

SURVEILLANCE ET EVALUATION
DU SOMMEIL DANS UNE UNITE DE
READAPTATION COGNITIVO COMPORTEMENTALE

**Centre Hospitalier Intercommunal Toulon La Seyne/mer.
Dr Dominique Clairet. Equipe Soignante.**

CONGRES NATIONAL 2015
des Unités de Soins d'Evaluation et de Prise en Charge
ALZHEIMER

Introduction

Afin de mieux appréhender les troubles du sommeil, des patients de l'URCC, et de mieux évaluer l'utilisation de psychotropes sédatifs nous avons mis en place un « agenda de sommeil » qui permet aux équipes de nuit de renseigner le déroulement des nuits des patients de façon synthétique et descriptive et qui permet une vue d'ensemble de l'évolution durant le séjour

Les faits

-La nuit représente physiologiquement et en moyenne un tiers du temps de nos journées. Administrativement les équipes soignantes de nuit passent entre 10 et 12 heures avec les patients (selon l'organisation des unités) mais ce sont également des moments où les soignants sont moins nombreux.

- Dans les URCC la dotation en personnel, l'objectif thérapeutique permet une présence humaine soignante « confortable » au moins entre 9h le matin et 18h le soir. Pourtant il est classique de constater une recrudescence des troubles psycho comportementaux avec le soir et la nuit. Les soignants sont confrontés pendant ces heures à l'insomnie et/ou l'agitation des uns et le souci de préserver le sommeil des autres.

- Les renseignements recueillis auprès des équipes soignantes de nuit semblaient souvent imparfaites et minimalistes en comparaison avec l'importance des renseignements recueillis par les équipes de jour. La grille NPIES ne comporte qu'un item « nuit » qui n'apporte qu'un renseignement global sur la qualité du sommeil.

- Toutes les sociétés (hospitalières ou pas) souhaitent que les nuits soient calmes. Les nuits sans sommeil sont souvent la cause d'épuisement des aidants mais sont aussi mal supportées par les soignants.

- Nous n'avons pas au long de notre vie la même qualité et/ou quantité de sommeil. En bonne santé chaque individu apprend à gérer son sommeil (couche tôt, couche tard, gros ou petit dormeur, gestion des insomnies par des moyens propres à chacun) ce qui est impossible pour les patients déments à qui nous imposons une alternance jour/nuit qui ne leur convient pas forcément.

Les constatations

- Plusieurs patients présentent des signes de fatigue et désirent aller dormir souvent assez tôt dans la soirée : finalement couchés entre 21 et 22H il est assez naturel que leurs nuits se terminent vers 2 à 3 heures du matin, ce qui va totalement à l'encontre du rythme attendu qui voudrait qu'à ce moment là « tout le monde dorme »

Faut-il prescrire des somnifères dans un tel cas ?

L'idéal serait de reculer l'heure du coucher, mais cela est parfois impossible.

- Les réveils nocturnes (qu'elle qu'en soit la cause : mictions, douleurs, rêves...) peuvent entraîner des difficultés de ré endormissement. Nos patients de par leur atteinte cognitive n'ont pas la capacité de gérer leurs insomnies. Si ces réveils sont notés ils permettront parfois une prise en compte de certains symptômes curables.

Conclusion

Les périodes nocturnes sont des moments sensibles et difficiles à gérer chez les patients déments que ce soit pour les aidants familiaux ou les soignants.

Les nuits qui représentent au moins la moitié du temps, demandent une attention particulière, des thérapeutiques spécifiques, et, à défaut d'être présents, les soignants doivent pouvoir en connaître au mieux le déroulement.

