP et pour moins de 60 résidents à 0,4 ETP. Cela ne laisse pas vraiment le temps pour s'investir dans de nouveaux projets.

Or, dans l'ensemble des réponses au questionnaire, ces thérapies sont inscrites au projet d'établissement et dans le projet de soin individualisé du patient pour les trois quarts (39 sur

53). Les INM doivent être intégrées dans la prise en soin du résident, il est du ressort du MEDCO et de l'IDEC de s'assurer de leur bonne mise en pratique. Cela même s'ils ne les utilisent pas personnellement. Tout comme pour l'évaluation des coûts, le projet monté par l'IDEC doit également faire apparaître les personnes à former, la présence des intervenants extérieurs et leur réelle qualification, et ainsi l'utilisation de façon qualitative et quantitative par ses effectifs. De nombreux projets déjà validés mais n'ayant pas encore débuté ont été stoppés suite à la pandémie de la CoVID-19 sur les années 2020 et 2021 entraînant des protocoles sanitaires stricts, une interdiction d'accès aux établissements notamment aux intervenants extérieurs ; une surcharge de travail avec pour conséquence un manque de temps, de personnel, de moyens et une absence de formation.

Les interventions non médicamenteuses sont plutôt bien ancrées dans les soins individualisés mais elles restent à développer tant au niveau des résidents que des professionnels. D'ailleurs, il ressort de cette étude un potentiel élevé de déploiement dans l'avenir car 52 EHPAD sur 53 souhaitent les mettre en place ou continuer leur utilisation pour leurs résidents et 34 sur 37 pour leurs professionnels.

Les professionnels en bénéficient, avec une fréquence d'utilisation moindre que pour les résidents puisque mensuelle. Celles-ci ne sont proposées à l'équipe qu'au sein de 23 établissements. Pourquoi sont-elles donc moins utilisées ? Les réponses du questionnaire tendent à dire qu'il s'agit d'un manque de temps du personnel pour en bénéficier ou encore de l'absence de soignants formés au sein des EHPAD ou d'intervenants extérieurs disponibles.

Des bénéfices tout aussi remarquables que pour les résidents sont constatés tels que la diminution du stress au travail ainsi que celle de l'apparition des TMS entraînant une réduction de l'absentéisme. Les interventions non médicamenteuses peuvent sans conteste améliorer la qualité de vie au travail, s'inscrivant donc dans la norme ISO 45001 lancée en mars 2018. Cela se traduit également par une meilleure cohésion des équipes.

On imagine alors une meilleure qualité de vie au travail dans ces établissements et donc une pérennisation des emplois via les bénéfices constatés. Cela fait partie du rôle de l'IDEC que d'arriver à maintenir une équipe stable en poste au vu des grandes difficultés de recrutement, d'autant plus marquée dans les EHPAD.

Les interventions non médicamenteuses ne sont donc clairement pas un simple effet de mode puisqu'elles sont intégrées dans la vie actuelle des résidents et des professionnels et pourraient certainement l'être davantage dans le futur.

## CONCLUSION

Il est indéniable que les interventions non médicamenteuses offrent une meilleure qualité de vie et de soins aux résidents mais également des meilleures conditions de travail aux professionnels. Diminution de la douleur, de l'anxiété, de la polymédication, de l'agressivité et des troubles du sommeil sont autant de bénéfices observés chez les résidents. Une amélioration de la qualité de vie au travail avec une diminution du stress, des TMS, des conflits d'équipes et une diminution de l'absentéisme sont eux constatés chez les professionnels. Lorsque les établissements les mettent en pratique, un lien social se crée ou tend à se renforcer entre les résidents et les équipes.

Contrairement à ce que nous pourrions penser, la pratique des INM n'est pas forcément coûteuse, nous le voyons notamment dans l'instauration de l'aromathérapie. Des études montrent la répercussion de l'utilisation de ces thérapies sur la réduction des dépenses directes et indirectes du budget soin, et cela grâce aux effets positifs de ces derniers.

Au début de l'essor des médicaments, ces derniers étaient au même niveau d'incertitude que les INM aujourd'hui. C'est la recherche clinique et expérimentale qui permet de lever les doutes et d'enrayer les pratiques dangereuses. Il est intéressant de se rappeler qu'en 1757, le premier essai clinique du monde était non pharmacologique : le fameux régime d'agrumes contre le Scorbut du Dr James Lind<sup>43</sup>.

L'avenir de ces thérapies complémentaires est un réel enjeu mondial et une généralisation de ces dernières à tous ceux qui souhaitent en bénéficier et pas seulement au sein des EHPAD. Elles n'ont pas autant d'efficacité que les traitements médicamenteux, elles n'ont pas pour but de s'y substituer mais peuvent permettre d'en réduire l'usage et surtout de les compléter.

Cependant, le management de changement n'est pas chose aisée. En effet, modifier les pratiques et les habitudes bouleversent souvent les équipes. Cependant, il est de notre rôle en tant qu'IDEC et MEDCO de sensibiliser les professionnels, de monter des projets, de former le personnel à un mieux-être et d'accompagner le changement des pratiques professionnelles.

---

<sup>43</sup> Dr JAMES LIND. (1757). *Traité de Scorbut*, tiré du *Guide professionnel des Interventions Non Médicamenteuses* de NINOT,G. (2019).

## BIBLIOGRAPHIE/ WEBOGRAPHIE

- (s.d.). Récupéré sur Institut Français d'Hypnose: <https://www.hypnose.fr/hypnose/definition-hypnose/>
- Aromathérapie en EHPAD*. (s.d.). Récupéré sur Association Nationale de Formation en Gériatrie: <https://www.anfg.fr/aromatherapie-en-ehpad>
- BELAICHE, M. (1979). *Traité de phytothérapie et d'aromathérapie*. Maloine.
- CAMBRELLA. (2012). *The roadmap for european cam research - An Explanation of the CAMBrella Project an its Key Findings*. Etude.
- Cancer, I. N. (s.d.). *Soulager par des techniques non médicales*. Récupéré sur Institut National Du Cancer: <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Qualité-de-vie/Douleur/Soulager-par-des-techniques-non-medicales>
- CARCAILLE , M. (2009). *Apports potentiels de l'acupuncture dans la prise en charge des douleurs osteo-articulaires chez les personnes âgées*. Thèse de doctorat en médecine, Université Paris Diderot, Paris.
- CHAST, F. (2017, juillet). Biologie et Histoire: Histoire de l'aspirine. *La Revue de Biologie Médicale*(337), p. 49 à 57.
- Classification INM*. (2017). Récupéré sur Plateforme universitaire collaborative CEPS: [https://plateformeceps.www.univ-montp3.fr/fr/page-1/page-11/pr%C3%A9sentation-de-la-plateforme-ceps-d'évaluation et de surveillance des INM](https://plateformeceps.www.univ-montp3.fr/fr/page-1/page-11/pr%C3%A9sentation-de-la-plateforme-ceps-d%27évaluation-et-de-surveillance-des-INM).
- Dr James Lind. (1757). *Traité de Scorbut*.
- DRESSEN, L., & SINGG, S. (1998). Douleur, anxiété et dépression chez les patients souffrant de pathologies chroniques et recevant des soins de Reiki. *Suhtle Energies and Energy Medecine Journal*.
- EFDS. (2018, juillet 6). Récupéré sur EFDS: <https://www.efds-sophrologie.fr/sophrologie-4-grands-principes-de-base-2/>

- ERNST, E. (2012). Aromatherapy for health care: an overview of systematic reviews. *Maturitas*.
- FAUCON, M. (2014). *La gériatrie par les huiles essentielles*. Sang Terre.
- FELTEN, A., DUHAMEL, O., KOECHLIN, M., & NOEL, T. (2011). *Etude de la place de la prise en charge des troubles musculo-squelettiques (TMS) chroniques par acupuncture en milieu hospitalier à l'AP-HP*. FAFORMEC.
- Formation DPC et continue infirmière*. . (s.d.). Récupéré sur ActuSoins: <https://www.actusoins.com/formation-infirmieres/d-u-hypnose-therapeutique>  
»#Public\_concernes\_par\_la\_formation
- FRANCHOMME , P. (1999). *L'aromathérapie thérapeutique de pointe en médecine naturelle*. Amyris.
- GATTEFOSSE, R.-M. (1937). *L'aromathérapie- les huiles essentielles hormones végétales*. Librairie des sciences Girardot.
- GOLDSCHMIDT, G. (2008). *Apport de l'hypnose médicale dans la conception d'un projet de soin du résident en EHPAD*. Mémoire de diplôme universitaire de médecin coordonnateur , Université Paris Descartes, Paris.
- Haute Autorité de Santé. (2011). *Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées*. HAS.
- La sophrologie pour le bien vieillir des séniors*. (2020). Consulté le avril 1, 2021, sur L'Observation des Séniors: <https://observatoire-des-seniors.com/la-sophrologie-pour-le-bien-vieillir-des-seniors/>
- La sophrologie pour le bien vieillir des séniors*. (2020, décembre 22). Récupéré sur L'Observatoire des séniors: <https://observatoire-des-seniors.com/la-sophrologie-pour-le-bien-vieillir-des-seniors/>
- LEHMANN, C. (2016). *Revue de Littérature consulté sur Motrial en mars 2021*.
- Loi de modernisation de notre Système de Santé. (2016, janvier 26). (*Loi n°2016-41*).
- Loi Hôpital Patient Santé Territoire. (2009, juillet 21). (*Loi n°2016-41*).

- MADOUICINE. (2019, juillet 23). *Sophrologie: pourquoi on a envie d'essayer*. Consulté le mars 20, 2021, sur MEDOUICINE Médecines douces et certifiées: <https://www.medoucine.com/blog/sophrologie-pourquoi-on-a-envie-dessayer/>
- MALVY, L. (2016). Bénéfice de l'utilisation d'un programme de stimulation cognitive sur tablettes tactiles chez les personnes âgées dépendantes et institutionnalisées : Programme KODRO.
- MAUGARS, Y. (2020, juin). Le traitement médical de l'arthrose du genou : état des lieux à la moulinette de l'EBM. *Repère en gériatrie*(186).
- MAYER, F. (2012). *Utilisations thérapeutiques des huiles essentielles : Etude de cas en maison de retraite. Sciences pharmaceutiques*.
- Med Sci. (2005, mars). Mécanismes de l'effet placebo et du conditionnement : Données neurobiologiques chez l'homme et l'animal. (Paris, Éd.) *M/S Revues*, 21(3), pp. 315-319.
- Médecine non conventionnelle*. (s.d.). Récupéré sur wikipedia: [https://fr.wikipedia.org/wiki/Médecine\\_non\\_conventionnelle](https://fr.wikipedia.org/wiki/Médecine_non_conventionnelle)
- MELLIER, E. (2016). *HAL : Evaluation des bienfaits subjectifs des séances d'acupuncture dans l'unité anxiété dépression résistance du CHU de Martinique à l'aide d'échelles visuelles analogiques*. Thèse de doctorat en médecine, Université des Antilles, Faculté de médecine Hyacinthe Bastarand, Martinique.
- MESSIER, L. (2017, octobre). *Hypnose*. Récupéré sur Passeport Santé: [https://www.passeportsante.net/fr/Therapies/Guide/Fiche.aspx?doc=hypnotherapie\\_th](https://www.passeportsante.net/fr/Therapies/Guide/Fiche.aspx?doc=hypnotherapie_th)
- MIET, F. (2018). *Place de l'acupuncture dans la prise en charge des patients en médecine générale: Etude qualitative menée auprès des médecins traitant dans la région Toulousaine*. Thèse de doctorat en médecine, Faculté de Marseille, Marseille.
- MORESCHI. (2015). Revue en France Voix d'Or, Gionale Di Gerontologia. Consulté sur motrial en mars 2021.
- NINOT, G. (2019). *Le guide professionnel des interventions non médicamenteuses*. DUNOD.

- NINOT, G. (2020). Interventions non médicamenteuses : le temps d'évaluer sérieusement ces pratiques est venu. *Info Respiration*. Interventions non médicamenteuses : le temps d'évaluer.
- NINOT, G., BERNARD, P., NOGUES, M., ROSLYAKOVA, T., & TROUILLET, R. (2020). Rôle des interventions non médicamenteuses pour vieillir en bonne santé. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil*, 18, p. 305 à 310.
- PEREIRA, L. (2017). *L'hypnose en gériatrie: caractéristiques au CHU de Bordeaux. Spécificités du patient avec des troubles cognitifs*. Thèse de doctorat en médecine, Université de Bordeaux, UFR des sciences médicales, Bordeaux.
- Plan national Bien Vieillir: Ministère de la Santé et des Solidarité, Ministère de la Jeunesse des Sports et de la Vie associative, Ministère délégué à la Sécurité Sociale aux Personnes âgées aux Personnes handicapés et à la Famille. (2007-2009).
- Plan Priorité prévention. (2018, mars 26). Comité interministériel de santé.
- Pr LOBSTEIN, A. (2018). *Aromathérapie scientifique : précaunisations pour la pratique clinique, l'enseignement et la recherche*. Consensus d'expert.
- Pr NINOT, G. (2018, janvier). Guide professionnel des interventions non médicamenteuses. *Hegel*(1), pp. 10-12.
- Quelle place pour les médecines complémentaires ?*. (2015, juillet 23). Récupéré sur Conseil national de l'Ordre des médecins: <http://www.conseil-national.medecin.fr/publications/actualites/place-medecines-complementaires>
- QUINTINI, FICHAUX, SURDEJ, ESPANET, & SALAS. (2018, février). Evaluation de la pratique de l'hypnose en soins palliatifs. *Recherche en soins infirmiers*(133), p. 85 à 91.
- REVEL, & REVEL, N. (2017). *Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses*. Rapport de l'Assurance Maladie.
- santé, C. i. (2018). *Plan priorité prévention*.
- Stratégie nationale de santé. (2018-2022). Ministère des Solidarité et de la Santé.

- TONNA, S. (2017). Evaluation et intervention non médicamenteuse auprès de personnes âgées dépendantes. *Le journal des psychologues*(344), p. 57 à 61.
- TOURAINÉ, M., ROSSIGNOL, L., & FIORASO, G. (2014-2019). Plan Maladies Neuro-dégénératives.
- VALNET, J. (1964). *Aromathérapie - Traitement des maladies par les essences des plantes*. Livre de poche.
- VAN DER STEEN. (2018, juillet 23). Les interventions thérapeutiques musicales pour les personnes atteintes de démence. *La Revue*.
- VERGER, P. (2013). *La politique du médicament en EHPAD*. Rapport pour le ministère de la Santé.
- VIEYRA, E., & SOUCHON, V. (2017, octobre). *Sophrologie*. Récupéré sur Passeport Santé: [https://www.passeportsante.net/fr/Therapies/Guide/Fiche.aspx?doc=sophrologie\\_th](https://www.passeportsante.net/fr/Therapies/Guide/Fiche.aspx?doc=sophrologie_th)

## **ANNEXES**

## Annexe 1. « Classification des Interventions Non Médicamenteuses<sup>44</sup>. »

### Classification des Interventions Non Médicamenteuses (INM)

 Psychologiques	 Physiques	 Nutritionnelles	 Numériques	 Élémentaires
Art Thérapies	Programmes d'activité physique	Compléments alimentaires	m-Santé	Préparations minérales
Programmes d'éducation santé	Hortithérapies	Programmes nutritionnels	Thérapies par le jeu vidéo	Préparations mycologiques
Psychothérapies	Physiothérapies		Thérapies par la réalité virtuelle	Préparations botaniques
Pratiques psychocorporelles	Thérapies manuelles			Méthodes électromagnétiques
Thérapies assistées par l'animal	Programmes balnéologiques			Cosmécéutiques

Version 3.0, Plateforme CEPS, Universités Montpellier, France, 2020

<sup>44</sup> Version 3.0, Plateforme CEPS, Universités Montpellier, France 2020

## **Annexe 2. Mélange d'huiles essentielles à but thérapeutique<sup>45</sup>.**

Exemples de mélanges utilisables en établissements de soins, et en EHPAD notamment :

Le premier mélange dont le but est l'assainissement de l'air dans les chambres les lieux communs se compose:

- HE de Ravintsara 40%
- HE d'Eucalyptus globuleux 10%
- Essence de Citron 50%

Le deuxième mélange est utilisé dans un but de relaxation générale. Il comprend:

- HE Ylang Ylang
- HE de Cyprès
- HE d'Encens Oliban
- HE d'orange douce
- HE de petit grain Bigaradier.

Les autres mélanges limités en général à quatre Huiles Essentielles sont réservés à l'utilisation locale par massage effleurages.

Dans la réduction de l'anxiété:

- HE Camomille Romaine : 2 gouttes
- HE Marjolaine des jardins : 2 gouttes
- HE Ylang Ylang : 2 gouttes
- HV d'Argan : 10ml

Dans le soulagement de la douleur, en application sur la zone douloureuse:

- HE Gaulthérie 3%
- HE Myrrhe 2%
- HE Ylang Ylang 3%
- HV Arnica ou autre HV : 50ml

---

<sup>45</sup> DR COINTIN Yves

Dans les problèmes de transit (ici la constipation), en application sur l'abdomen :

- HE Gingembre : 2 gouttes
- HE Marjolaine des jardins : 2 gouttes
- HE Térébenthine : 2 gouttes
- HV Calophyle ou germe de blé : 10ml

En soins palliatifs en fin de vie, en application notamment sur la voûte plantaire et en massage-effleurage du pied mais aussi des mains et sur la région du cœur et du plexus solaire avant que la personne s'endorme :

- HE Encens : 5gouttes
- HE Nard de l'Himalaya : 5gouttes
- HE Rose de Damas : 5 gouttes
- HV à part égale abricot sésame et amande douce : 30 ml

## Annexe 3 : Enquête sur l'utilisation des Interventions Non Médicamenteuses en EHPAD diffusée en ligne avec la plateforme GoogleForms.

### Enquête sur l'utilisation des Interventions Non Médicamenteuses en EHPAD

Madame, Monsieur,

Dans le cadre de notre Diplôme Universitaire "Infirmier(ère) et Médecin Coordonnateur(trice) en EHPAD et SSIAD" à l'Université Paris-Descartes, nous sommes quatre étudiants à mener une enquête sur l'utilisation des interventions non médicamenteuses (INM) au sein des établissements de santé en France, avec comme objectif principal d'évaluer l'utilisation des INM au sein des EHPAD en France.

Nous aurions besoin de votre contribution en répondant à notre enquête nationale afin que nous puissions faire notre analyse. Cela vous prendra moins de 10 minutes !

Merci d'avance pour votre aide avec les réponses apportées.

Ci dessous un lien vous permettant d'en savoir un peu plus sur le sujet :  
<https://www.pole-gerontologie.fr/documents/GuideDuPorteurDeProjet.pdf>

---

**\*Obligatoire**

1. Adresse e-mail \*

\_\_\_\_\_

#### PARTIE I : GENERALITES

INM : Intervention Non Médicamenteuse.

2. 1. Quelle fonction avez-vous au sein de votre établissement ? \*

*Une seule réponse possible.*

- Directeur(trice)
- Médecin coordonnateur
- Infirmier(e) coordinateur(trice)
- Autre : \_\_\_\_\_

3. 2. Quel est le nom de votre établissement ? (Merci de préciser la région dans laquelle il se trouve) \*

---

4. 3. Depuis quand y travaillez-vous ? \*

*Une seule réponse possible.*

- 0 - 1 an
- 1 - 3 ans
- 3 - 5 ans
- 5 - 10 ans
- Plus de 10 ans

5. 4. Quel est le statut de votre établissement ? \*

*Une seule réponse possible.*

- Privé commercial
- Privé associatif
- Public

6. 5. Quelle est la capacité totale d'accueil de résidents au sein de votre établissement ? \*

*Une seule réponse possible.*

- Moins de 30
- Entre 30 et 50
- Entre 50 et 80
- Entre 80 et 100
- Plus de 100

7. 6. Existe t-il au sein de votre établissement (choix multiples possibles) : \*

*Plusieurs réponses possibles.*

- Unité d'hébergement Renforcé (UHR)  
 Un PASA (Pôle d'Activités et de Soins Adaptés)  
 Un CANTOU (Centre d'Activités Naturelles Tirées d'Occupations Utiles)  
 Une Unité Spécialisée pour les résidents "Alzheimer"  
 Non

Autre :  \_\_\_\_\_

8. 7. La mise en place des INM est-elle inscrite dans le projet d'établissement ? \*

*Une seule réponse possible.*

- Oui  
 Non

9. 8. La mise en place des INM est-elle inscrite dans le projet de soins individualisé du résident ? \*

*Une seule réponse possible.*

- Oui  
 Non

10. 9. Le médecin coordonnateur pratique t-il une ou plusieurs INM auprès des résidents ? Si oui, à quelle fréquence ? \*

*Une seule réponse possible.*

- Oui, souvent (Au moins 1 fois par semaine)  
 Oui, parfois (Au moins 1 fois par mois)  
 Oui, rarement (1 fois par trimestre ou moins)  
 Non

11. 10. Si oui, la(les)quelle(s)

---

---

---

---

---

12. 11. L'infirmier(e) coordinateur(trice) pratique t-il une ou plusieurs INM auprès des résident

\*

*Une seule réponse possible.*

- Oui, souvent (Au moins 1 fois par semaine)
- Oui, parfois (Au moins 1 fois par mois)
- Oui, rarement (1 fois par trimestre ou moins)
- Non

13. 12.Si oui, la(les)quelle(s)

---

14. 13. Quels professionnels sont formés aux INM que vous utilisez dans votre établissement

*Plusieurs réponses possibles.*

- IDE
- AS
- ASH
- Intervenants extérieurs

## PARTIE II : L'UTILISATION DES INM POUR LES RESIDENTS

15. 14. En temps normal, votre établissement propose-t-il une ou des intervention(s) non médicamenteuse(s) auprès de certains résidents ? \*

Si vous répondez non à cette question, merci de passer directement à la question 21

*Une seule réponse possible.*

- Oui souvent (Au moins 1 fois par semaine)
- Oui parfois (Au moins 1 fois par mois)
- Oui rarement (1 fois par trimestre ou moins)
- Non

16. 15. Depuis combien de temps les INM sont-elles utilisées dans votre établissement ?

*Une seule réponse possible.*

- Moins de 3 mois
- Entre 3 et 6 mois
- Entre 6 mois et 1 an
- Entre 1 et 3 ans
- Depuis plus de 3 ans

17. 16. La(les)quelle(s) avez-vous déjà utilisé(es) pour les résidents ? (Choix multiples possible

\*

*Plusieurs réponses possibles.*

- Aromathérapie- Phytothérapie
- Hypnose
- Art-thérapie
- Musico-thérapie
- Zoothérapie
- Acupuncture
- Luminothérapie
- Sophrologie
- Reiki
- Yoga
- Homéopathie

Autre :  \_\_\_\_\_

18. 17. Quel sont les buts recherchés pour les résidents ? (choix multiples possibles) :

*Plusieurs réponses possibles.*

- Réduction de l'anxiété
- Diminution de la polymédication
- Accompagnement de la fin de vie
- Diminution des troubles du sommeil
- Augmentation du bien-être
- Gestion de la douleur
- Réponse au refus de soin

Autre :  \_\_\_\_\_

19. 18. Les buts recherchés ont-ils été atteints ?

*Une seule réponse possible.*

- Oui tout à fait  
 Oui en partie  
 Non

20. 19. Avez-vous constaté un ou des bénéfices que vous n'attendiez pas ?

*Une seule réponse possible.*

- Oui  
 Non

21. 20. Si oui, le(s)quel(s) ?

---

---

---

---

---

22. 21. Si vous n'utilisez pas les INM, pour quelle(s) raisons ? (choix multiple possible) :

*Plusieurs réponses possibles.*

- Raison budgétaire (trop coûteux par rapport aux bienfaits retirés)  
 Pas de personnel formé au sein de l'établissement  
 Absence d'intervenants extérieurs formés  
 Absence d'étude scientifique sur les bienfaits  
 Manque de temps

Autre :  \_\_\_\_\_

23. 22. Aimeriez-vous les utiliser à l'avenir ? \*

*Une seule réponse possible.*

- Oui
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Non

### PARTIE III : L'UTILISATION DES INM POUR LES PROFESSIONNELS

24. 23. En temps normal, votre établissement propose-t-il l'utilisation des INM aux professionnels ? \*

Si vous répondez non à cette question, merci de passer directement à la question 31

*Une seule réponse possible.*

- Oui
- Non

25. 24. Si oui, la(les)quelle(s) avez-vous déjà utilisé(es) pour les professionnels ? (Plusieurs ch  
possibles)

*Plusieurs réponses possibles.*

- Phytothérapie - Aromathérapie
- Hypnose
- Art thérapie
- Musico-thérapie
- Zoo-thérapie
- Acupuncture
- Luminothérapie
- Sophrologie
- Reiki
- Yoga

Autre :  \_\_\_\_\_

26. 25. Après de quel(s) professionnel(s) ?

*Plusieurs réponses possibles.*

- IDE
- AS
- ASH

Autre :  \_\_\_\_\_

27. 26. A quelle fréquence ?

*Plusieurs réponses possibles.*

- Au moins une fois par semaine
- Au moins une fois par mois
- Au mois une fois par trimestre
- A la demande du professionnel

28. 27. Quels sont les buts recherchés pour les professionnels ? (choix multiples possibles)

*Plusieurs réponses possibles.*

- Amélioration de la qualité de vie au travail
- Diminution du stress au travail
- Diminution des TMS (troubles musculo-squelettiques)
- Diminution des conflits d'équipe
- Réduction de l'absentéisme ("Burn-out", arrêts répétés)

Autre :  \_\_\_\_\_

29. 28. Le(s) but(s) recherché(s) ont-ils été atteints ?

*Une seule réponse possible.*

- Oui tout à fait
- Oui en partie
- Pas du tout

30. 29. Avez-vous constaté un ou plusieurs bénéfices que vous n'attendiez pas ?

*Une seule réponse possible.*

- Oui
- Non

31. 30. Si oui, le(les)quelles ?

---

---

---

---

---

32. 31. Si vous n'utilisez pas les INM pour les professionnels, pour quelle(s) raisons ? (choix multiple possible) :

*Plusieurs réponses possibles.*

- Raison budgétaire (trop coûteux par rapport aux bienfaits retirés)
- Pas de personnel formé au sein de l'établissement
- Absence d'intervenants extérieurs formés
- Absence d'étude scientifique sur les bienfaits
- Manque de temps

Autre :  \_\_\_\_\_

33. 32. Aimerez-vous les utiliser à l'avenir ?

*Une seule réponse possible.*

- Oui
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Non

**Merci de votre participation !**

---

Ce contenu n'est ni rédigé, ni cautionné par Google.

Google Forms

## Annexe 4 : Extrait du « Traité de Scorbut » du Dr James Lind, 1757<sup>46</sup>



### INFO FLASH

Le premier essai clinique de l'humanité évaluait une INM

Sur un bateau militaire anglais croisant au large du Golfe de Gascogne en 1747, le docteur James Lind décide d'évaluer expérimentalement un remède contre le scorbut qui faisait des ravages parmi les marins de l'époque. Il divise 12 patients atteints de scorbut en six groupes de deux. Il administre à chaque groupe une substance différente et contrôle que leur nutrition soit identique. Les substances testées sont du cidre, de l'acide sulfurique, du vinaigre, une concoction d'herbes et d'épices, de l'eau de mer ou des oranges et des citrons. Seul le dernier groupe a guéri du scorbut. Il publie en 1757 le « Traité du Scorbut » qui sauvera des milliers de marins à travers le monde.

<sup>46</sup> Tiré de NINOT,G. Le Guide professionnel des Interventions Non Médicamenteuses. (2019), page 78.

## RESUME

Mots clés : *Interventions non médicamenteuses, changement de pratique, bénéfiques, qualité de vie et de soins, confort professionnel, infirmier coordinateur, médecin coordonnateur.*

Les Interventions Non Médicamenteuses en EHPAD : Réel enjeu ou simple effet de mode ?

Les INM sont des approches non médicamenteuses permettant de soulager les maux ou les prévenir. Elles ne sont pas invasives et n'ont recours à aucune molécule chimique. Certaines peuvent être utilisées aisément de tous mais d'autres demandent des formations plus approfondies.

Nous avons mené une enquête exploratoire auprès d'EHPAD dans toutes les régions de France métropolitaine via un questionnaire diffusé en ligne durant l'année 2021.

Il apparaît que les interventions non médicamenteuses sont en grande partie utilisées dans les structures d'accueil collectives tout aussi bien pour les résidents que pour les professionnels. De nombreux bénéfices sont constatés. En effet, elles contribuent à une meilleure qualité de vie et de soins au résident ainsi qu'à une meilleure qualité de vie au travail pour les professionnels. Ces méthodes complètent l'efficacité thérapeutique médicamenteuse mais peuvent également les diminuer dans certains cas.

L'analyse des résultats démontre l'importance du rôle de l'infirmier coordinateur et du médecin coordonnateur dans le changement des pratiques professionnelles au travers de la démarche de projet et des actions menées. Ils sont aussi les acteurs principaux dans l'instauration de ces pratiques dans le projet d'établissement et les différents plans de soins autour du résident. Ce travail nous montre que les INM ont de belles perspectives d'évolution pour les années à venir dans l'enjeu du *bien vieillir*.

## **ABSTRACT**

*Keywords: Non-drug interventions, change of practice, benefits, quality of life and care, professional comfort, coordinating nurse, coordinating doctor.*

Non-Medication Interventions in EHPAD: Real stake or simple fad?

NMIs are non-drug approaches to relieve or prevent ailments. They are not invasive and do not use any chemical molecules. Some can be used easily by everyone, but others require more in-depth training.

We conducted an exploratory survey of nursing homes in all regions of mainland France via a questionnaire distributed online during 2021.

It appears that non-drug interventions are largely used in collective reception facilities for both residents and professionals. Many benefits are noted. Indeed, they contribute to a better quality of life and care for residents as well as a better quality of life at work for professionals. These methods complement the therapeutic efficacy of drugs but can also decrease them in some cases.

Analysis of the results demonstrates the importance of the role of the coordinating nurse and the coordinating doctor in changing professional practices through the project approach and the actions carried out. They are also the main actors in the establishment of these practices in the establishment plan and the various care plans around the resident. This work shows us that the NMIs have good development prospects for the years to come in the issue of aging well.