



Communauté
Professionnelle
Territoriale de
Santé du Pays
de Redon

Evènement Post Universitaire

17 juin 2025

Parcours des troubles du sommeil chez l'enfant

Appartenir à une
communauté
de professionnels
engagés pour son
territoire.



245

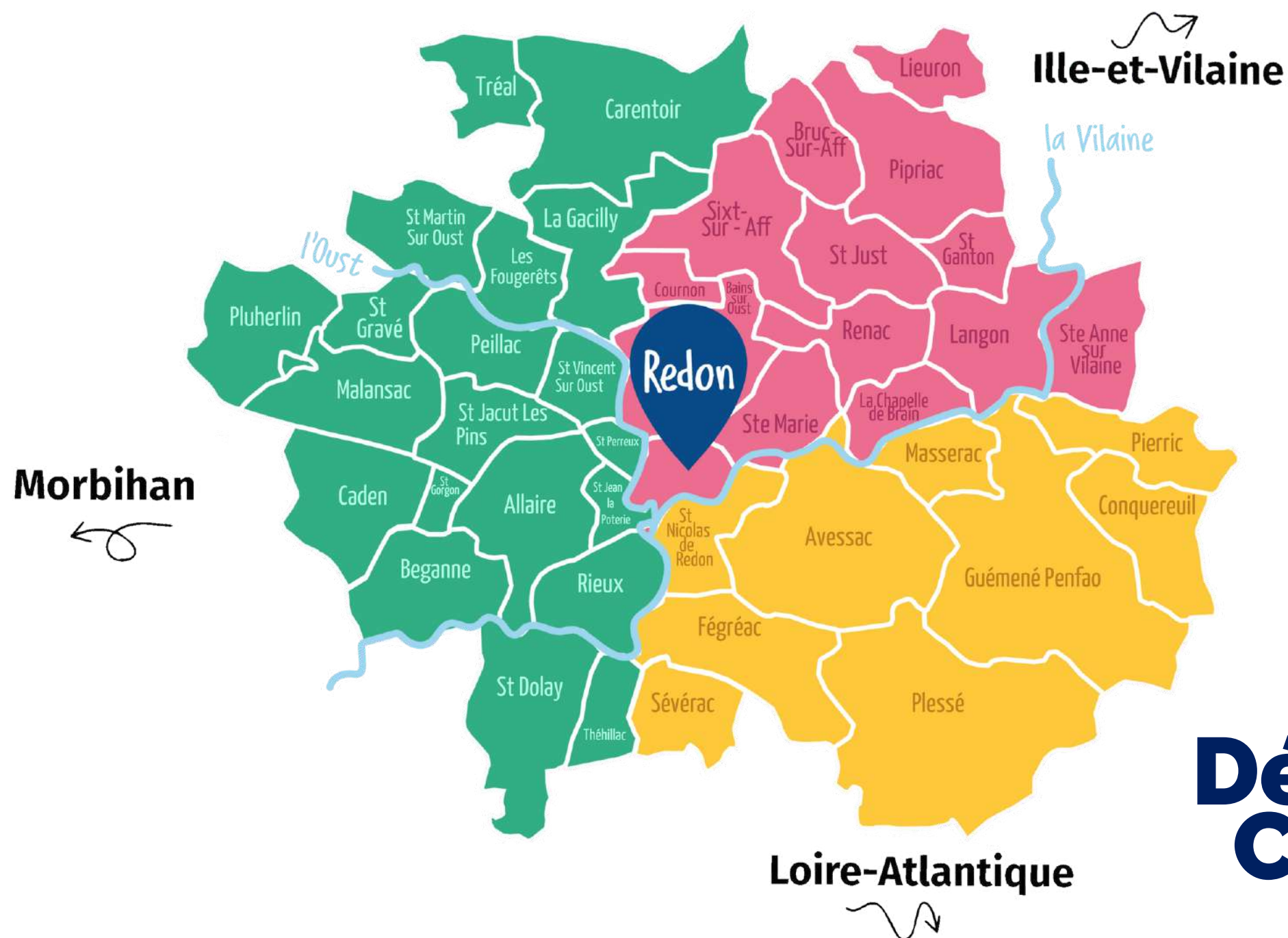
Adhérents

44

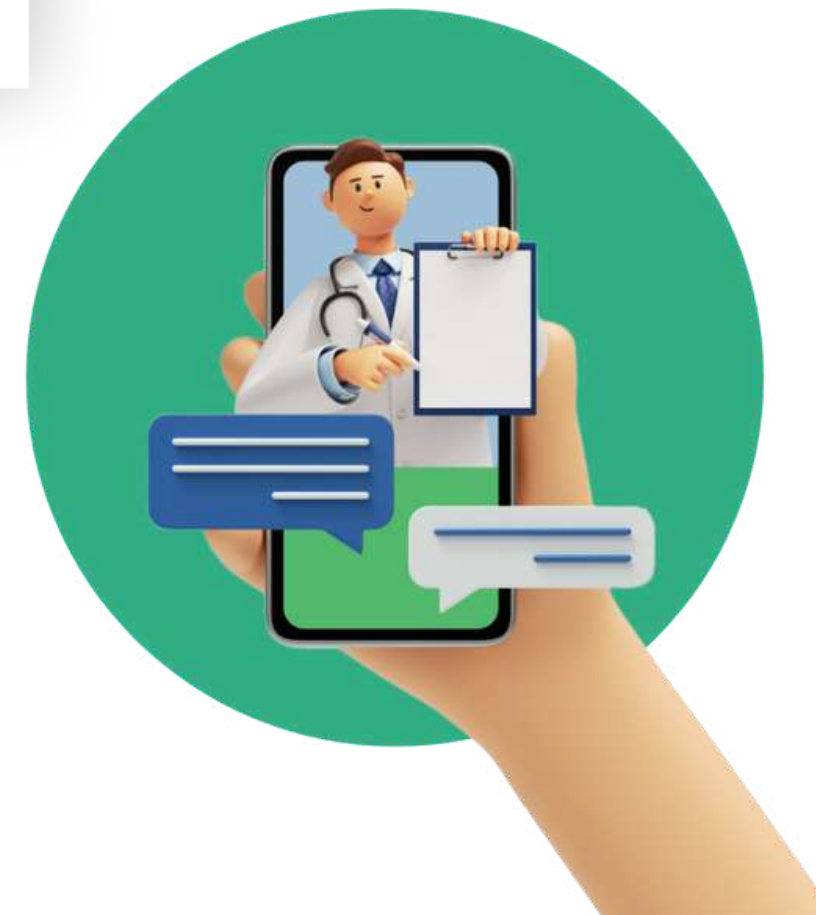
Communes

87.000

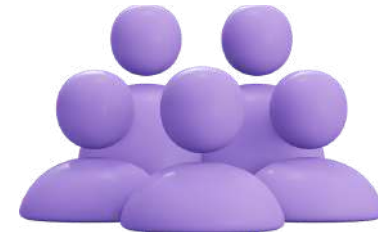
Habitants sur le territoire de la CPTS



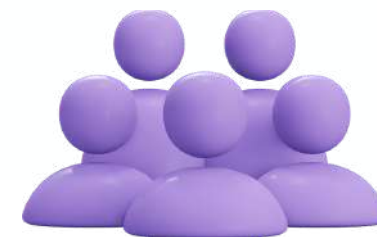
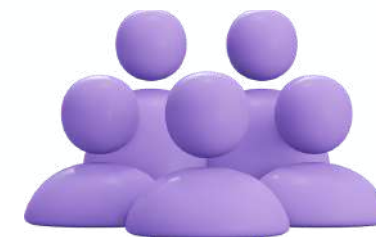
Découvrez notre
CPTS de **taille 3**



Présentation du fonctionnement de l'association

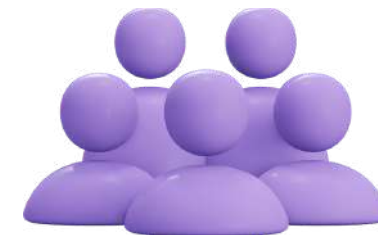
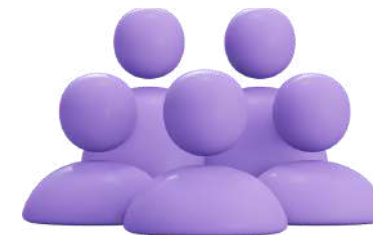


Membres du Bureau



30 Membres du Conseil d'Administration
Issus des 4 Collèges décisionnaires

**Gouvernance
de l'association**



Adhérents = membres de l'Assemblée Générale
Répartis entre 5 Collèges

Collège 1

Professionnels de
Santé Libéraux
18 sièges au CA

Collège 2

Professionnels de
Santé des
établissements
sanitaires
6 sièges au CA

Collège 3

Professionnels de Santé
des établissements
sociaux et médico-
sociaux
3 sièges au CA

Collège 4

Usagers du
système de santé
3 sièges au CA

Collège 5

Membres associés
(collectivités,
partenaires, structures,
associations etc.)
**Pas de siège
au CA**

Collège 6

Membres adhérents
validés par le comité
d'éthique
**Pas de siège
au CA**

Les Missions de la CPTS

**Diagnostic
Territorial**

**Projet de
Santé**



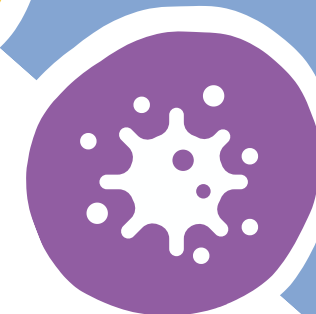
1
**Favoriser
l'accès aux Soins**



2
**Organiser des parcours pluripro
autour du patient**



3
**Développer les actions de
prévention territoriales**



4
Gestion de Crise sanitaire

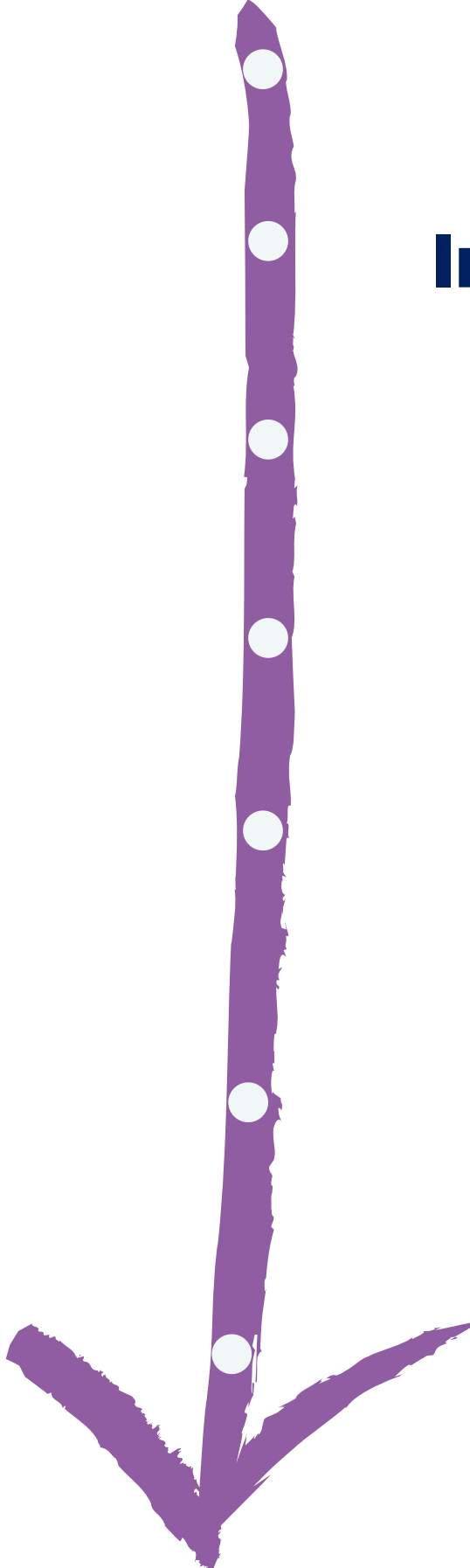
5
**Développer des actions en faveur de la
qualité et pertinence des soins**



6
**Améliorer l'accompagnement des
professionnels sur le territoire**



L'ordre du jour



**Introduction sur les troubles
du sommeil chez l'enfant**

Prise en charge ORL

**Prise en charge
orthodontie**

**Prise en charge
orthophoniste**

**Prise en charge
ergothérapeute**

**Présentation
des ressources**



Introduction Généralités sur les troubles du sommeil chez l'enfant



Pourquoi ce réseau ?

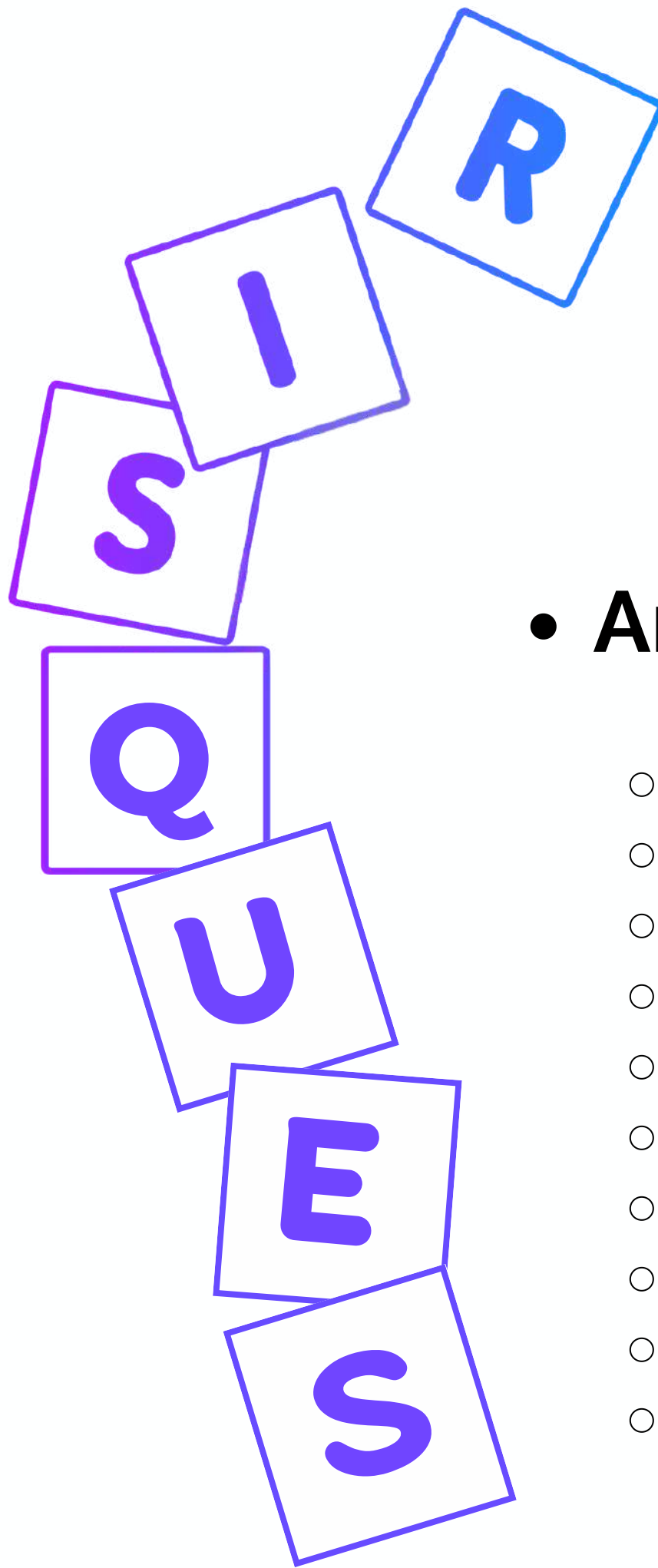
- Prise en charge d'une **pathologie méconnue chez l'enfant** (4% des enfants ont un SAHOS) avec une prévalence entre 2 ans et 6 ans:
 - Diminution de la dette de sommeil
 - Diminution des facteurs obstructifs des VAS pourvoyeurs de consultations en médecine générale
 - Amélioration du diagnostic différentiel TDAH / SAOS
- Amélioration de la **qualité et du délais des soins**
- **Diminution des coûts** de santé pour les caisses
 - Diminution du nomadisme
 - Diminution du nombre d'examens complémentaires (PSG)
 - Diminution des interventions chirurgicales
 - Consultations de médecine générale pour les pathologies ORL
- Prise en charge **multidisciplinaire**



Reconnaitre les enfants à risque de SAOS

• Antécédents

- Sexe masculin
- Obésité / surpoids
- Ethnie afro-américaine
- Prématurité
- Infection ORL (OSM, OMA)
- ASTHME / ALLERGIE
- RGO
- SAOS familial
- Dysoralité
- Tabac et OH familial



Symptômes évocateurs

Nocturnes

- Sommeil agité
- Éveils nocturnes
- Ronflements
- Pausas /reprises inspiratoires
- Respiration buccale
- Hyperextension cervicale
- Hypersudation
- Enurésie
- Mouvements des jambes

Diurnes

- Réveils difficiles
- Anorexie petit déjeuner
- Céphalées matinales
- Respiration buccale
- « coups de pompe »
- Trouble cognitif
 - Attention/concentration
 - mémoire
- Trouble comportemental
 - Tendance hyperactive
 - Impulsivité, agressivité
 - Labilité émotionnelle

Symptômes évocateurs

PORTAIT ROBOT D'ENFANT APNÉIQUE DU SOMMEIL

1- Yeux cernés



2- Yeux en amande, tombants



3- Bouche ouverte



4- Narines fines



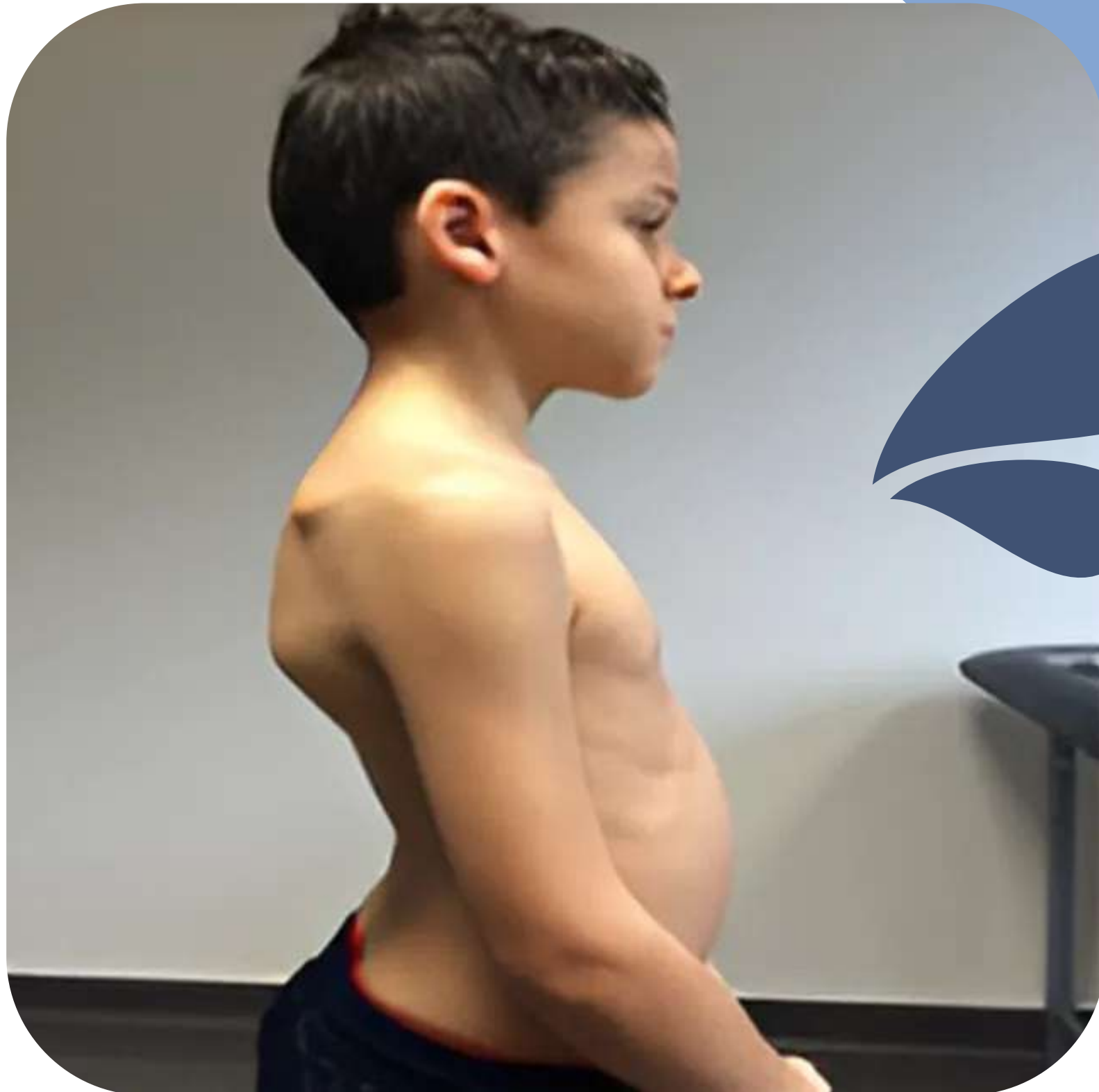
5- Dents irrégulières
amygdales enflées



6- Visage allongé



Symptômes évocateurs



Les symptômes diurnes du SAOS (syndrome d'apnées obstructives du sommeil) chez l'enfant peuvent être subtils et non spécifiques :

Symptômes évocateurs



ORL

- Amygdales
- Végétations Adénoïdes



Pédiatre

- Enurésie secondaire
- Infections vers les voies aériennes
- Troubles du sommeil



Dentiste/ortho dontiste

- Palais ogival
- Respiration buccale
- Malpositions dentaires
- Troubles du sommeil



Neurologues/ psychiatres

- Troubles du comportement
- Hyperactivité
- Céphalées



Pneumo - Allergologue

- Rhinite allergique
- Asthme



Endocrinologue

- Retard de croissance
- Obésité



Parasomnies

Il faut y penser !

Définition du SAHOS de l'enfant

- Obstruction totale/partielle des voies aériennes supérieures (VAS) pendant le sommeil
- Apnées ou hypopnées obstructives $\pm$ désaturation, micro-éveils, sommeil fragmenté



Physio-pathologie du SAS chez l'enfant

Le nœud du problème = le nez



Physio-pathologie du SAS chez l'enfant

Le nœud du problème = le nez

Chez l'enfant, les dyspraxies linguales vont :

- Participer au phénomène obstructif nocturne
- Perturber la croissance faciale



Conséquences du SAOS de l'enfant

neuro-cognitives

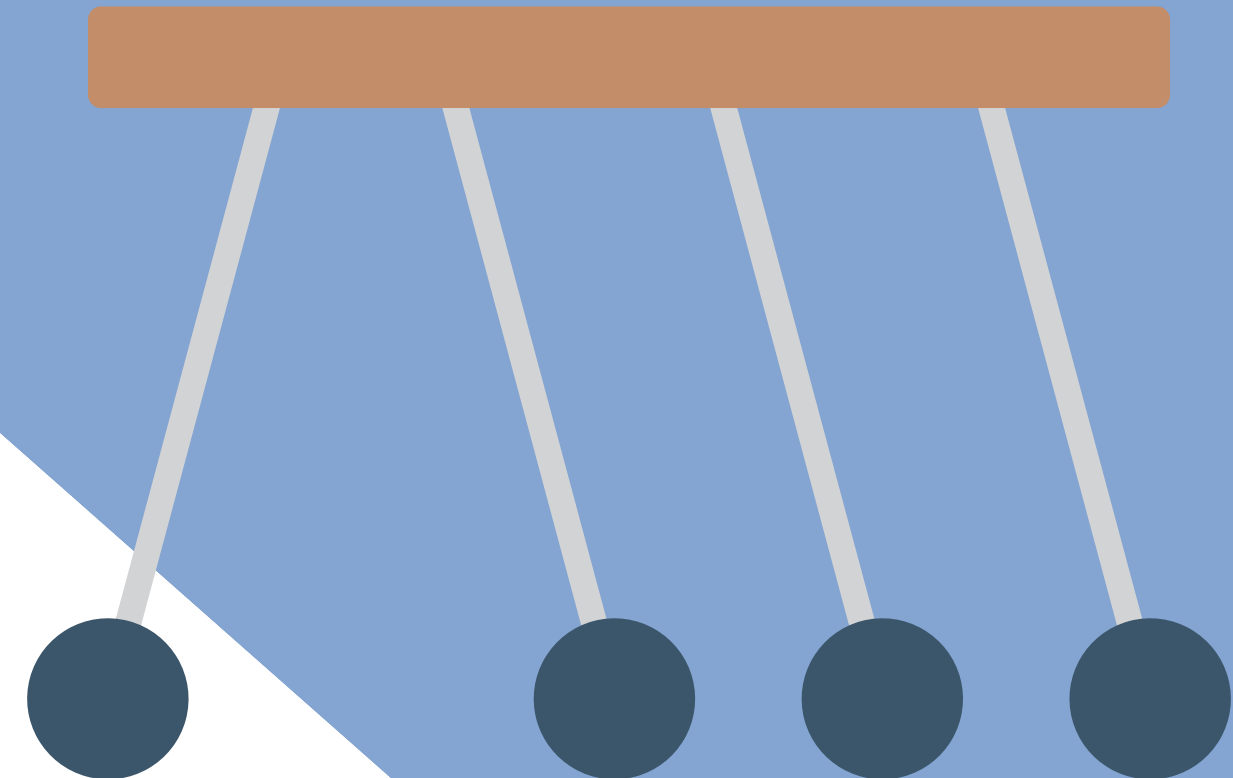
- Déficit attentionnel, mémoire
- « Hyper-activité », impulsivité
- Agressivité, intolérance frustration

Cardio-vasculaires

- HTA (rare)
- HTAP (très rare)

Métaboliques

- Favorise insulino-résistance et obésité
- **Retard pondéral** chez les plus jeunes



Recherche chez ces enfants

- Atteinte du système cardio-vasculaire (HTA > 95ème percentile / HTAP)
- SNC:
 - Inattention / hyperactivité
 - Troubles cognitifs / difficultés scolaires
 - Troubles comportementaux
 - Somnolence diurne
- Enurésie
- Retard de croissance
- Altération de la qualité de vie





Le Parcours

du trouble du sommeil chez l'enfant (5 ans - 16 ans)

1

Dépistage des signes d'alerte

- **Professionnels de santé** (orthophoniste, kiné, médecin généraliste, neuropsychiatre, diététicien, pharmacien, puéricultrices de PMI, etc.)
- **Professionnels de la petite enfance** (assistantes maternelles, professionnels de crèches, etc.)
- **Professionnels de l'Education Nationale** (infirmiers scolaires, enseignants, etc.)
- Professionnels du champ du médico-social



2

Diagnostic du SAHOS : Polygraphie initiale

- Médecin du sommeil, médecin ORL, médecin pneumologue, médecin généraliste

5

Polysomnographie finale

3

Bilans pluriprofessionnels et coordination pour une prise en charge adaptée selon le traitement

Bilan de validation acquis du traitement et coordination

4



Prise en charge multidisciplinaire

- Place du pneumologue et /ou pneumo-pédiatre
- Place de l'ORL
- Place de l'Orthodontiste
- Place de l'Orthophoniste
- Place de l'Allergologue
- Place de l'Ergothérapeute

Questions Généralités sur les troubles du sommeil chez l'enfant



SAHOS de l'enfant vu par l'ORL



Epidémiologie

- Motif de consultation fréquent
 - Ronflement = 8% des enfants
 - SAHOS = 4% des enfants
-
- Conséquences
 - Comportementales : anxiété, impulsivité, troubles de concentration, hyperactivité
 - Cognitives : irréversibles si traitement > 5 ans
 - Maxillo-faciales : troubles de croissance horizontal du visage -> SAHOS de l'adulte
 - Cardiovasculaires : RR d'HTA x3 à l'âge adulte, Hypertrophie ventriculaire G
 - Inflammatoires : insulino-résistante, dyslipidémies



Symptomatologie : le ronflement +++

Tableau II

Critères majeurs et mineurs du diagnostic de syndrome d'apnées obstructives du sommeil chez l'enfant d'après les données anamnestiques et des examens oto-rhino-laryngologique (ORL) et maxillo-facial.

	Symptômes nocturnes	Symptômes diurnes	Signes ORL et dento-faciaux
Critères majeurs	Ronflements : fréquents (> 3 nuits/semaine) ; sonores (porte fermée) ; durée (≥ 3 mois) Irrégularités respiratoires ou apnées Reprise inspiratoire bruyante Inquiétude des parents : ont fait un film ; ont secoué leur enfant	Troubles du comportement : agitation ; irritabilité Troubles de l'attention Troubles de la croissance staturopondérale	Examen ORL avec naso-fibroscopie : hypertrophie des végétations ; hypertrophie des amygdales Face longue, adénoïdienne Harmonie des 3 tiers du visage
Critères mineurs	Antécédent parental – tabagisme Plainte d'un encadrant adulte Respiration bruyante, difficile, buccale Sommeil agité Endormissement facile Réveils nocturnes brefs répétés Parasomnies Hypersudation Position anormale de sommeil Enurésie secondaire	Plainte d'un encadrant adulte Cernes Troubles des apprentissages Diminution des performances scolaires Troubles posturaux Réveils difficiles Céphalées matinales Somnolence diurne Respiration buccale Rhinite chronique, obstruction nasale	Rétromaxillie, rétromandibulie Déviation de la cloison nasale Respiration buccale Palais étroit Malposition dentaire Macroglossie Position de langue anormale Frein de langue court

Ennemi n°1 : la respiration buccale

- Fréquente et souvent banalisée
- Mécanisme = obstacle ORL
 - Ptose linguale = pas d'appui lingual sur les cartilages de croissance palatins
 - Croissance faciale dysharmonieuse : verticale >>> horizontale
 - Toujours demander comment respire l'enfant habituellement le jour (concentration, repas) et la nuit
- Conséquences : faciès adénoïdien
 - Face longue
 - Yeux cernés
 - Hypoplasie malaire
 - Bouche ouverte
 - Dystonies orobuccales : contraction orbiculaire labial
 - A l'âge adulte : obstruction nasale, ronflements et SAHOS



Hypertrophie amygdalienne

- Symptomatologie évocatrice
 - Respiration buccale
 - Angines à répétition
 - Blocages alimentaires aux morceaux
- Classification de Friedman
 - Grade I : entre les piliers
 - Grade II : dépassent légèrement les piliers
 - Grade III : dépassent franchement les piliers sans être jointives
 - Grade IV : jointives



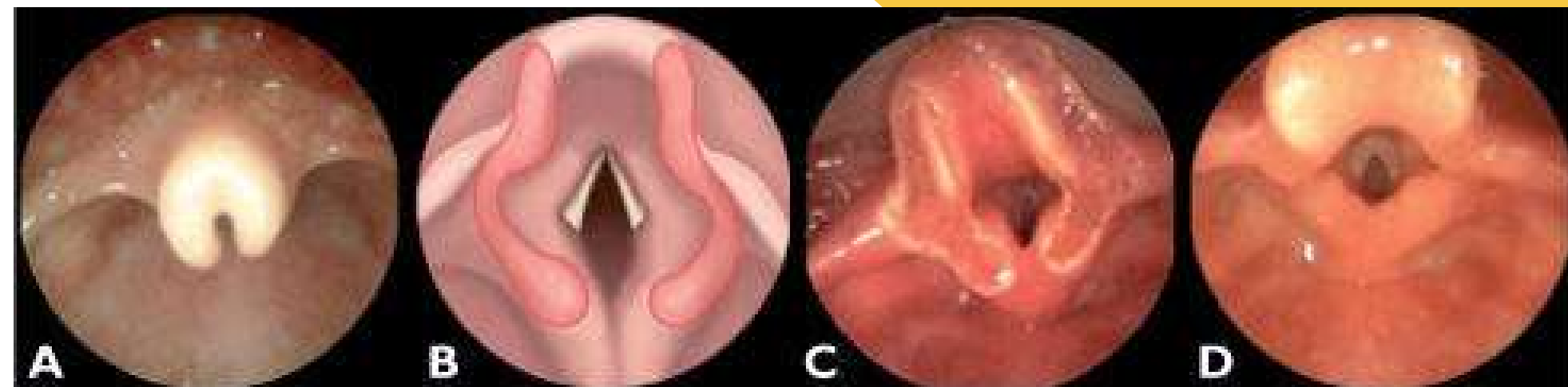
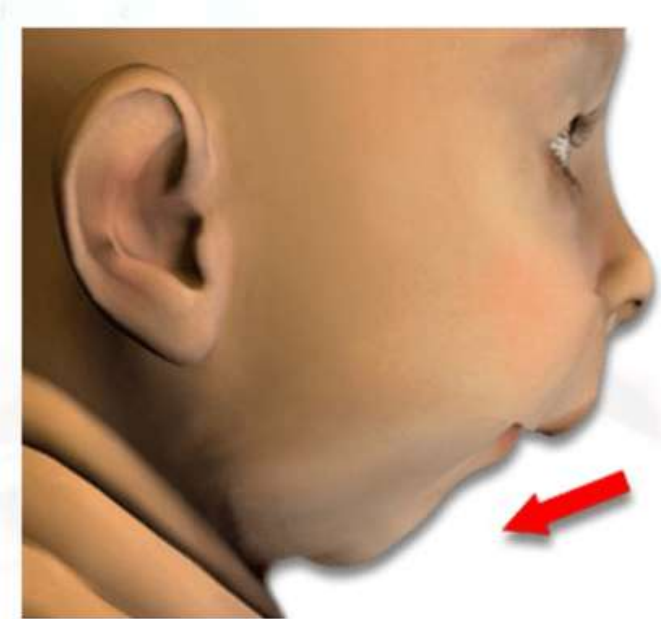
Hypertrophie adénoïdienne

- Symptomatologie évocatrice
 - Respiration buccale > obstruction nasale
 - Rhinopharyngites à répétition
 - Infections de voisinage (OMA, pneumopathie, bronchite)
 - Otite séromuqueuse
- Classification nasofibroscopique
 - Grade I : < 25% du cavum
 - Grade II : 25-50% du cavum
 - Grade III : 50-75% du cavum
 - Grade IV : > 75% du cavum



Autres causes obstructives

- Nasales
 - Rhinite allergique ++ : évolution saisonnière, atcd familiaux
 - Déviation septale : notion de traumatisme (dont obstétrical)
 - Atrésie choanale : chez le nouveau né
- Recul de base de langue : rétromandibulie
- Epiglotte : laryngomalacie
 - Replis ary-épiglottiques courts
 - Bascule postérieure de l'épiglotte



Diagnostic : questionnaire de Spryut Gozal

- Concerne surtout l'inquiétude parentale
- Score > 2,75 : forte probabilité de SAHOS modéré à sévère (IAH > 5/h)

	0	1	2	3	4	A remplir par le médecin	Résultats
Q1- Avez-vous déjà été obligé de secouer votre enfant pendant son sommeil pour qu'il se remette à respirer ?							
Q2- Est-ce que votre enfant s'arrête de respirer pendant son sommeil ?						$A = Q1 + Q2 / 2$	
Q3- Est-ce que votre enfant a des difficultés pour respirer pendant son sommeil ?						$B = (A + Q3) / 2$	
Q4- Est-ce que la respiration de votre enfant pendant son sommeil a déjà été un motif d'inquiétude pour vous ?						$C = (B + Q4) / 2$	
5/ quel est l'intensité du bruit de son ronflement ? La question 5 utilise les valeurs suivantes : 0 : légèrement perceptible ou faible 1 modérément fort 2 : fort 3 : très fort 4 : extrêmement fort						$D = (C + Q5) / 2$	
Q6- A quelle fréquence votre enfant ronfle-t-il ?						$(D + Q6) / 2$	

- 0 si la fréquence de l'événement est « jamais »
- 1 si la fréquence de l'événement est « rare » (1 nuit par semaine)
- 2 si la fréquence de l'événement est « occasionnelle » (2 nuits par semaine)
- 3 si la fréquence de l'événement est « fréquente » (3 à 4 nuits par semaine)
- 4 si la fréquence de l'événement est « quasi toujours » (plus de 4 nuits par semaine)

Ceci au cours des six derniers mois

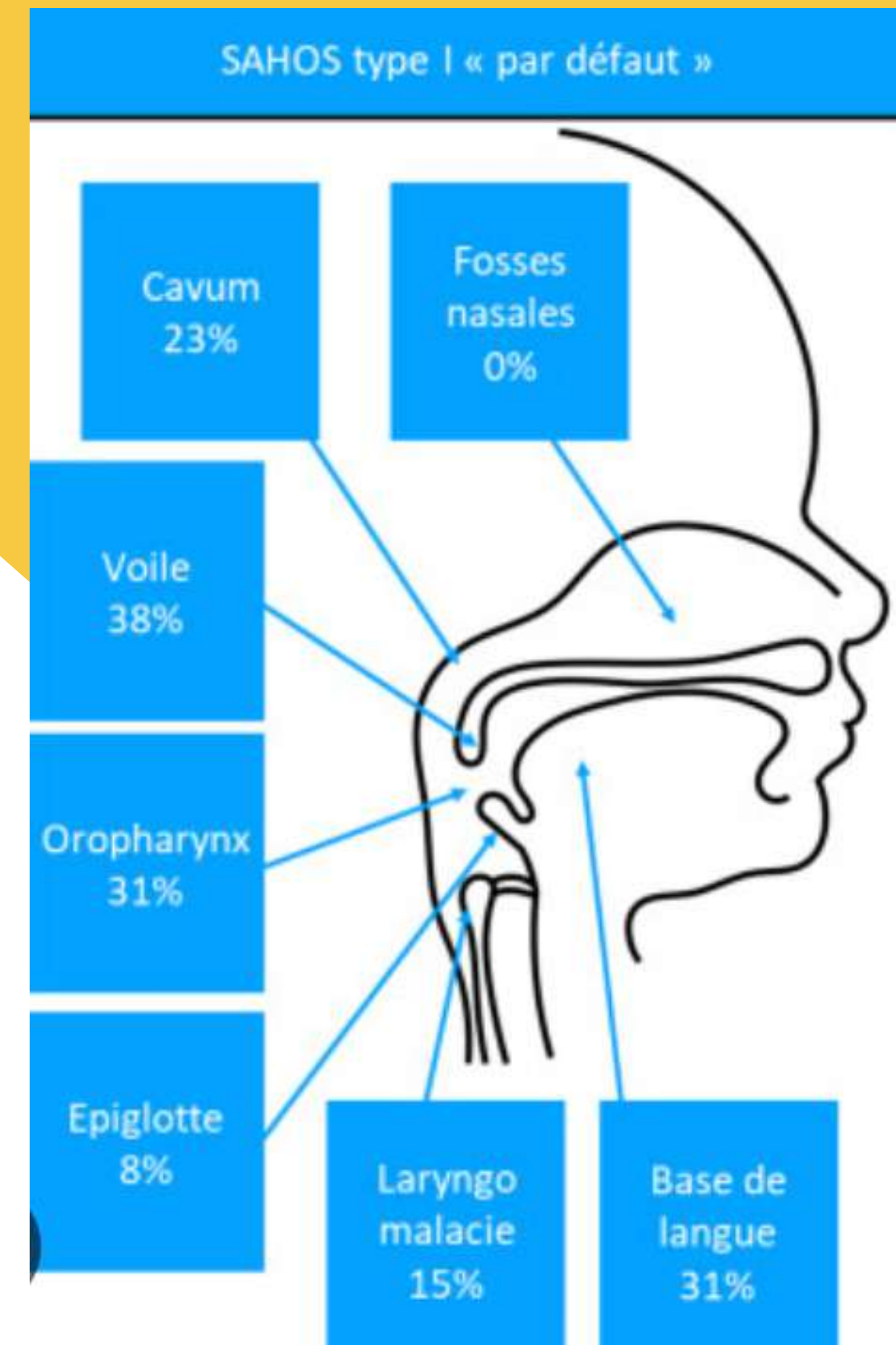
Quels enfants enregistrer ?

- Discordance entre symptomatologie et examen clinique (absence d'hypertrophie adéno-amygdalienne)
- TROS de type III : trisomie, malformations cranio-faciales, risque chirurgical élevé
- Persistance de la symptomatologie après chirurgie
-
- Comment ?
 - Polysomnographie >> Polygraphie
 - Prendre en compte surtout l'IAHO (apnées centrales physiologiques chez l'enfant)



Endoscopie sous sommeil induit

- Indications : similaires à la polygraphie
 - Obstacle non évident cliniquement
 - Recul ou hypertrophie basilinguale
 - Laryngomalacie occulte
 - Bascule épiglottique
 - Kissing amygdales
 - Persistance de la symptomatologie après chirurgie
- SAHOS doit avoir été prouvé par enregistrement



Endoscopie sous sommeil induit

- Protocole anesthésique
 - Induction par Sévofurane
 - Propofol en AIVOC seul
 - Monitoring par BIS : objectif 40-60
 - Pas de masque à O₂, lunettes possibles
- Protocole ORL
 - Reproduire le sommeil : lumière tamisée, alarmes réduites, oreiller
 - Nasofibroscope de plus petit calibre +/- anesthésie locale
 - Passer par la fosse nasale la moins perméable
 - Introduction au premier ronflement ou apnée
 - Enregistrement vidéo
 - Durée 10 - 25 min



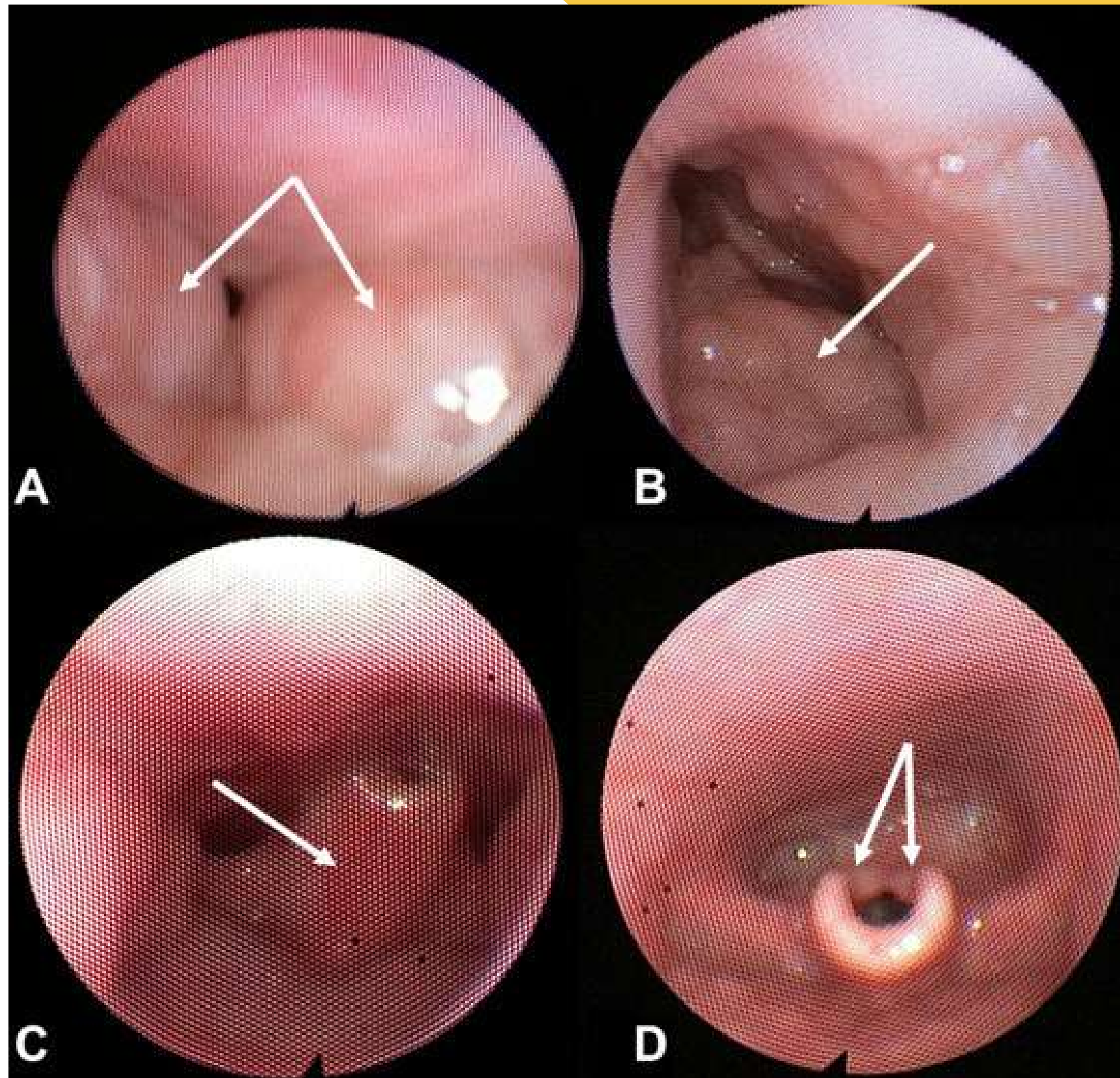
Endoscopie sous sommeil induit : CRO

- Classification VOTE
 - 0 : pas d'obstruction
 - 1 : 50-75%
 - 2 : > 75%
- + examen du nez
 - Végétations adénoïdes
 - Déviation septale
 - Hypertrophie turbinale
- Manœuvres
 - Fermeture buccale
 - Rotation de la tête

LEVEL	DIRECTION		
	AP	LATERAL	CONCENTRIC
Velum			
Oropharynx			
Tongue Base			
Epiglottis			

Endoscopie sous sommeil induit

Kissing
amygdales



Hypertrophie
base
De langue

Bascule
Epiglottique

Laryngomalacie

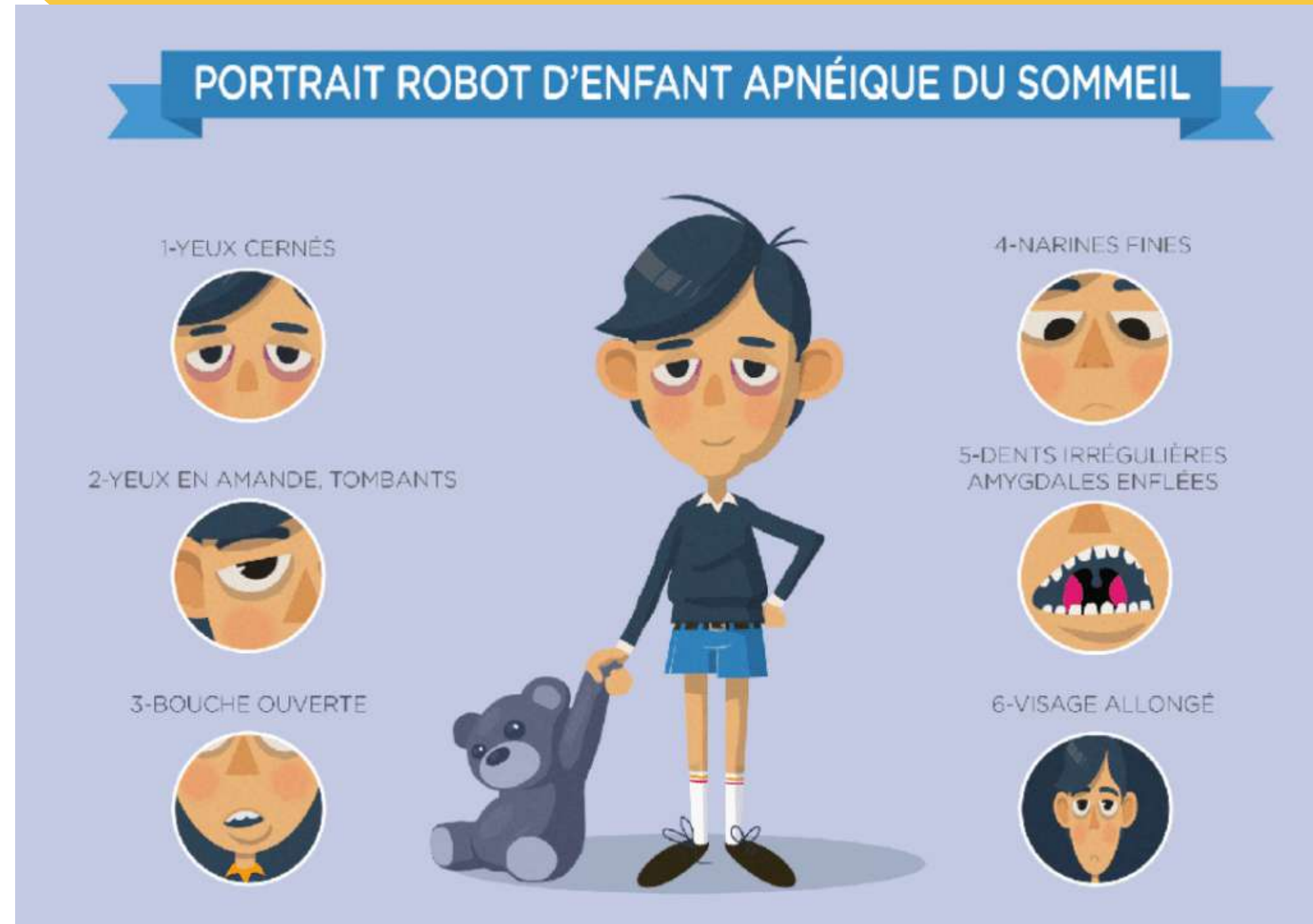
Traitement médical

- Nasal ++
 - Douches nasales : Respimer, rhinohorn
 - Nasocorticoïdes
 - < 3 ans : pivalone
 - > 3 ans : Nasonex, rhinomaxil
 - AntiH1 : aérius, bilastine
 - Montelukast (Asthme associé)



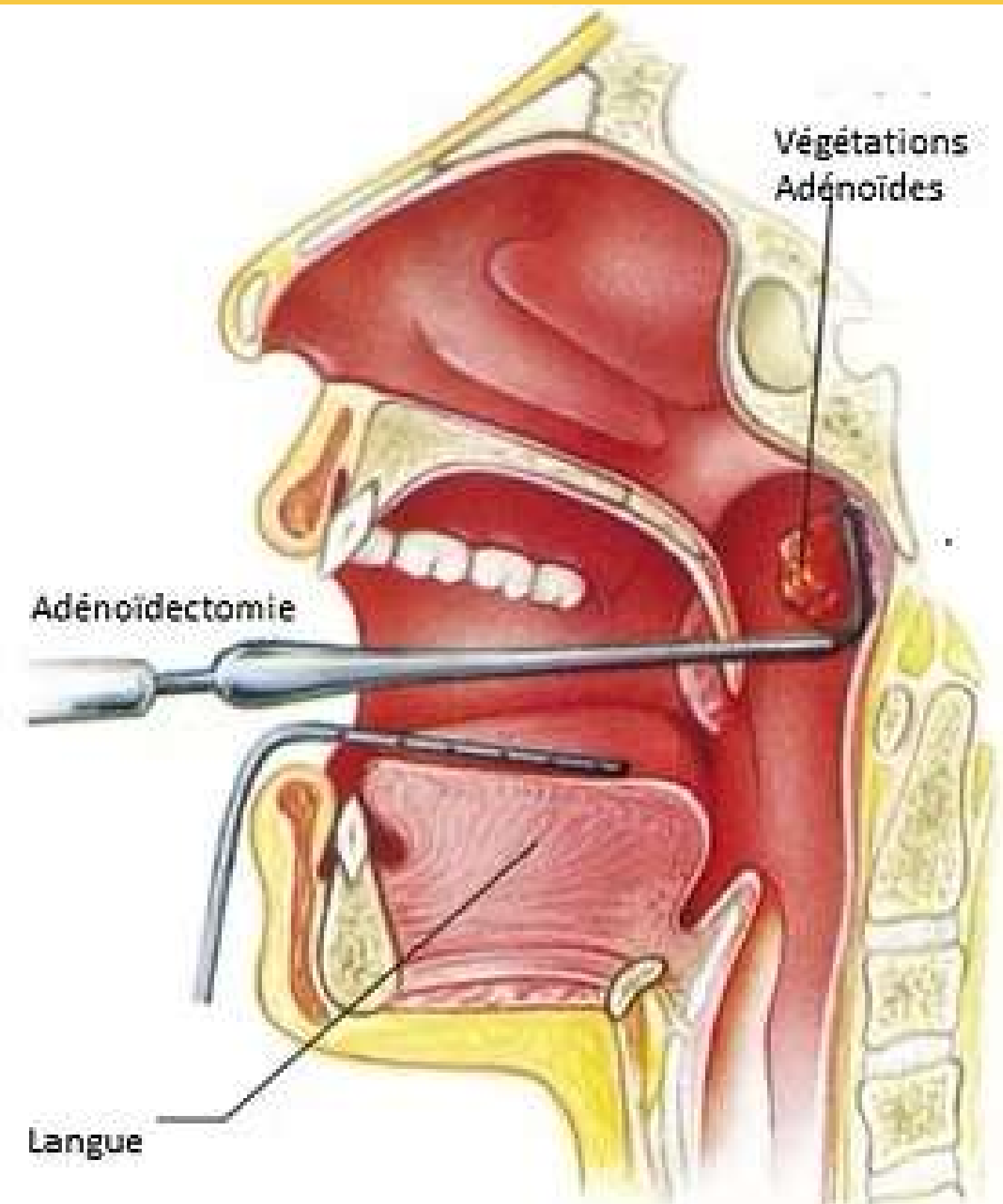
Traitement chirurgical : indications

- D'emblée si
 - Symptomatologie évocatrice
 - Score de Spryut Gozal > 2,75
 - Cause obstructive évidente
 - < 2 ans : adénoïdectomie seule
 - > 2 ans : adéno-amygdalectomie partielle
- Après Polygraphie sinon



Adénoïdectomie

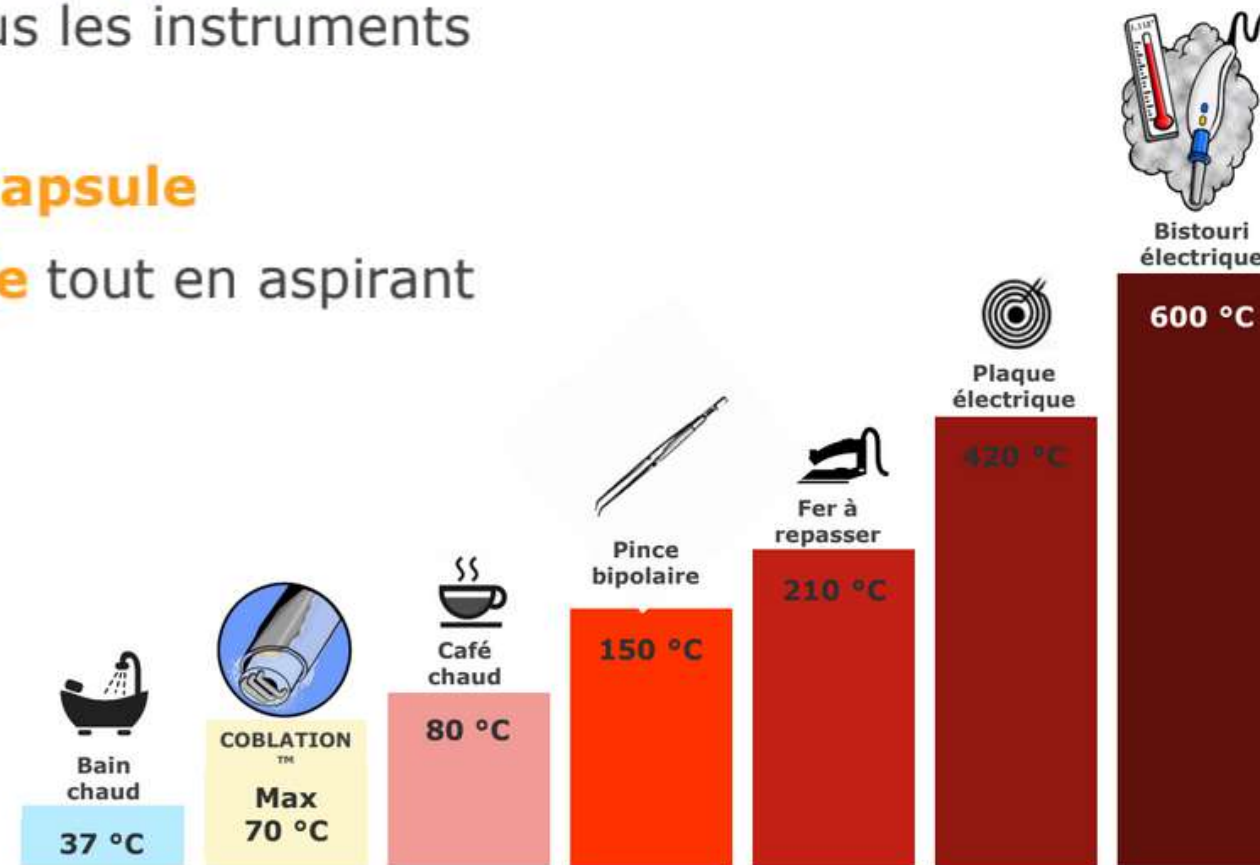
- En pratique
 - Rapide
 - Peu douloureux
 - Risques faibles : épistaxis
 - Repousse possible
 -
- Contre indication
 - Fente vélaire
 - Luvette bifide



Amygdalotomie partielle : coblation ***

Anatomie Péri-capsulaire

- Le diamètre des veines et des artères est deux fois plus gros à l'extérieur de la capsule
- Le flux sanguin est 16 x plus important
- L'amygdale est un tissu lymphoïde non innervé quand la muqueuse et les muscles du plan capsulaire sont très innervés
- Dissection et coagulation à **basse température** : plus faible taux de retour au bloc de tous les instruments chauds⁴
- Evidemment contrôlé **jusqu'à la capsule**
- Un seul outil **dissèque ET coagule** tout en aspirant



La coblation : une révolution ?

- Avantages
 - Moins de douleurs
 - Moins de saignements
 - Reprise alimentaire et scolaire plus précoce
 -
 -
- Inconvénients
 - Ne traite pas les angines à répétition
 - Taux de repousse encore mal connue



Results: Regrowth of the remaining tonsillar tissue was observed in 7 of 42 patients (16.6%). The upper respiratory tract obstruction symptoms recurred in 5 of these 7 patients while the remaining 2 patients were asymptomatic. The tonsils of symptomatic patients were removed completely.

	Percentage (n/N)
Primary haemorrhages	0
Secondary haemorrhages	0.4% (2/500)
Revision tonsillectomy	2.4% (12/500)
Readmitted for pain	0
Parents who would recommend surgery	99% (497/500)

Table. Frequency of events in case series of 500 patients treated with COBLATION IT

Importance du suivi

- Parents souvent satisfaits de la chirurgie
 - A court terme : disparition des ronflements et symptomatologie de SAHOS
 - A 1 an : possible repousse adéno-amygdalienne et récurrence symptomatique
 - Si pas d'amélioration : discuter enregistrement +/- ESSI
-
- Souvent persistance d'une respiration buccale : à corriger +++
 - Avis orthodontique
 - Rééducation oro-myofonctionnelle
 -
- Facteurs de risque de SAHOS résiduel
 - Age > 7 ans
 - SAHOS sévère (IAHO > 10/h)
 - Asthme sévère
 - Obésité

Questions

Prise en charge ORL



Prise en charge orthodontie

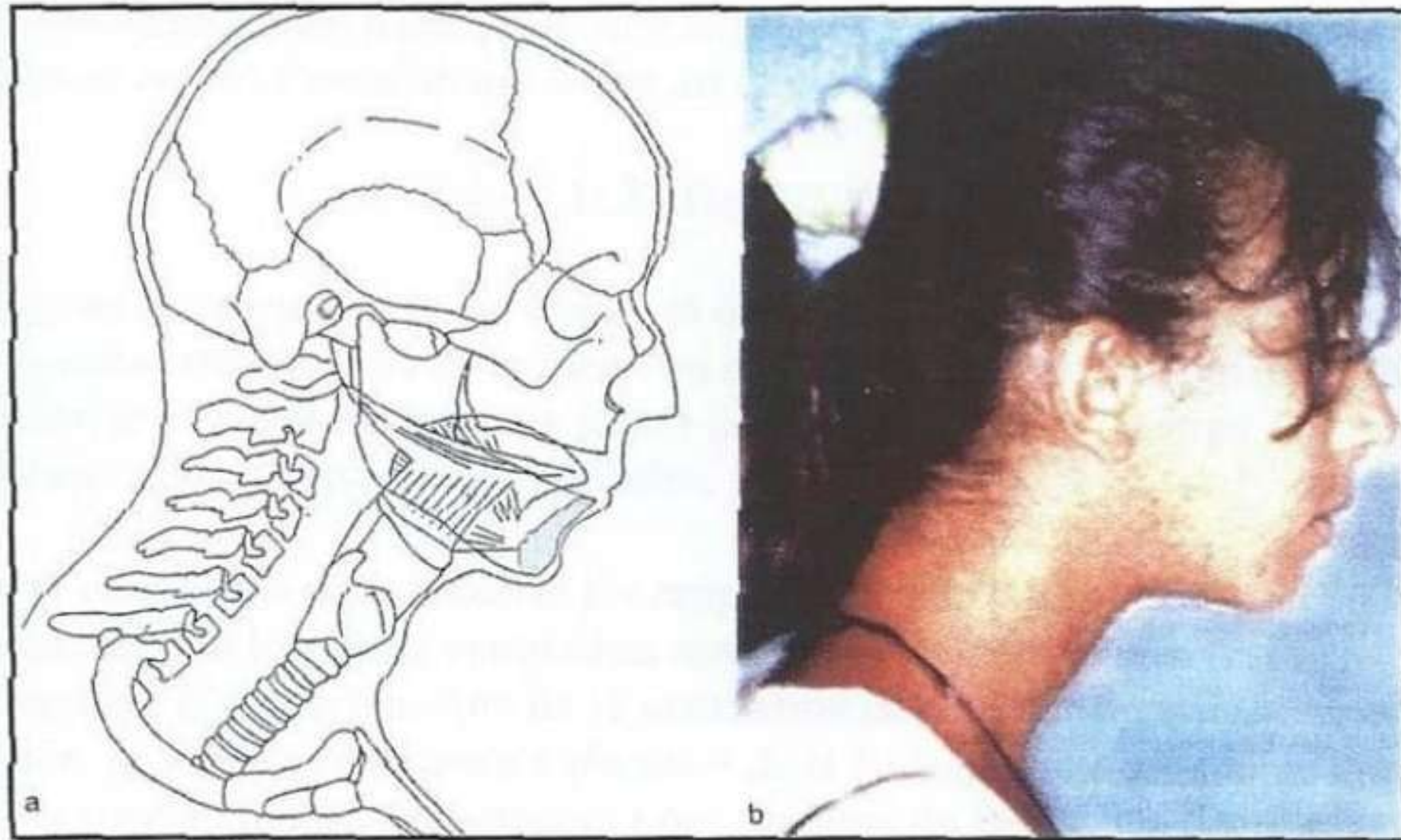


Ventiler par le nez, c'est le pied !

Dr Guillaume ANTON
Orthodontiste
OMF 12 mai 2022



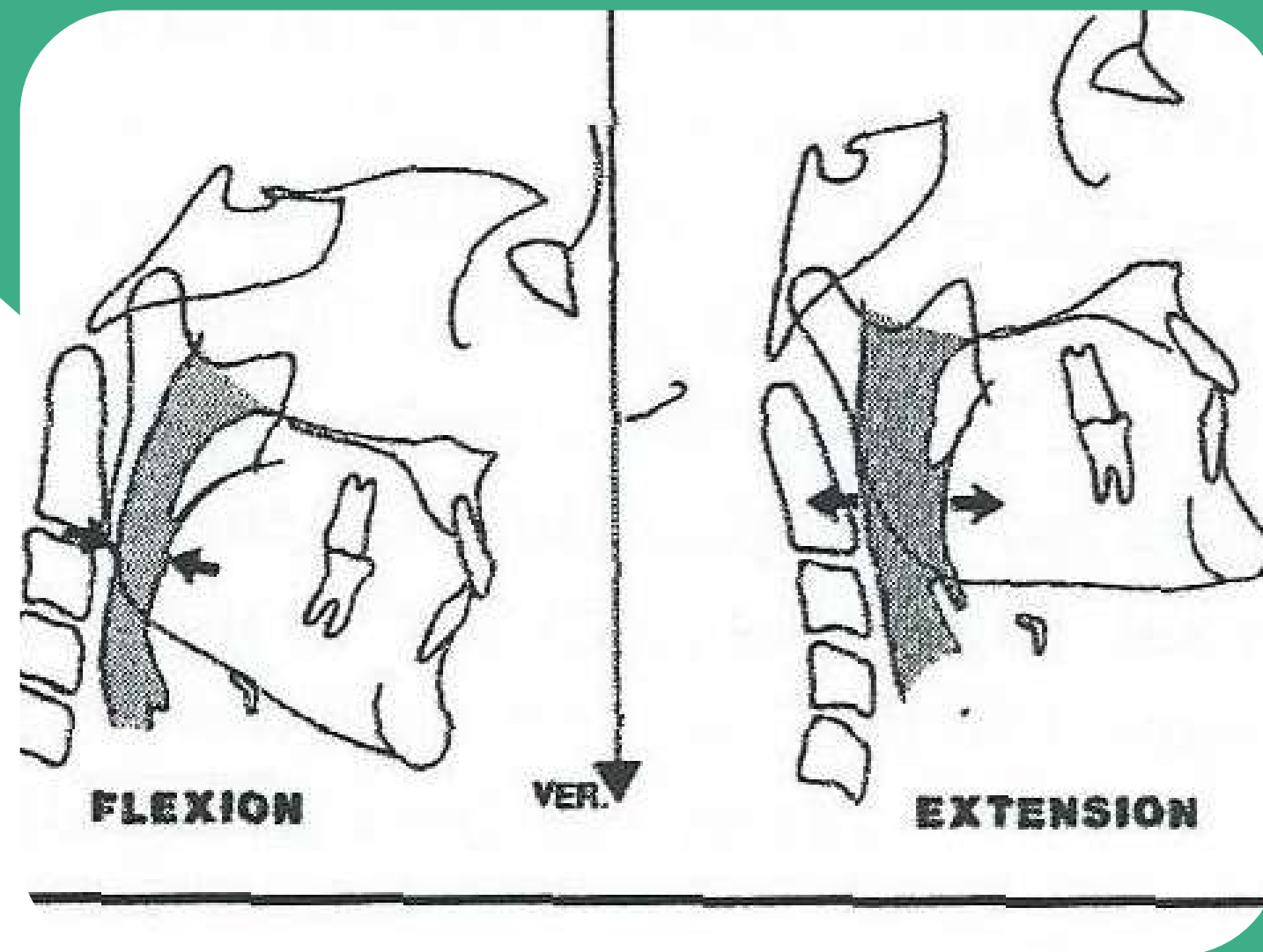
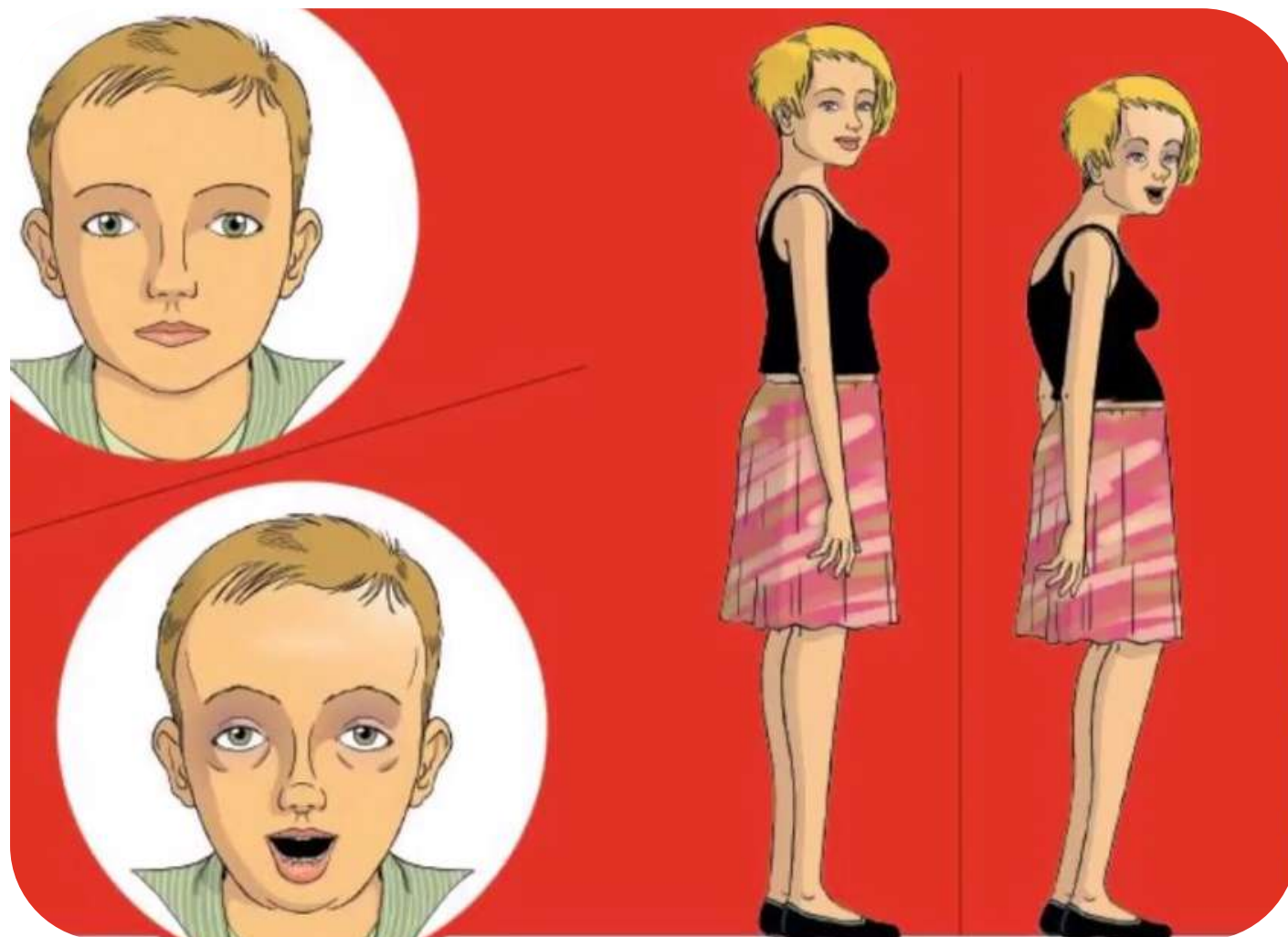


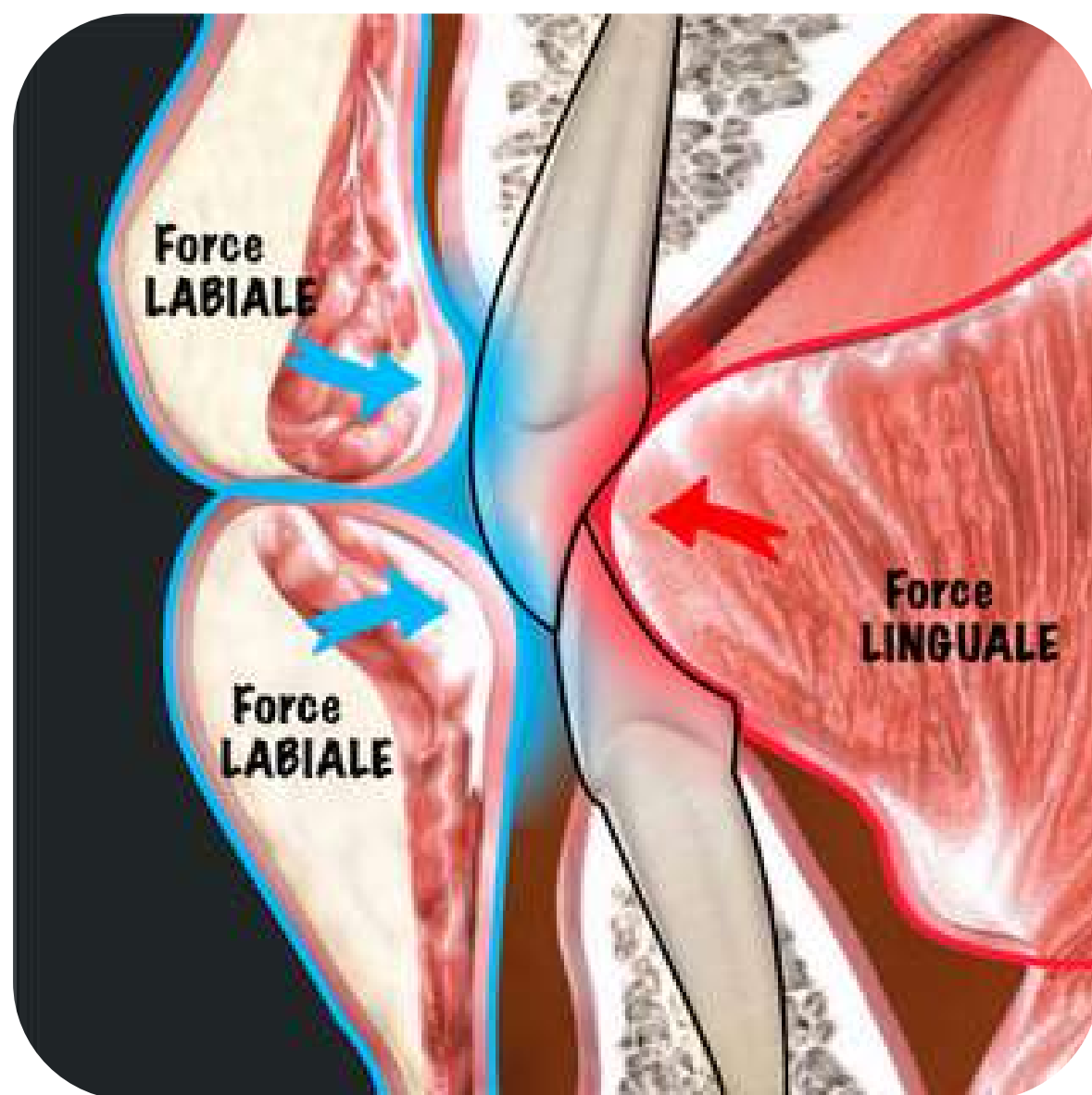


Hyper extension cranio-rachidienne et avancée de la tête lors de la ventilation buccale

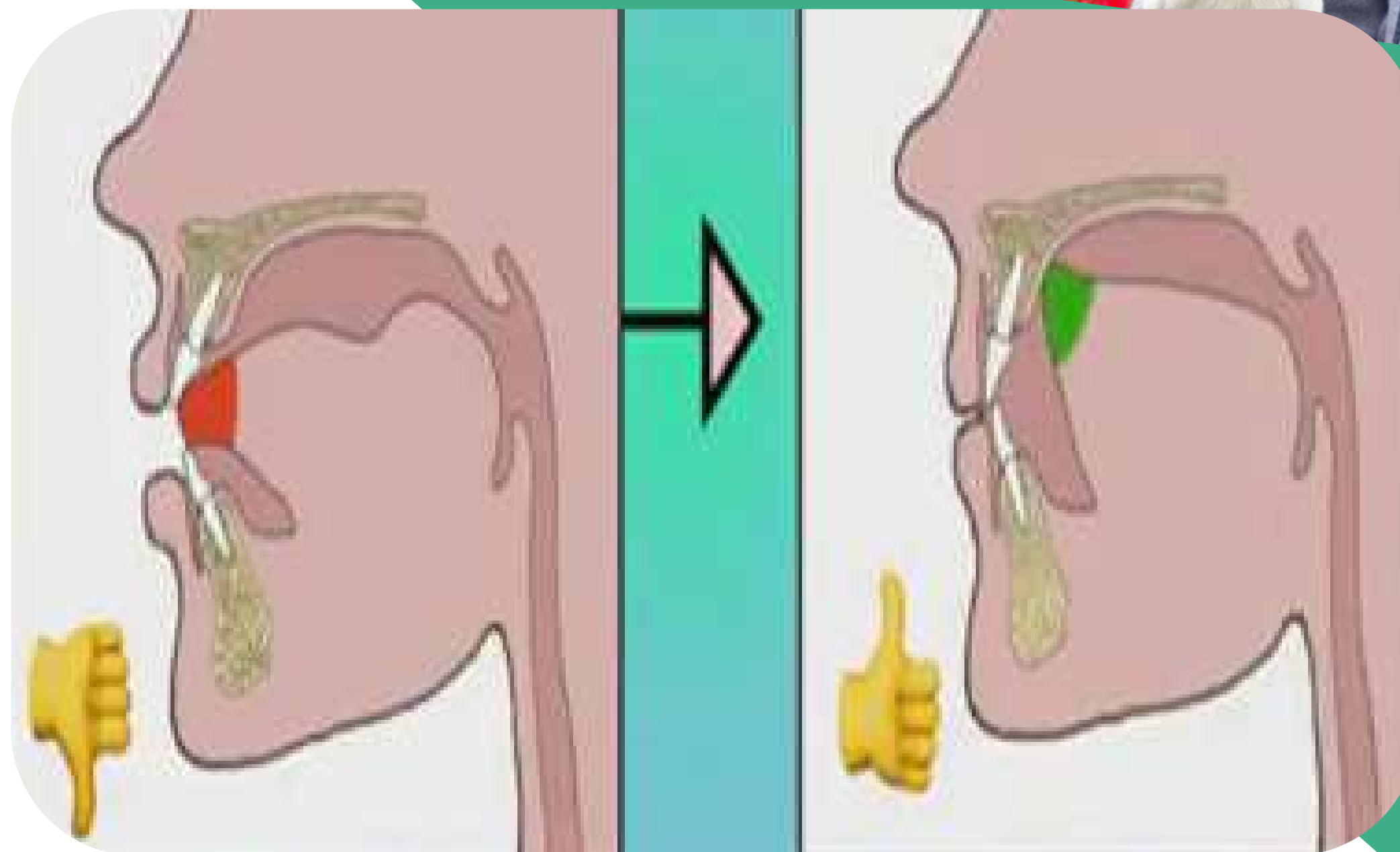
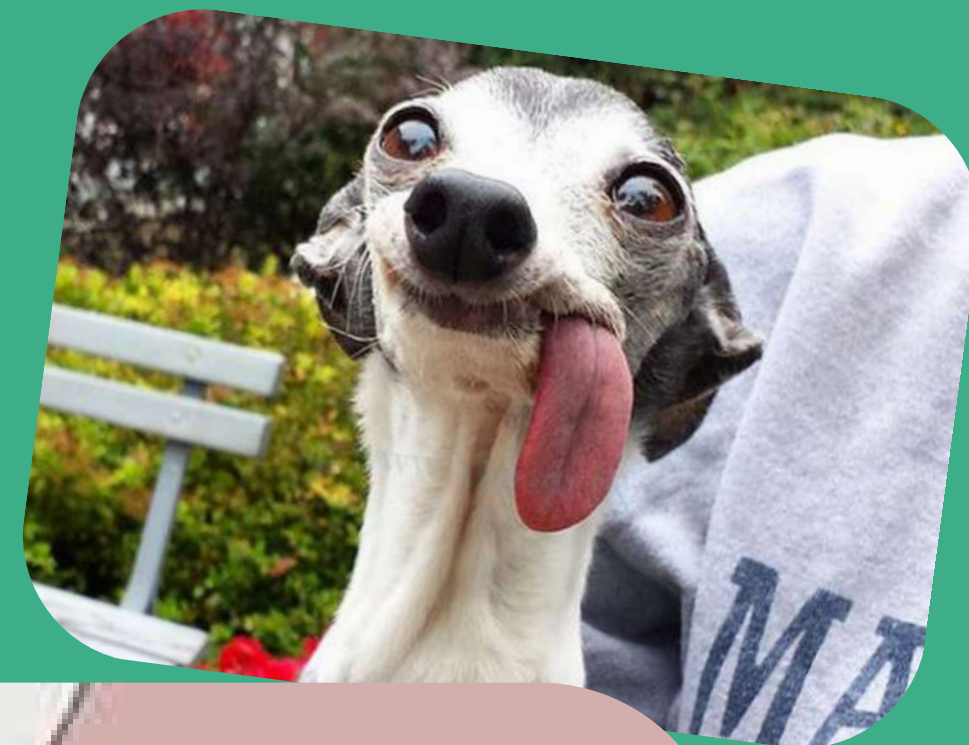
GOLA R. La rhinoplastie fonctionnelle et esthétique (2000)







Dr Bouhnik

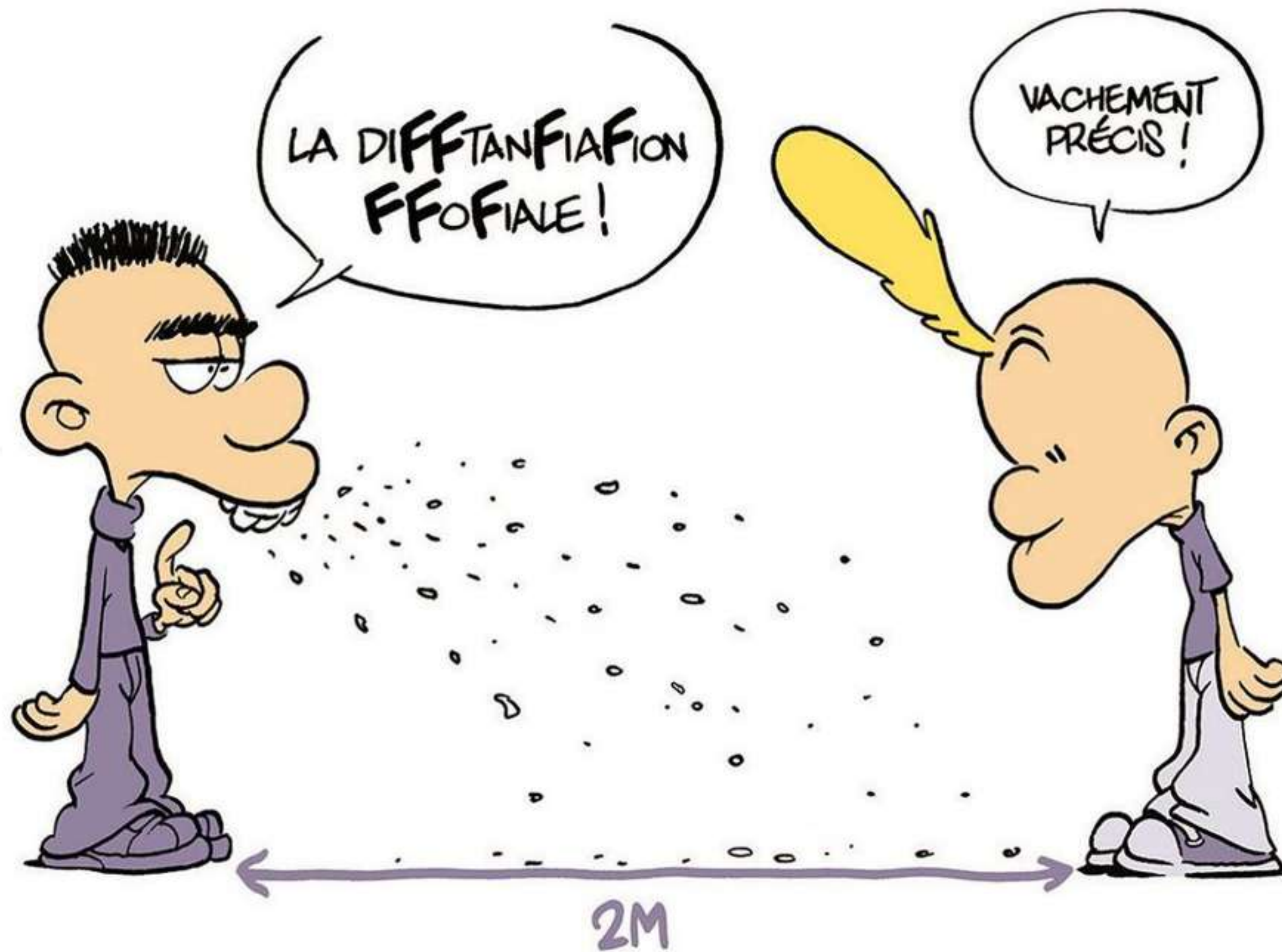


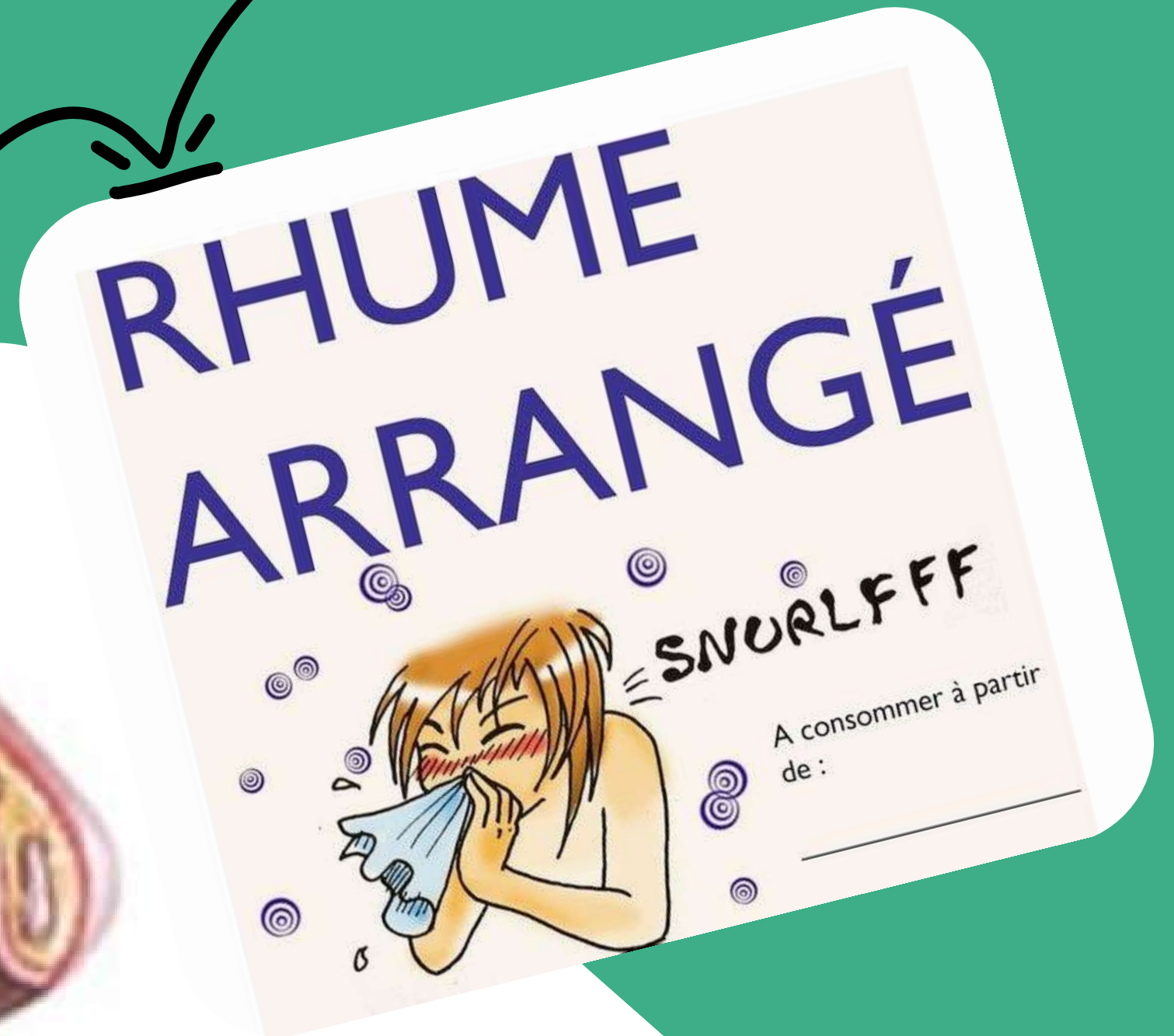
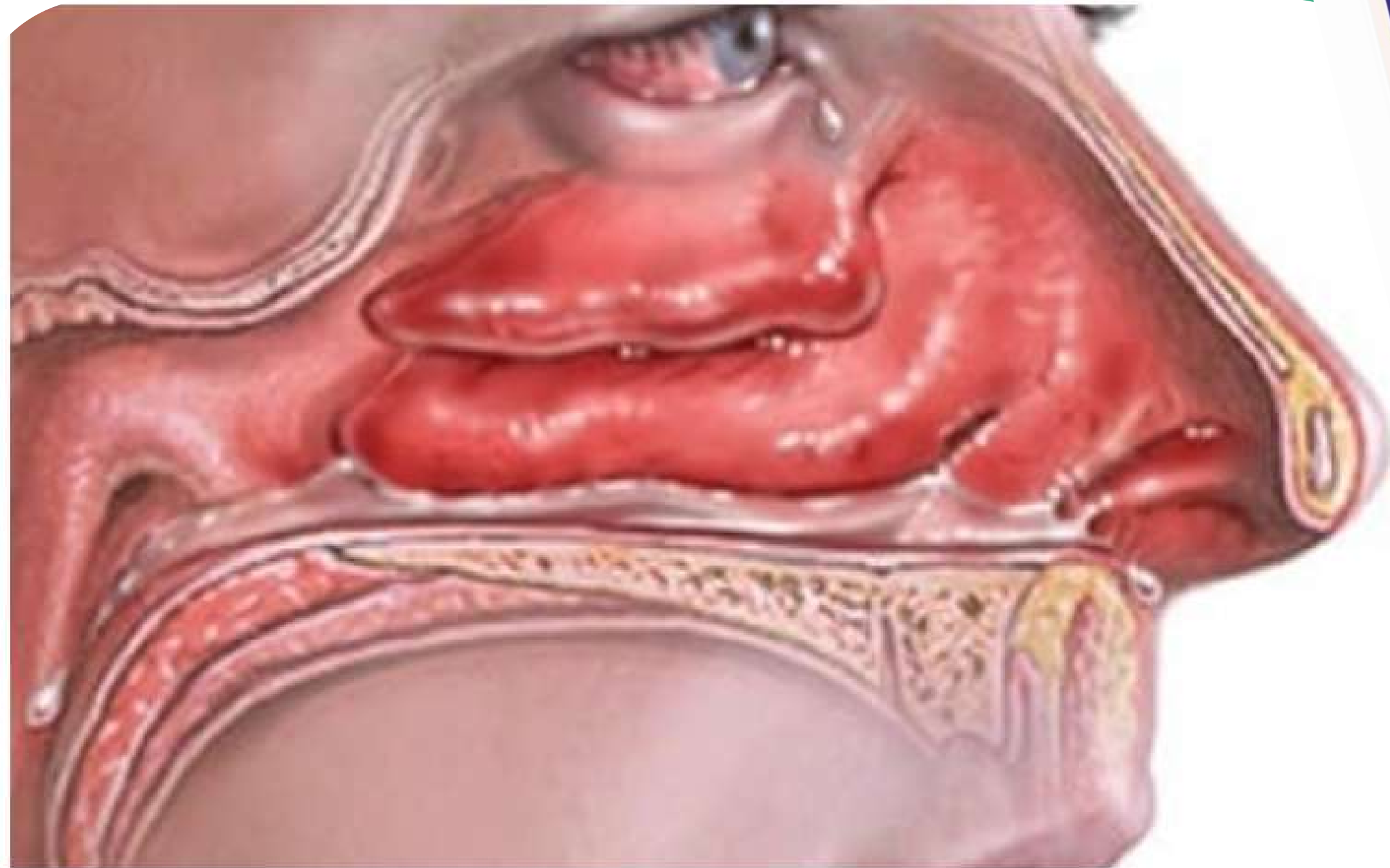
Le fait de mastiquer stimulerait le cerveau et lui apporterait de l'oxygène... Ben t'as plus qu'à mastiquer alors !



T'astiquer ? Non mais ! Et pis quoi encore ? Débrouille toi tout seul ! T'es pas manchot à ce que je sais, Léon !









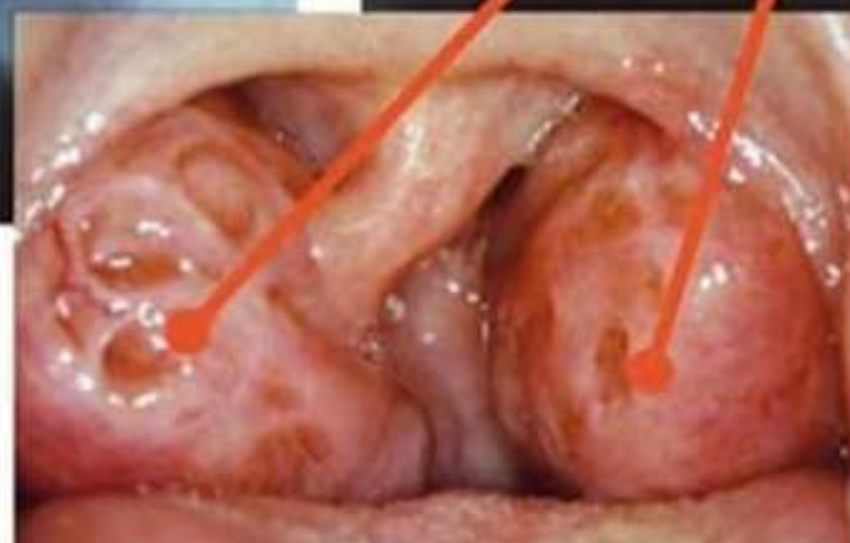
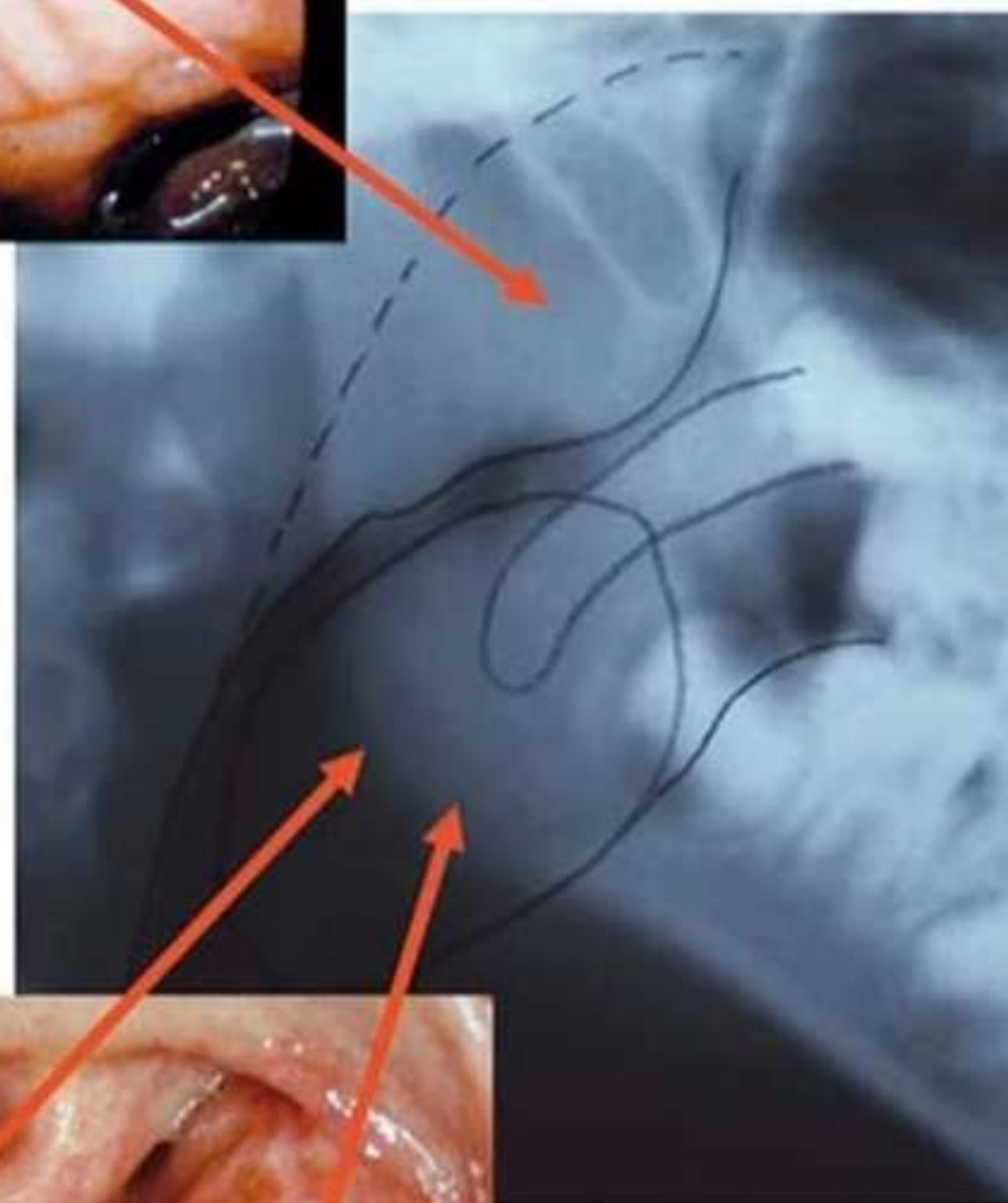


**Mais que fait
l'orthodontiste?**

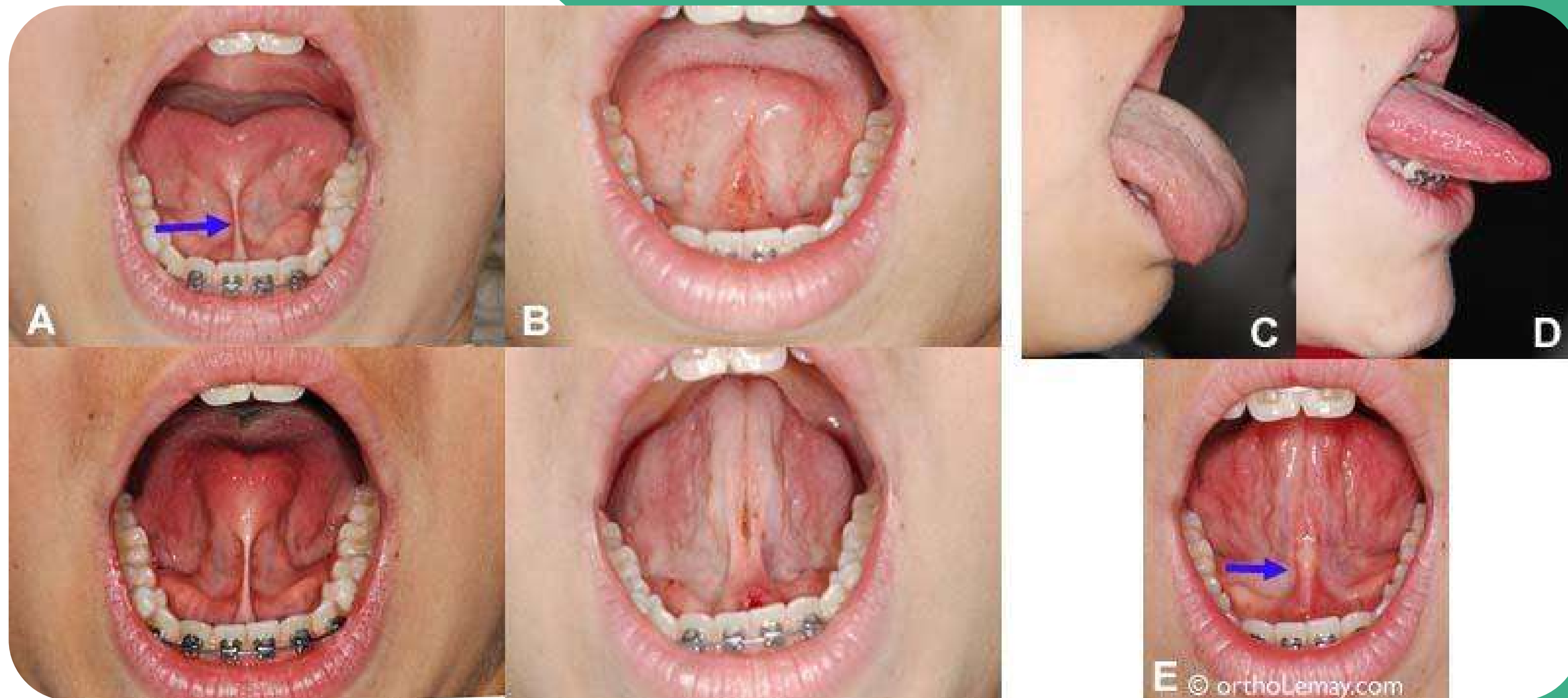




végétations
adénoïdes



amygdales



Bucco revue québécoise orthodontique



Photos du Dr Chamberland



Photos du Dr Loncle



Photos du Dr Loncle



BIELLES : photos du Dr Ursat



MERCI DE VOTRE

ATTENTION

Questions Prise en charge orthodontie



Prise en charge orthophoniste



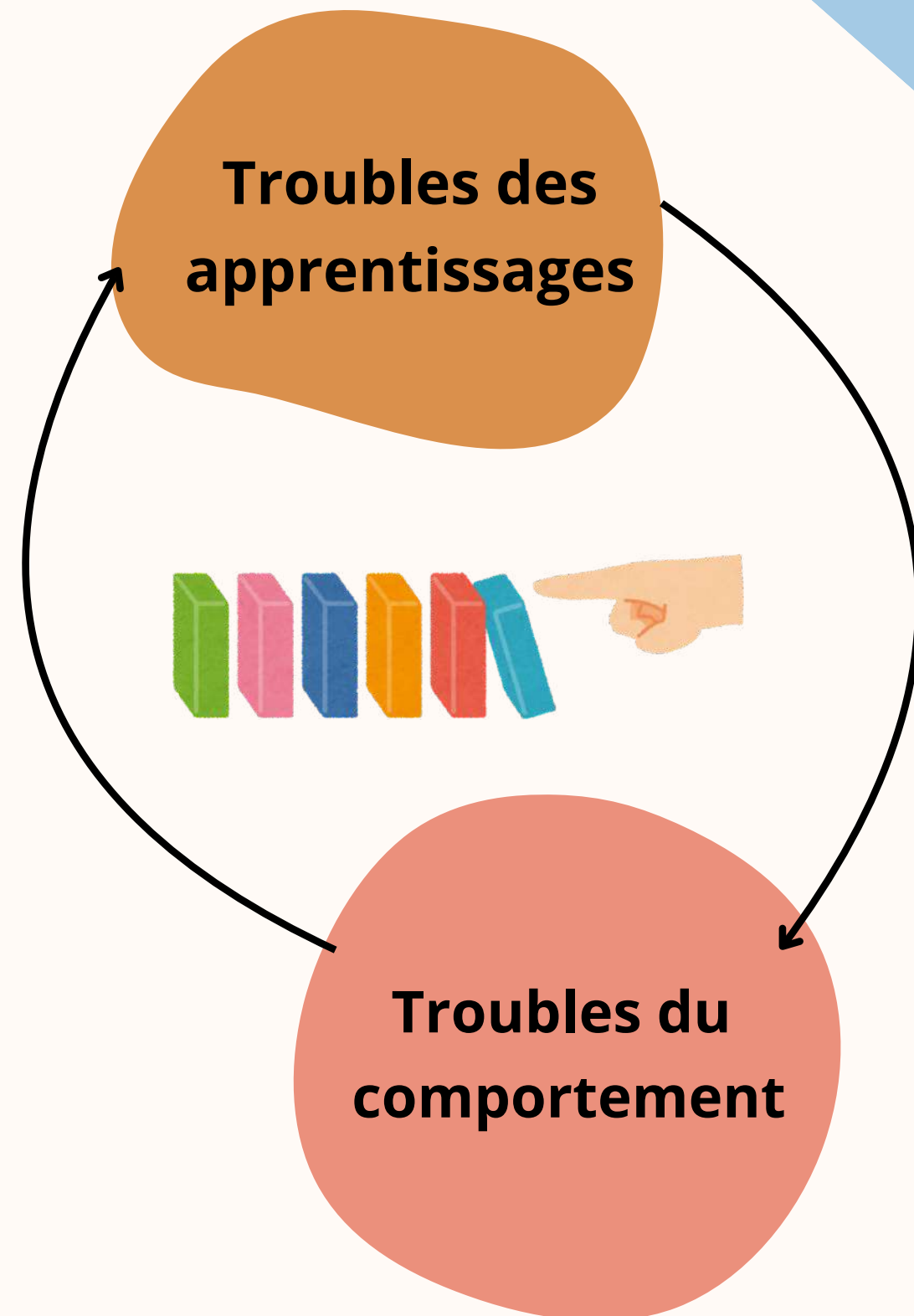
Camille Le Roux

**Orthophoniste
à Allaire**

La place de l'orthophonie

dans le traitement du SAHOS chez l'enfant ●

Conséquences d'un SAHOS ●



**Développement
maxillo-facial
perturbé**



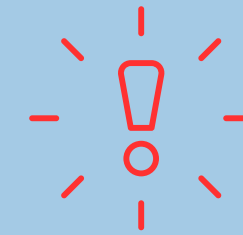
Prise en charge ● Rééducation Myofonctionnelle Orofaciale = thérapie Oro Myo Fonctionnelle



Avant

Pendant

Après



Ne pas attendre
Pas de minimum d'âge



Ventilation nasale
de jour comme de nuit



Position linguale
"haute" = au palais



Déglutition fonctionnelle
sans appui antérieur lingual

+ limiter
les récives



Rééducation active / passive

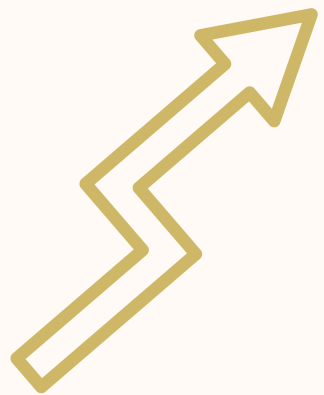
Résultats ● selon la métaanalyse de Guillemineault et al, 2020



de l'indice d'apnées/hypopnées (IAH) jusqu'à 90.76 % + le maintien de ces résultats (22 à 50 mois)

de la somnolence diurne

de l'intensité et de la fréquence des ronflements



de la qualité de vie et de la qualité du sommeil

de l'observance du traitement (appareillage)

Merci pour votre écoute !

Questions

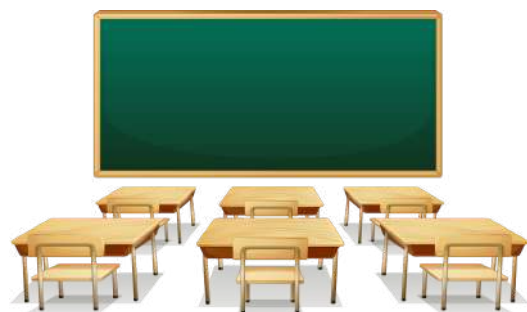
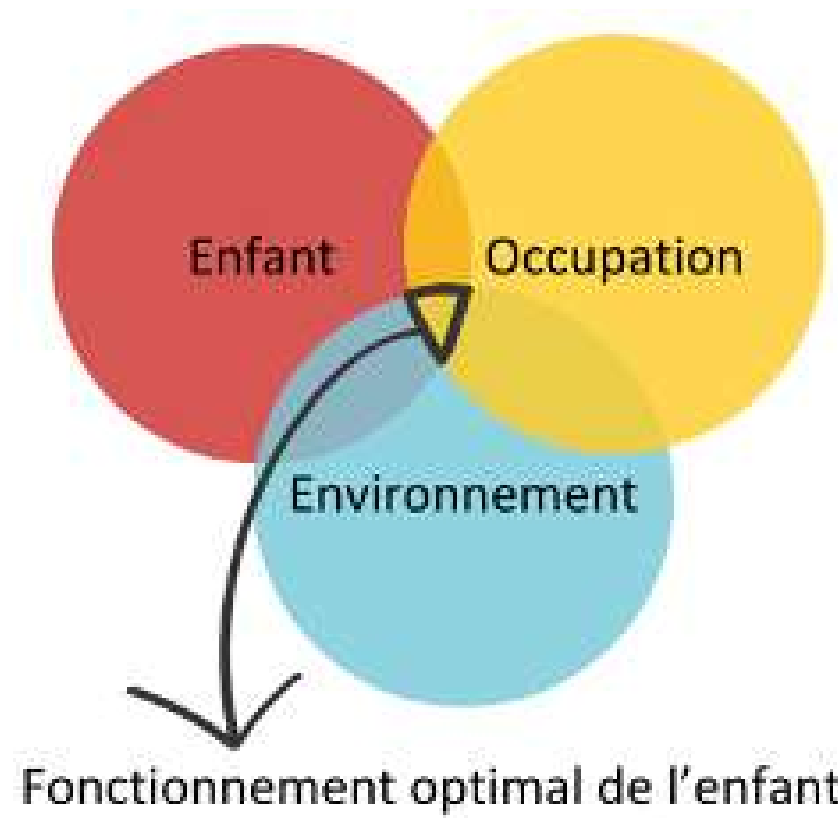
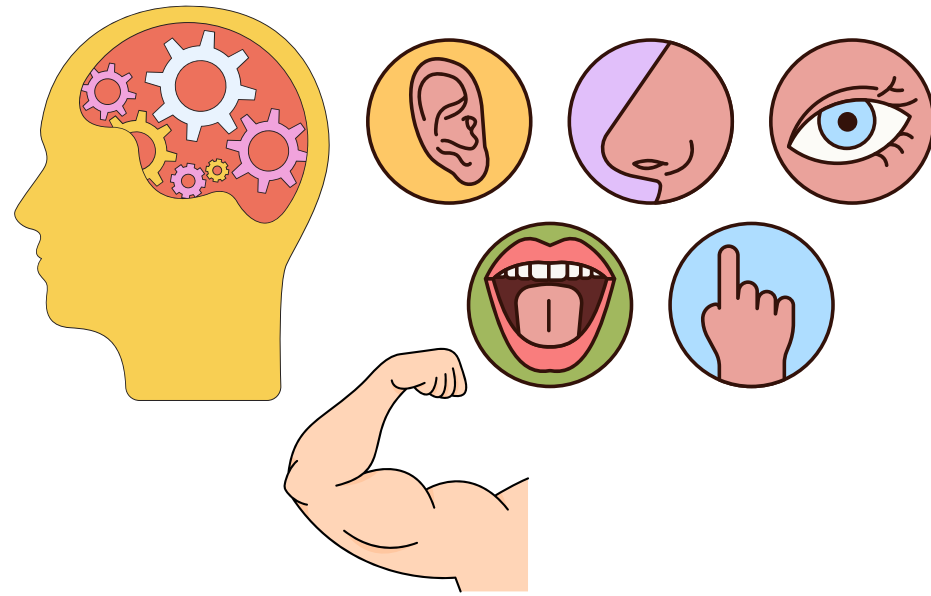
Prise en charge orthophoniste



Prise en charge ergothérapie



Qui connaît l'ergothérapie ?



L'impact au quotidien d'un sommeil de qualité

- Performance et engagement améliorés dans les activités productives à l'école, les loisirs, etc.
- Moins de comportements impulsifs, plus d'auto régulation émotionnelle et attentionnelle
- Réduction du stress familial, des conflits



Troubles du neurodéveloppement et sommeil :

- Les troubles du sommeil concernent 40 % à 80 % des enfants avec TND
- Prévalence élevée dans les profils TSA, TDAH



Exemple 1 : Yanis, 10 ans, TSA, verbal

Exemples d'intervention

Départ :

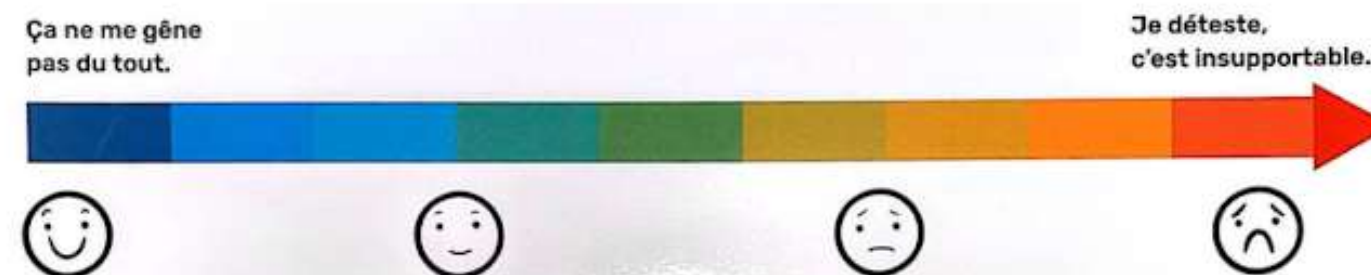
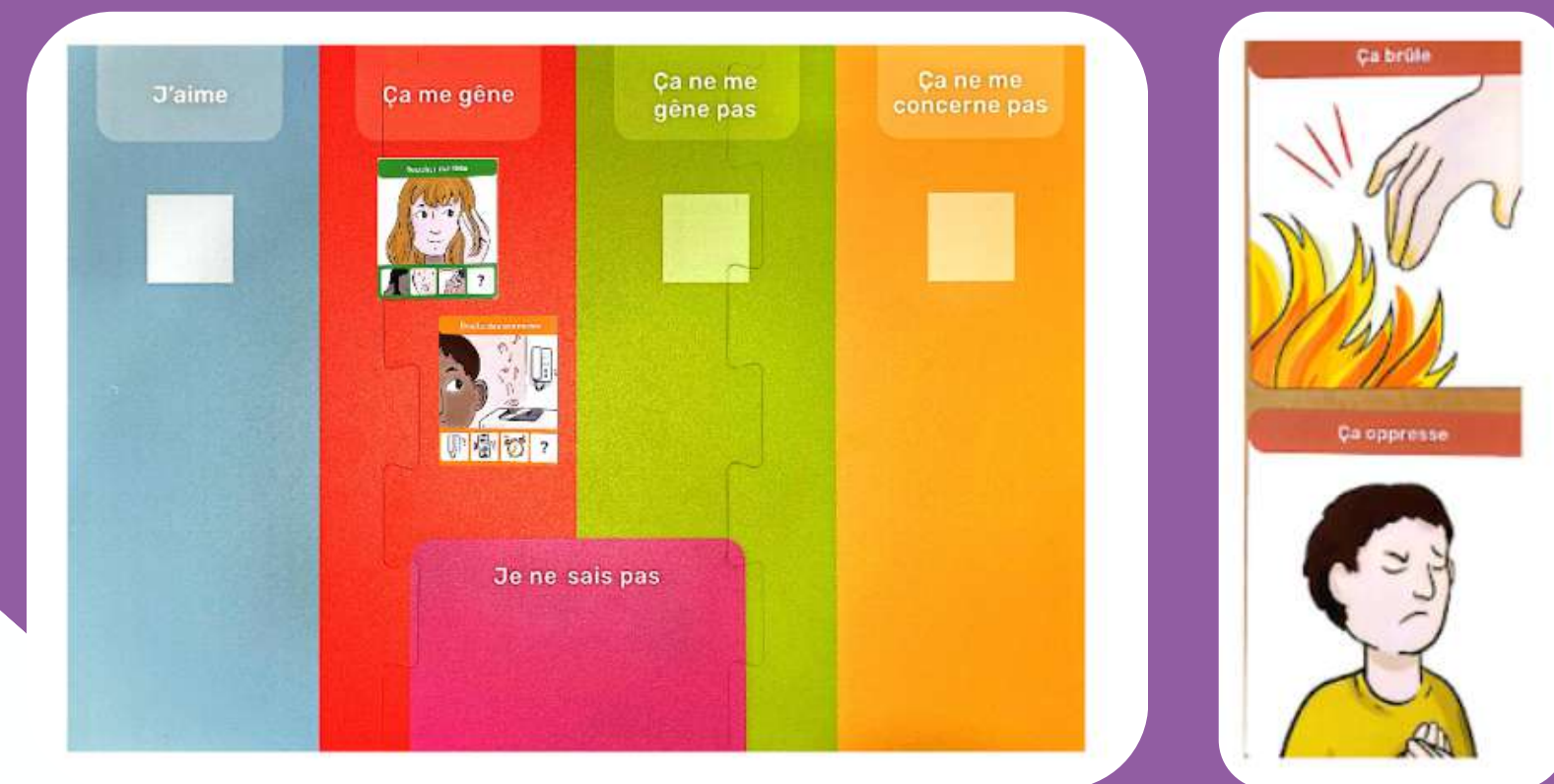
- Peur de l'examen avec polysomnographie.
- Anxiété massive, avec refus d'y aller.

Plan :

- Bilan sensoriel avec le test SenOTdir pour comprendre le jeune ayant d'importantes difficultés de communication : ce qui le gêne, l'intensité, décrire les sensations qu'il n'arrive pas à expliquer, etc.
- Familiarisation avec l'environnement et les appareils avant le test.
- Scénarios sociaux.
- Travail sur la tolérance sensorielle et les transitions/imprévus.

Evolution :

- A pu aller à son examen



Pour bien te préparer

Un bon sommeil c'est important !

Bien dormir est très important pour être en bonne santé, grandir, apprendre et être en forme toute la journée. Mais il y a des enfants qui dorment mal la nuit : alors, ils peuvent se sentir tout le temps fatigués, énervés, avoir mal à la tête, avoir du mal à rester concentrés et à apprendre leurs leçons... Et même, parfois cela les empêche de bien grandir.



Faire un examen du sommeil permet de savoir ce qui se passe dans ton corps quand tu dors et de trouver une solution pour t'aider à avoir un bon sommeil.

Pour faire l'examen, tu vas venir dormir une nuit entière à l'hôpital. Les adultes t'expliquent comment cela va se passer :



Est-ce que mes parents peuvent venir avec moi à l'hôpital ?

Oui, un de tes parents (ou la personne qui t'accompagne) va rester avec toi pendant toute la durée de l'examen et dormir dans ta chambre. Tu peux emporter ton doudou, si tu en as un, ou un objet qui t'aide à t'endormir et te rassure (ta veilleuse, un oreiller, une couverture...).

Le jour de l'examen, à l'hôpital

Une équipe s'occupe de toi

Un médecin spécialiste.

Je t'examine, j'analyse les informations et je donne les résultats de l'examen.



Une infirmière ou un infirmier.

Je t'accueille et je veille sur toi pendant tout l'examen, même la nuit !



Des techniciennes ou des techniciens du sommeil.

Nous posons tous les capteurs et nous pouvons t'expliquer à quoi ils servent.



- On t'accueille dans la chambre et on t'aide à t'installer. On te met un bracelet où est écrit ton nom et ta date de naissance.



- Ensuite, on prend ta température, on te mesure et on te pèse.

- Le médecin vient t'examiner. Il pose des questions sur ta santé et ton sommeil. Il écoute ta respiration et regarde aussi dans ta gorge avec une petite lampe.



Exemples d'intervention

Exemple 2 : Lina, 6 ans, TDAH + TSA verbal

Départ :

- Difficultés à se détacher des écrans (intérêt restreint et répétitif), agitation au coucher.
- Coucher conflictuel, pleurs et colères intenses.

Plan :

- Utiliser des supports visuels pour sécuriser la routine et donner un cadre + minuteur/sablier pour la structuration temporelle.
- Rituel calme avec le parent (lecture, respiration, etc.).
- Favoriser l'autorégulation avec des stratégies sensorielles (pression profonde, etc.).

Evolution :

- Endormissement plus rapide (passage de 1 heure à 30 minutes) et plus apaisé pour Lina (et sa mère).



Exemples d'intervention

- Peur du noir, besoin de lumière constante.
- Avec une sursollicitation du parent (plainte parentale importante).
- Déjà beaucoup de stratégies mises en place par la famille.
- Intérêt restreint au sujet de l'espace et des étoiles.

- Préparer l'environnement pour réduire l'anxiété (bruit, lumière). Réduire les stimulations sensorielles sources d'agitation dans un premier temps puis désensibilisation progressive avec veilleuse et cocon sensoriel.
- Mise en place des défis pour réduire le nombre de sollicitations et système de récompense

- Nombre de sollicitations à l'endormissement réduits et nombre de réveils nocturnes réduits.



Questions

Prise en charge ergothérapie



Ludivine Bréteau

**Ergothérapeute
à Guipry-Messac**

Annuaire / répertoire des ressources



Disponible sur Plexus Santé !

Les ressources

Livret





Communauté
Professionnelle
Territoriale de
Santé du Pays
de Redon



contact@cptspaysderedon.fr



www.cptspaysderedon.fr



02 99 71 23 85

**Merci de votre attention, de
votre participation et de votre
engagement, à bientôt !**

La CPTS est un outil à la disposition de tous les professionnels de santé du territoire, nous sommes là pour mettre en œuvre un projet de santé qu'ils ont construit pour répondre aux besoins de la population en cohérence avec leurs pratiques.

**N'hésitez pas à nous soumettre vos idées et envies
pour le territoire !**

