

# **ORGANISATION DU COUCHER ET SA PRISE EN CHARGE EN E.H.P.A.D.**

**04 OCTOBRE 2016**

**Georges CARABASSE : Médecin coordonnateur**

**Virginie AUGIER : Psychologue**

# LE PRÉ-ACCUEIL

- **MOTIF d'ENTRÉE et RECHERCHE DU CONSENTEMENT**
- **PATHOLOGIES EN COURS** : - organique
  - psychiatrique
  - trouble du sommeil existant : primaire,  
Syndrome d'apnée obstructive du sommeil (SAOS), mouvements périodiques nocturnes
- **LES TRAITEMENTS MÉDICAMENTEUX** :
  - « effets cachés » : **antalgiques, antitussifs,.....**
  - Les **EXCITANTS** ou **PERTURBATEURS** du sommeil **cortisone, bétabloquant, antiparkinsoniens, psychostimulants , vit.C, Caféine...**
  - Les **APAISANTS** ou **FAVORISANTS** du sommeil, **anxiolytiques, somnifères, antiépileptiques, anti allergiques, ...**
- **L'AUTONOMIE EXISTANTE** :

La personne se gère seule, nécessite un tiers ou un tiers permanent.

(La « FRAGILITE » peut être masquée par une « impression d'autonomie »)
- **Les HABITUDES et RYTHMES de VIE** :

heures du lever, des repas, sieste, du coucher, rites du soir...

# « LE FACE À FACE »

## LA PERSONNE = VIE PRIVÉE

- La personnalité
- L'histoire familiale et son influence
- La profession, les horaires de travail
- Les centres d'intérêts( sports, jeux, TV, religion...)
- Les Addictions (alcool, tabac, médicaments, drogues, vidéo)

## L'INSTITUTION = VIE COLLECTIVE

- La Législation du temps de travail
- La réglementation des EHPAD
- le Règlement intérieur.
- Projet d'établissement (P.de SOIN)
- Prise de traitement ( P.D.A.)  
Surveillance (nuit et jour)
- Le nombre de résidents
- L'organisation des 2 Unités de Vie ( Traditionnelles et Protégées)
- Le travail d'équipe (Aide, Relais)

### Où sont les limites ?

frontière: vie privée et vie collective?

Quelles bonnes pratiques pour le résident?

# LA PRISE EN CHARGE

## Unité de Vie Traditionnelle: aux 3 étages

- Remontée en chambre : « demande » des résidents, selon l'état clinique ( liste établie et réactualisée)
- Préparation pour la nuit
- T.V., lecture, Traitement de Nuit
- Surveillance nocturne (passages obligatoires)
- Réponse adaptée aux appels, aux angoisses, aux changes, aux chutes, aux urgences
- Gestion des déambulations et/ou intrusions

## Unité de Vie Protégée : Rez de chaussée

- 2 unités autour d'un patio, avec un circuit de déambulation.
  - Même rituel que dans l'UVT.
  - Rite du coucher adapté à l'état neuro-psycho-comportemental de chacun.
- Ici en raison des symptômes psycho-comportementaux et de l'anosognosie : **tout est négociation, doit être répété et peut se reproduire plusieurs fois dans la même nuit.**
- Vigilance: déplacements, transferts, barrières de protection, chutes(V.V.), changes, temps de sommeil partagé

**CAS CLINIQUES :**

# JEAN, 77 ans

- F. Logement 01/1997, EHPAD 2011.
- **Dossier Médical** :  
**ATCD** : Alcoolisme, DNID, Obésité IMC 30,7, Démence FRONTALE, Carcinomes cutanés (récidivants)  
**MALADIES en COURS**: Démence Frontale évoluée (MMS< 10, BREF 3/18, MADRS 14/60), Déambulation avec chutes fréquentes (Activité physique)  
GIR : 2 , capacités sensorielles préservées
- **R. Personnels** :  
pauvres (scolarité?, profession? habitudes?)  
Veuf (1996), pas enfant, Tutelle, pas de visites
- **Mode de vie**:  
Communication difficile (il faut répéter, erreur du mot, mots « valises »,jargon)  
émotions difficilement exprimées, ou mal contrôlées (retour sur décès de son épouse), marque un intérêt pour son entourage (utilité, reconnaissance) mais est souvent isolé

Son coucher est ritualisé , le sommeil est court (4-5h).

De la fin du repas (19h30) à son coucher réel (22h-23h): il erre entre son étage et le rez de chaussée (fauteuil, TV, échanges), au 1<sup>er</sup> réveil déambule à nouveau (même rite + change) avant de se recoucher.

Progressivement : MAJORATION des Symptômes psycho-comportementaux : déambulation, désinhibition lors de la préparation du coucher, Idées Délirantes ou interprétatives (préjudice) , agitation et agressivité (en l'absence d'écoute réelle), intrusion dans quelques chambres, rupture de son rythme du sommeil.

L'enquête sur cette modification (NPI-ES 40/144, R.G. 17/60) a permis de mettre en évidence des épisodes de FRINGALE (dextro < 0,80, prise partielle repas du soir, traitement diabète pris) et d'y remédier : surveillance des prises alimentaires + Collations plus fréquentes.

**Pas de traitement médicamenteux (inutile et risque accru de chute).**

**Réduction des Troubles du comportement et retour au rythme habituel du sommeil.**

# JEANNE, 84 ans

- F. Logement (isolement, perte d'autonomie, dépendance), EHPAD 2011 entrée en Unité de vie protégée (Troubles psycho-comportementaux)
- **R. personnels:** Veuve (2002), pas d'enfant, 1 sœur et 1 neveu : absence de lien et relation, pas d'amis, CAP coiffure, gérante d'un restaurant
- **Dossier Médical** : pauvre .

**ATCD** : cancer de l'utérus (suspicion), Maladie de Parkinson, Maladie d'Alzheimer avec symptômes psycho-comportementaux (2009). Dysfonctionnement thyroïdien.

**Pathologies en cours** : Parkinson modéré, Maladie d'Alzheimer: MMSE 9/30(2013), Capacités visuelles et auditives semblent préservées .

- **Mode de vie** : tremblements (Membre supérieur G), un trouble de la marche(petits pas), un fléchissement rachidien antérieur, une désorientation et déambulation majeures, une anosognosie. Incontinence nocturne importante

Elle exprime ses émotions, ses besoins dans les actes de la vie quotidienne malgré une pauvreté lexicale.

Humeur non dépressive (GDS:0/15). NPI-ES (36/144 : Agitation/Agressivité, Idées délirantes, Anxiété, déambulation, RG=20/60). GIR : 2

**Sommeil** : pas de trouble à ce jour, pas de traitement spécifique

**Rythme** : couchée à sa demande vers 20h00, se réveille vers 7h30. Incontinence urinaire importante (Change Complet). Changes Nocturnes?

Apparition d'une agitation voire d'une agressivité nocturne lors du change proposé par l'aide soignante dans un souci de propreté, de respect de l'estime de soi et de protection cutanée

Rupture du rythme nyctéméral, difficultés d'endormissement, d'où limitation des intrusions (ferme à clef) et manifestations agressives verbales et physiques.

**Après évaluation en équipe et avis de Jeanne : ne pas la réveiller sauf si le besoin est exprimé, renforcer la protection, soins d'hygiène en 1<sup>er</sup> dès le lever.**

**Le but : préserver la qualité du sommeil tout en acceptant les incidences de l'incontinence et limiter pour la résidente une certaine confrontation à la réalité**

# CONCLUSION

## *LA PRISE EN CHARGE DU COUCHER EN EHPAD DEMANDE :*

- **Un PRÉ-ACCUEIL** de qualité.
- **Un accompagnement et une organisation efficients** définis dans le projet d'établissement.
- **Un travail d'équipe** : IDE, AS jour et nuit. (transmissions, relais)
- **Du personnel** en nombre suffisant et qualifié.
- **Des formations** régulières et adaptées.  
(accompagnements, procédures, pratiques professionnelles)
- **De créer du lien entre les équipes** Jour-Nuit (permutations) pour rapprocher le personnel du projet de vie du résident.
- **La présence d'une IDE** la nuit pour compléter l'équipe.

Cette prise en charge , et donc la qualité du sommeil, passe par une analyse et une réflexion d'équipe avec le résident si possible, le médecin traitant et la famille.

Il est important de ne pas être systématique dans nos interventions et d'en évaluer les conséquences parfois dures à accepter...

(chutes, déambulation, changement de chambre, rapprochement avec un autre résident....)

**LA DÉCISION NE DEVRAIT-ELLE PAS TOUJOURS ÊTRE  
EN FAVEUR DU RÉSIDENT?**

**MERCI pour VOTRE ATTENTION.....**