

En partenariat avec



# Réunion soins oncologiques de support **Cancer et travail - Cas clinique 1**

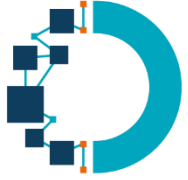
Mardi 18 juin 2024

---

**Espace Beaulieu - Bordeaux**

---

**Dr Alexandre LEROY, médecin SOS – CHCB**  
**M. Jacques TAILLARD, ingénieur de recherche – Université de Bordeaux**  
**Pr Jean-Arthur MICOULAUD FRANCHI, psychiatre et médecin du sommeil – CHU Bordeaux**  
**Mme Vanessa BREANT, assistante sociale, Institut Bergonié**



## Liens d'intérêts

- Absence



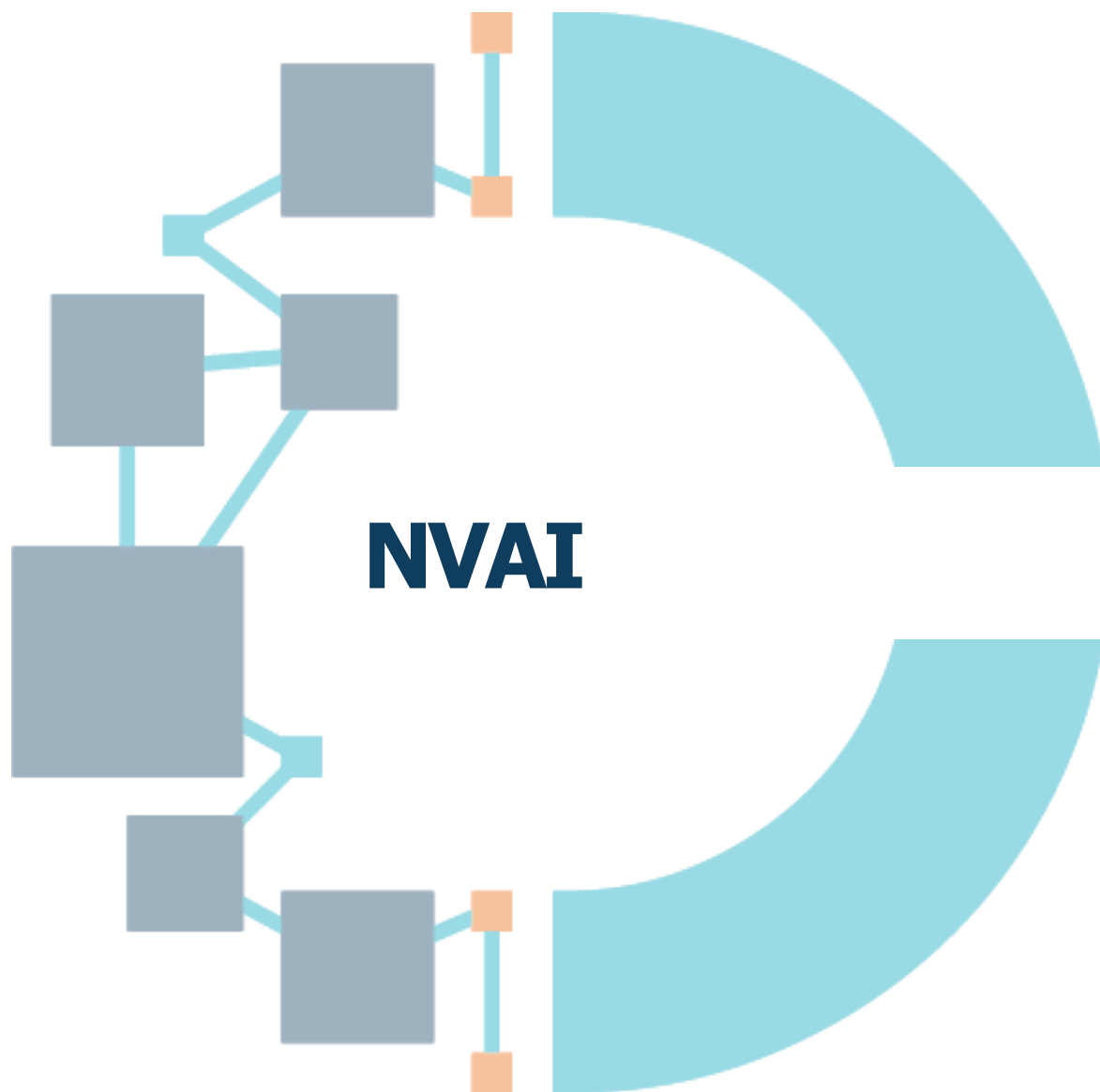
- M. H. 46 ans
- Célibataire, sans enfants, habite dans les Landes
- Travaille comme employé dans une banque, salarié



- Découverte en mars 2023 suite à des douleurs abdominales fébriles d'un épaissement d'allure tumoral du colon transverse de 9mm, infiltration micronodulaire de la graisse et quelques ganglions satellites associés
- Coloscopie confirmant une lésion ulcéro-bourgeonnante avec à la biopsie adénocarcinome lieberkhunien
- RCP : chimiothérapie néoadjuvante par FOLFIRINOX-CETUXIMAB puis projet de colectomie droite étendue au transverse et chimiothérapie adjuvante par FOLFOX



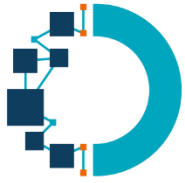
- Patient ayant consulté aux urgences puis hospitalisé
- 1<sup>ère</sup> intercure marquée par nausées et vomissements retardés malgré Aprepitant 125mg J1 et 80 mg J2-J3, Ondansetron 8mgx2, prednisolone 60mg J1 J2 J3 et Metoclopramide 10mgx3. NVCI grade 3 avec perte de 5kgs



**Dr Alexandre LEROY**

---

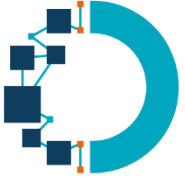
---



# Référentiel de 2017 en cours de relecture pour mise à jour

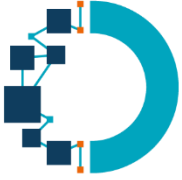
## Éléments à prendre en compte

- Niveau émettant du traitement
- Facteurs de risque
- = prophylaxie primaire
- Puis PRO avec cotation en fonction du grade
- Et prophylaxie secondaire si insuffisant
- Médicamenteux et non médicamenteux (acupuncture)



- Quel niveau émettant pour M. H.?





- Que des molécules moyennement émétisantes (5FU, irinotecna, oxaliplatine, cetuximab)
- Moyennement émétisant=30-90% de risque émétisant donc fourchette large



# Définir la prophylaxie primaire

1. Définir le niveau émettant des molécules



2. Définir le niveau émettant du protocole



3. Prophylaxie en fonction  
du niveau émettant du protocole



4. Adaptation en fonction des  
facteurs de risque du patient





# Facteurs de risque de NVCI

Risque émétogène  
de la chimiothérapie

NVCI

## Facteurs de risque individuels

- Age < 55-60 ans
- Sexe féminin
- Antécédent :
  - Nausées matinales
  - Nausées gravidiques
  - Mal des transports
- Nausées anticipées
- Sommeil < 7 heure la veille de la chimio
- Sujet anxieux
- Sujet qui pense être à haut risque de NVCI
- Antécédent de NVCI lors de précédents cycles de chimiothérapie

## Facteurs protecteurs individuels

- Intoxication alcoolique





## 4. Adaptation de la prophylaxie

### Prophylaxie primaire « surclassée »

- HEC - non AC : prophylaxie HEC + autre
- HEC – AC : prophylaxie HEC + corticoïdes
- MEC : prophylaxie HEC
- LEC : prophylaxie MEC
- VLEC : prophylaxie LEC

*HEC : protocole Hautement émetisante*

*MEC : protocole Modérément émetisante*

*LEC : protocole faiblement émetisante*

*VLEC : protocole très faiblement émetisante*



# Classification des NVCI

	Nausées	Vomissements
Grade 1	Perte d'appétit	1 épisode de vomissement / 24h
Grade 2	Baisse des apports alimentaires Sans perte de poids Sans déshydratation Sans dénutrition	2 à 5 épisodes de vomissements / 24h
Grade 3	Apports insuffisants (calorique et/ou hydrique) Nutrition par sonde, parentérale et/ou hospitalisation requise	≥ 6 épisodes de vomissements / 24h
Grade 4	-	Risque vital
Grade 5	-	Décès

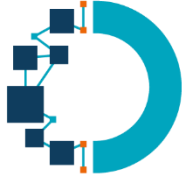
D'après le NCI-CTAE v 4.03  
(National Cancer Institute-Common Terminology Criteria for Adverse Events)



### 3. Prophylaxie primaire des NCVI aigus et retardées Plusieurs options (sans ordre de préférence)

## Chimio Hautement Émétique (HEC)

	Jour 1	Jours 2,3,4
	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Aprepitant 125 mg</li><li>✓ Sétron (au choix annexe 1)</li><li>✓ Corticoïde</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Aprepitant 80 mg (J2-J3)</li><li>✓ Corticoïde</li></ul>
<b>OU</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Rolapitant 180 mg</li><li>✓ Sétron (au choix annexe 1)</li><li>✓ Corticoïde</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Corticoïde</li></ul>
<b>OU</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Nepa* (Netupitant 300 palonosetron 0,5)</li><li>✓ Corticoïde</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Corticoïde</li></ul>



## 3. Prophylaxie primaire des NVAI aiguës et retardées

Plusieurs options (sans ordre de préférence)

### Protocole Hautement Émétisant (HEC)

Protocole	Jour 1	Jours 2,3,4
✓ HEC Non AC	✓ Aprepitant 125 mg ✓ Sétron (au choix annexe 1) ✓ Corticoïde ✓ Olanzapine	✓ Aprepitant 80 mg (J2-J3) ✓ Corticoïde ✓ Olanzapine
	OU	
	✓ Nepa* ✓ Corticoïde ✓ Olanzapine	✓ Corticoïde ✓ Olanzapine
✓ HEC AC	✓ Aprepitant 125 mg ✓ Sétron (au choix annexe 1) ✓ Corticoïde	✓ Aprepitant 80 mg (J2-J3) ✓ Olanzapine
	OU	
	✓ Olanzapine ✓ Nepa* ✓ Corticoïde ✓ Olanzapine	✓ Olanzapine

Adaptation selon FDR individuels dès 1<sup>er</sup> cycle (renforcement corticoïdes)

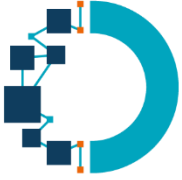


## Psychotropes

- **Benzodiazépines (BZD)**
  - Préférer les BZD à demi-vie courte (ex : alprazolam)
  
- **Autre neuroleptique**
  - Olanzapine : 1 cp de 5 mg ou 10 mg par jour pendant 5 jours

Remarque : Non infériorité entre 5 et 10 mg pour l'olanzapine. Evaluer la tolérance des patients et proposer une prise vespérale en cas d'effet indésirable sédatif

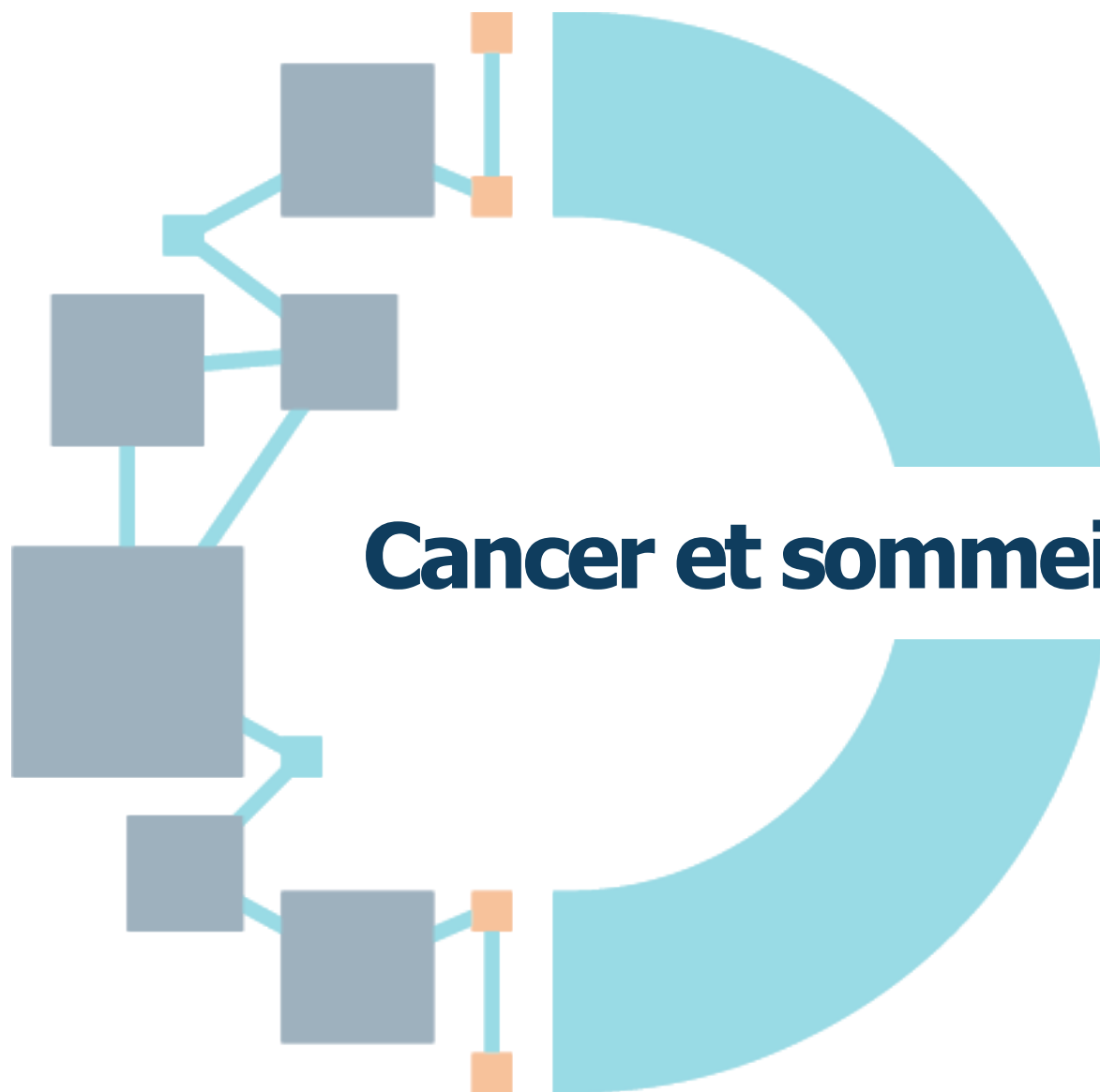




- Au final MEC mais facteur de risque, rajout Olanzapine 5 mg avec passage à un grade 0



- Signale difficultés à s'endormir et réveils itératifs. Avait un traitement par SERESTA 10 mg à la demande changé pour l'alprazolam 0,25mg à la demande



**M. Jacques TAILLARD**

**Pr Jean-Arthur MICOULAUD FRANCHI**



# Référentiels en Soins Oncologiques de Support



## Sommeil et cancer chez l'adulte



## Contributeurs

### Sommeil et cancer chez l'adulte

#### Coordination :

- Jacques Taillard, Chercheur CNRS, neurobiologiste, Bordeaux ;
- Claude Gronfier, Chercheur INSERM, neurobiologiste, président de la Société Francophone de Chronobiologie, Lyon ;
- Ivan Krakowski, oncologue médical, Bordeaux ;
- Carine Quinot, Directrice de CaSioPée, Bordeaux ;

#### Membres du groupe de travail

- Régis Lopez, Médecin du sommeil, Montpellier ;
- Joy Perrier, Chercheuse (sommeil, neuroimagerie et cancer), Caen ;
- Josée Savard, Professeure en psychologie (psycho-oncologie), Québec ;
- Jean Arthur Micoulaud-Franchi, PUPH, Psychiatre et médecin du sommeil, Bordeaux ;
- Lea Boileau, Psychologue clinicienne, Bordeaux ;
- Laura de Girolamo, Neuropsychologue, Caen ;
- Damien Léger, PUPH, médecin du travail et du sommeil, ancien président de la SFRMS, Paris ;
- Alain Vergnenegre, PUPH, Oncologue et Pneumologue, Limoges ;
- Pasquale Innominato, MCUPH, Oncologue médical (chronomédecine et chronothérapie), Bangor et Warwick (GB).

#### Relecteurs Experts

- Christelle Charley Monaca (médecin du sommeil, ancienne présidente de la SFRMS, Lille), Francis Lévi (oncologue et chronobiologiste, Paris), Marie-Françoise Vecchierrini (médecin du sommeil, ancienne présidente de la SFRMS, Paris)

## Contributeurs

### Relecture Nationale :

- Bidon Sylvie, Médecin, Rouen,
- Delanghe Mireille, Psychologue Clinicienne, Toulouse
- Drozd Chloé, Doctorante STAPS, Université de Franche-Comté, Besançon
- Jedryka François, Praticien hospitalier, Nîmes
- Moreau Frédérique, Responsable Pôle Qualité DSRC ONCORIF, Paris
- Mouawad François, Praticien hospitalier (ORL et CCF), Lille
- Quemard Valérie, IPA en Hématologie, Le Kremlin Bicêtre
- Rolland Lydie, Psychologue Clinicienne, Argonay
- Thorignac Marion, Psychologue clinicienne, Mont de Marsan
- Truong Tan Trung Henri, Médecin acupuncteur, Tarbes
- Zamith Marion, Psychologue Cliniciennes, Toulouse

## Contributeurs

### Approbateurs ateliers du 11/10/23:

- Olivier LE FLOCH, Médecin ; Lucette FABISCH, Cadre de service ; Darine MERAZKA, Médecin ; Moïse AKON , Infirmier en oncologie et soins palliatifs ; Celine LACAVE, Infirmière ; Charlotte RALEC, Enseignant en activités physiques et sportives ; Cathy VERGÉ, Orthophoniste ; Anne GAUCI, Cadre de santé Equipe mobile soins palliatifs ; Lesley MARQUIS, Coordinatrice Espace Ressources Cancers Arrageois ; Celine BUVAT, Infirmière ; Sandy RICHARD, Masseur-kinésithérapeute ; Violaine MOUSSERON, Infirmière libérale ; Corinne DELCAMBRE LAIR, Médecin ; Laetitia JOLY, Médecin ; Christelle DENIZOT, Infirmière ; Pierre PERROCHE, Infirmier ; Emilie BEY, Cheffe de projets ; Henri TRUONG TAN TRUNG, Médecin ; Manon DENNERY, Socio-Esthéticienne et Infirmière ; Sylvie BIDON, Médecin ; Isabelle ROCHETTE, Cadre de santé ; Maud LE GUILLOU, Responsable laboratoire études cliniques ; Sandrine LE VERGE, Diététicienne ; Dorothee PILASTE, Diététicienne ; Sophie PRIMOT, Diététicienne nutritionniste ; Martin PERSYN, Infirmière ; DEMAREST Justine, Diététicienne ; Fabienne COLEIN, Diététicienne ; Anne Cécile HERS, Psychologue ; Maxime TISON, Psychologue ; Anne-Sophie BAZILLE, Assistante sociale ; Estelle VIOLETTE, Infirmière ; Isabelle FINOT, Infirmière ; Julia GIRARD, Infirmière ; Stephanie MANGIN, Infirmière ; Régine DE KEPPER, Psychologue ; Amélie GRASSET, Diététicienne ; Sylvie BARRAU, Chef de projet santé publique ; Maria ARRAULT CHAYA, Médecin ; Anne-France FERTE, Référent territorial - Responsable de Projet ; Mathilde VIALE, Diététicienne ; Sahar MOUBINE, Médecin ; Virginie GENEVEE, Infirmière ; Fabienne GEROMETTA, Aide-soignante ; Valérie IGLESIAS, Aide-soignante ; Annie CRESTE, Médecin ; Ophélie BRUNEEL, Chef de projet DSR-C ; Fiona PHAM, Pharmacienne ; Véronique CUESTA/GOUALO, Infirmière en pratique avancée ; Marie-Pierre CREPIN, Infirmière clinicienne de parcours en gynécologie ; Louise BOULENGER, Manipulatrice d'électroradiologie médicale ; Caroline LEBAILLY, Manipulatrice en radiothérapie ; Gianfilippo NIFOSI, Médecin ; Ingrid LAUDARIN, Médecin ; Juline AUCLAIR, Médecin ; Khemissi SAHRAOUI, Médecin ; Anne JACMIN, Médecin ; Arnaud DESPLECHIN, Médecin ; Laure RAETH, Cadre de santé resp département transversal soins de support ; Christine BERNARD-NEUMANN, Chargée de mission 3C ; Guillaume MARIE, Médecin ; Anne VAN DER BRUGGEN, Infirmière ; Tiffanie BUSSON, Pharmacienne ; Aurélie FEILLEL, Infirmière ; Paul WACOGNE, Médecin ; Florence PERRAUDIN, Cadre de santé ; Gwendoline BAUD MAS, Médecin

## Sommaire

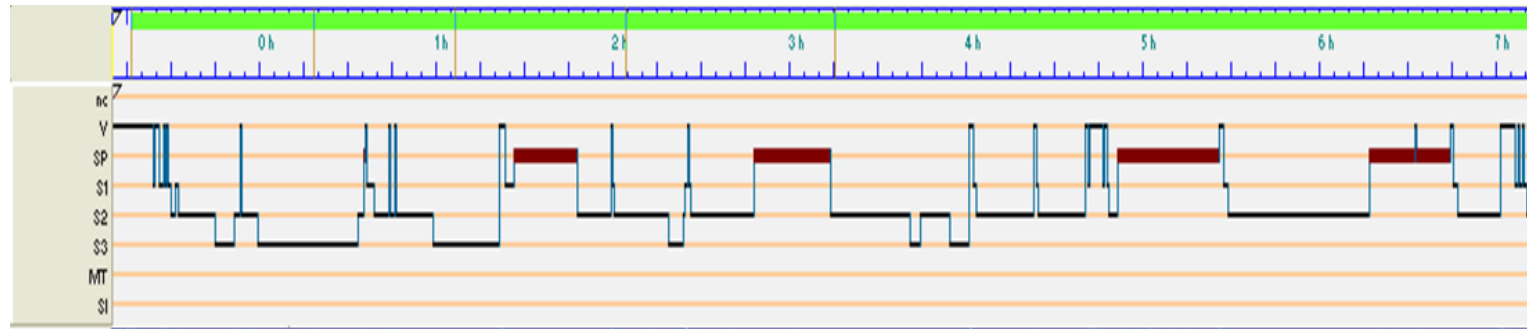
	page
Sommeil normal et rappels de physiologie	6
Sommeil et cancer	14
Référentiel	18
La plainte d'insomnie	20
Arbre décisionnel « Insomnie »	42
La plainte d'hypersomnolence	44
Arbre décisionnel « Hypersomnolence »	55
Chronothérapeutique du cancer & hygiène circadienne	56
Synthèse du référentiel	58
Bibliographie	60



# **SOMMEIL NORMAL RAPPELS DE PHYSIOLOGIE**

## Le sommeil : généralités

Deux états physiologiques distincts : le sommeil lent et le sommeil paradoxal.



## Caractéristiques du sommeil physiologique

- Horaires de sommeil compris entre 21:00 et 9:00
  - Dépend du chronotype
    - Sujet du matin : entre 20:00 et 6:00
    - Sujet du soir : entre 0:00 et 11:00
  - Dépend de l'âge (plus on vieillit, plus on a tendance à être du matin)
    - Adolescent : plutôt sujet du soir
    - Personne âgée : plutôt sujet du matin
- Durée de sommeil recommandée chez l'adulte : entre 7h et 9h (**min=6h; max=10h**)
  - Pour les personnes de plus de 65 ans : peut-être plus courte d'une heure
  - Pour les adolescents et jeunes adultes : besoin d'une heure en plus
- Latence d'endormissement : inférieure à 30 minutes
- Durée totale des éveils nocturnes après endormissement : inférieure à 20 minutes
  - Pour les personnes de plus de 60 ans : inférieure à 30 minutes

# CANCER et SOMMEIL

## Troubles du sommeil et de l'éveil dans le cancer

Les plaintes relatives à des perturbations du sommeil et de l'éveil font partie des symptômes les plus prévalents et handicapants chez les patients atteints de cancer.

- Les troubles du sommeil les plus fréquemment documentés dans le **cancer** sont **l'insomnie** et le **syndrome d'apnées obstructives du sommeil**.
- Quelques études font également état d'une prévalence accrue **du syndrome des jambes sans repos** à la suite du traitement par hormonothérapie<sup>19</sup> ou chimiothérapie<sup>23</sup>.
- Enfin, de nombreuses études font état d'une perturbation **des rythmes biologiques circadiens** chez les patients atteints de cancer<sup>32</sup>.
- La plupart de ces pathologies induisent une **hypersomnolence**.

# REFERENTIEL

## Référentiel

- Chez les patients avec cancer, les plaintes relatives à des perturbations du sommeil et de l'éveil sont principalement de deux ordres :
  - La **plainte d'insomnie**, qui consiste en une difficulté à obtenir un sommeil de nuit de quantité et de qualité jugées comme suffisantes
  - La **plainte d'hypersomnolence**, qui consiste en une difficulté à obtenir une qualité de l'éveil la journée jugée comme suffisante
- Chez un certain nombre de sujets, ces deux plaintes peuvent être associées.

**Nous proposons deux arbres décisionnels, partant de chacune de ces deux plaintes exprimées par les patients qui ont pour objectif de fournir au soignant en cancérologie une démarche diagnostique simplifiée, explorant leurs causes sous-jacentes et des pistes sur leur prise en charge.**



*Les échelles de dépistage de troubles du sommeil proposées dans ce consensus sont des échelles utilisées en routine dans la prise en charge des troubles du sommeil chez des patients non cancéreux. Elles peuvent présenter certaines limites chez les patients cancéreux*

# INSOMNIE



## Définir la plainte d'insomnie

### L'INSOMNIE C'EST ...

#### SE PLAINDRE D'UN MAUVAIS SOMMEIL

- Difficultés d'endormissement / résistance au coucher
- Réveils nocturnes
- Réveil définitif trop précoce

#### AVEC AU MOINS UNE DES CONSEQUENCES SUIVANTES

- Fatigue / manque de motivation, plainte cognitive, somnolence
- Irritabilité, perturbation de l'humeur du comportement
- Altérations du fonctionnement / erreurs / accidents
- Préoccupations excessives autour du sommeil

#### ALORS QUE LES CONDITIONS DE SOMMEIL SONT REUNIES

- Temps alloué à la période de sommeil
- Environnement de sommeil (confort, bruit, lumière)

#### FREQUENCE

AU MOINS 3 FOIS PAR SEMAINE

#### DUREE

DEPUIS AU MOINS 3 MOIS

CHRONIQUE

VS

TRANSITOIRE

### CE N'EST PAS ...

#### ETRE UN COURT DORMEUR

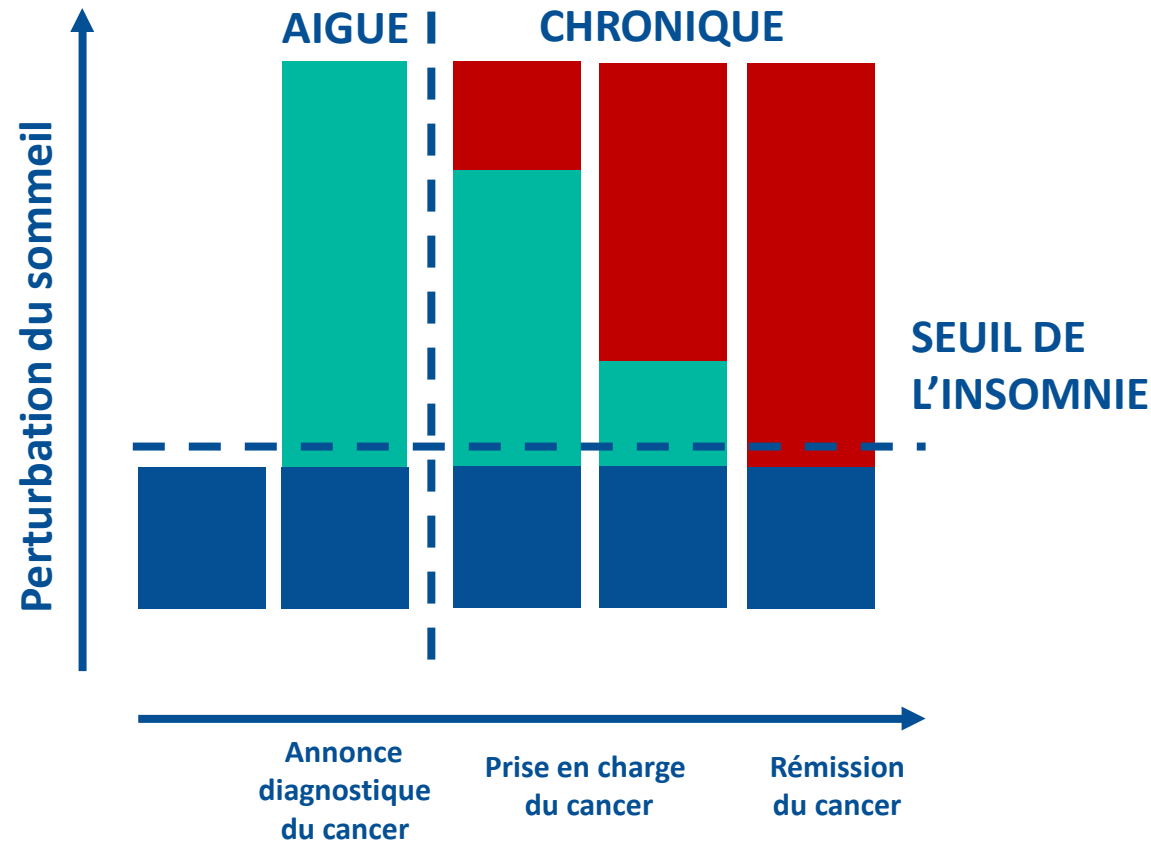
*Un sujet peut souffrir d'insomnie tout en obtenant 8h de sommeil par nuit. A l'inverse une personne ne dormant que 5h par nuit n'est pas insomniaque en l'absence de plainte et de conséquences diurnes.*

#### UNE INSUFFISANCE DE SOMMEIL

*Un sujet qui ne peut pas dormir autant qu'il le souhaite du fait de ses contraintes (familiales, professionnelles), d'un mauvais environnement de sommeil, d'une mauvaise hygiène de sommeil, ou qui repousse volontairement son heure de coucher, présente une insuffisance de sommeil et non une insomnie.*

*Ces situations nécessitent en premier lieu une modification des facteurs environnementaux et/ou comportementaux du sommeil, et non une intervention médicale.*

## Evolution de l'insomnie dans le cancer



### Facteurs prédisposants

- Tempérament/personnalité
- Stabilité du sommeil
- Antécédents d'épisodes transitoires d'insomnie



### Facteurs précipitants

- Annonce diagnostique
- Altération esthétique et fonctionnelle
- Effets secondaires (Douleurs, nausées, inconfort ...)
- Anxiété

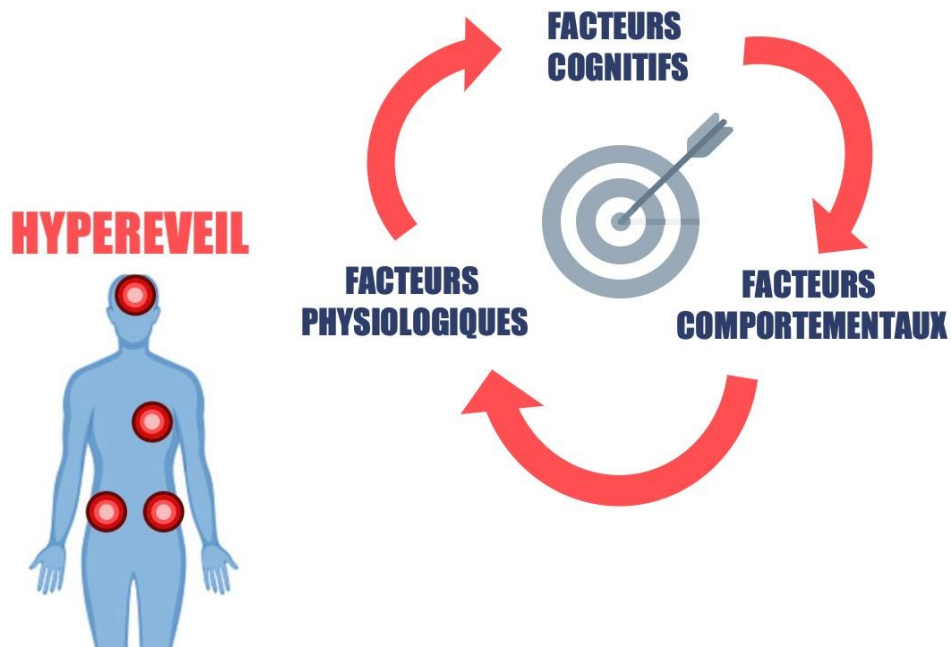



### Facteurs pérennisants

- Cercle vicieux de l'insomnie

## Le cercle vicieux de l'insomnie Facteur d'entretien de l'insomnie

PERTE DE CONTRÔLE*	CROYANCES LIMITANTES*
BIAIS D'EXAGERATION*	BIAIS D'ATTRIBUTION*
MAUVAISE PERCEPTION*	ATTENTES IRRÉALISTES*





Le cercle vicieux de l'insomnie repose sur 3 composantes. La première est physiologique, l'organisme est en état d'alerte, d'hyperveil avec une activation du système sympathique. Cet état non propice au sommeil favorise la survenue de schémas de pensée dysfonctionnels (facteurs cognitifs) liés au sommeil. Ces schémas de pensée conduisent l'individu à adopter des comportements et des stratégies de lutte contre l'insomnie, elles aussi dysfonctionnelles, qui aggravent l'état d'hyperveil, et ainsi de suite.

FAIRE LA SIESTE	FAIRE LA GRASSE MATINEE
ESSAYER DE DORMIR	S'OCCUPER DANS LE LIT
SCRUTER L'HEURE	CONSOMMER STIMULANTS


\* Description des facteurs cognitifs diapositive N° 25

### Sommeil et cancer chez l'adulte

## L'agenda de sommeil Un outil pour explorer simplement le sommeil

**AGENDA DE VIGILANCE ET DE SOMMEIL**

Appréciation par :  
TB - B - Moy - M - TM



DATE	HEURES																				QUALITE DU SOMMEIL	QUALITE DU REVEIL	FORME DE LA JOURNEE	TRAITEMENT ET REMARQUES PARTICULIERES
	20	22	24	2	4	6	8	10	12	14	16	18	20	21	23	1	3	5	7	9				
Nuit du ... au ...																								
EXEMPLE	[Diagramme illustrant un cycle de sommeil avec des zones hachurées et des lettres S]																				M	TM	Moy	
23 au 24/05	[Hachures]																				Moy	Moy	TR	Ax+2A+1T Som+11h nuit+AD som
24 au 25/05	[Hachures]																				Moy	B	B	Ax+2A+1T Som+11h nuit+AD som
25 au 26/05	[Hachures]																				Moy	Moy	Moy	Ax+2A+1T Som+11h nuit+AD som
26 au 27/05	[Hachures]																				TR	TR	TR	Ax+2A+1T Som+11h nuit+AD som
27 au 28/05	[Hachures]																				B	B	TR	Ax+2A+1T Som
28 au 29/05	[Hachures]																				Moy	Moy	Moy	Ax+2A+1T Som
29 au 30/05	[Hachures]																				Moy	Moy	Moy	Ax+2A+1T Som
30 au 31/05	[Hachures]																				Moy	B	Moy	Ax+2A+1T Som
01 au 02/06	[Hachures]																				B	Moy	Moy	Ax+2A+1T Som
02 au 03/06	[Hachures]																				B	TR	TR	Ax+2A+1T Som
03 au 04/06	[Hachures]																				TR	TR	TR	Ax+2A+1T Som
04 au 05/06	[Hachures]																				M	Moy	B	Ax+2A+1T Som
05 au 06/06	[Hachures]																				M	TR	Moy	Ax+2A+1T Som+11h nuit+AD som
06 au 07/06	[Hachures]																				Moy	Moy	Moy	Ax+2A+1T Som+11h nuit+AD som
07 au 08/06	[Hachures]																				Moy	Moy	Moy	Ax+2A+1T Som+11h nuit+AD som
08 au 09/06	[Hachures]																				Moy	B	Moy	Ax+2A+1T Som+11h nuit+AD som
09 au 10/06	[Hachures]																				TR	TR	TR	Ax+2A+1T Som+11h nuit+AD som
10 au 11/06	[Hachures]																				Moy	Moy	B	Ax+2A+1T Som+11h nuit+AD som
11 au 12/06	[Hachures]																				TR	TR	TR	Ax+2A+1T Som+11h nuit+AD som
12 au 13/06	[Hachures]																				Moy	Moy	B	Ax+2A+1T Som+11h nuit+AD som
13 au 14/06	[Hachures]																				TR	TR	B	Ax+2A+1T Som+11h nuit+AD som
14 au 15/06	[Hachures]																				Moy	B	B	Ax+2A+1T Som+11h nuit+AD som
15 au 16/06	[Hachures]																				Moy	Moy	B	Ax+2A+1T Som+11h nuit+AD som

↓ heure de mise au lit  
↑ heure du lever  
S Somnolence dans la journée  
long réveil  
R R R 1/2 sommeil

<https://reseau-morphee.fr/>



L'agenda de sommeil permet au patient d'autoévaluer au quotidien ses habitudes de sommeil et ses difficultés. L'agenda de sommeil permet au médecin d'évaluer la régularité des horaires de sommeil, la continuité du sommeil, la quantité et la qualité du sommeil et la présence de siestes diurnes.

- Quotidiennement le patient indique sur l'agenda :
- l'heure à laquelle il s'est couché
  - l'heure à laquelle il pense s'être endormi
  - les horaires auxquels il pense avoir dormi (en hachurant les zones). Si il s'est réveillé il interrompt la zone hachurée en fonction de l'heure et la durée du ou des réveils nocturnes
  - l'heure à laquelle il pense s'être réveillé le matin
  - L'heure à laquelle il s'est levé le matin
  - L'heure et la durée des siestes diurnes (en hachurant les zones)
  - Des périodes de somnolence ressentie ou de lutte contre la somnolence

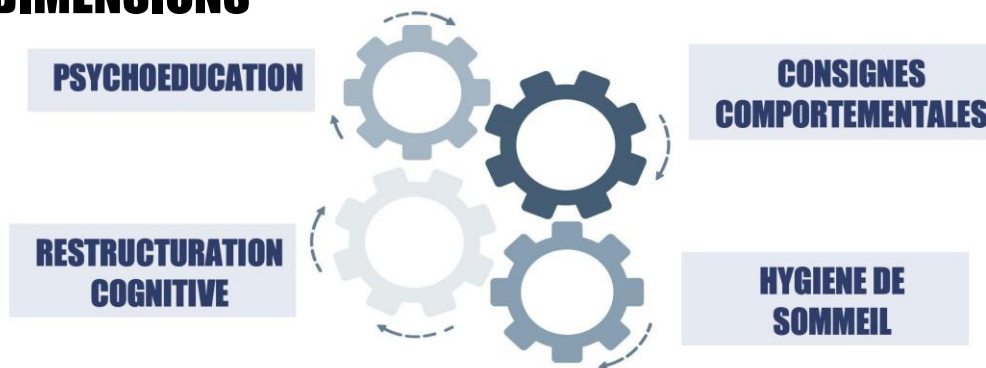
Il n'est pas demandé au patient de compléter des horaires exacts, mais d'évaluer globalement ses horaires de sommeil.

L'agenda de sommeil peut être donné au patient dès

## La thérapie cognitive et comportementale

### Principe dans l'insomnie

#### 4 DIMENSIONS



#### THERAPIE

##### THERAPIE EN FACE A FACE

- Programmes de 4 à 8 séances



##### THERAPIE DE GROUPE



##### AUTO-TCC

- En ligne : [www.therasomnia.com](http://www.therasomnia.com)  
<https://dormium.org>
- Bibliothérapie



Les principes de la thérapie cognitivo-comportementale de l'insomnie reposent sur 4 dimensions thérapeutiques :

##### La psychoéducation

Bases physiologiques du sommeil normal Principes de régulation veille-sommeil Mécanismes de l'insomnie  
Rôle des médicaments

##### L'hygiène de sommeil

Créer un environnement favorable au sommeil  
Activité physique, règles alimentaires  
Synchronisation de l'horloge biologique

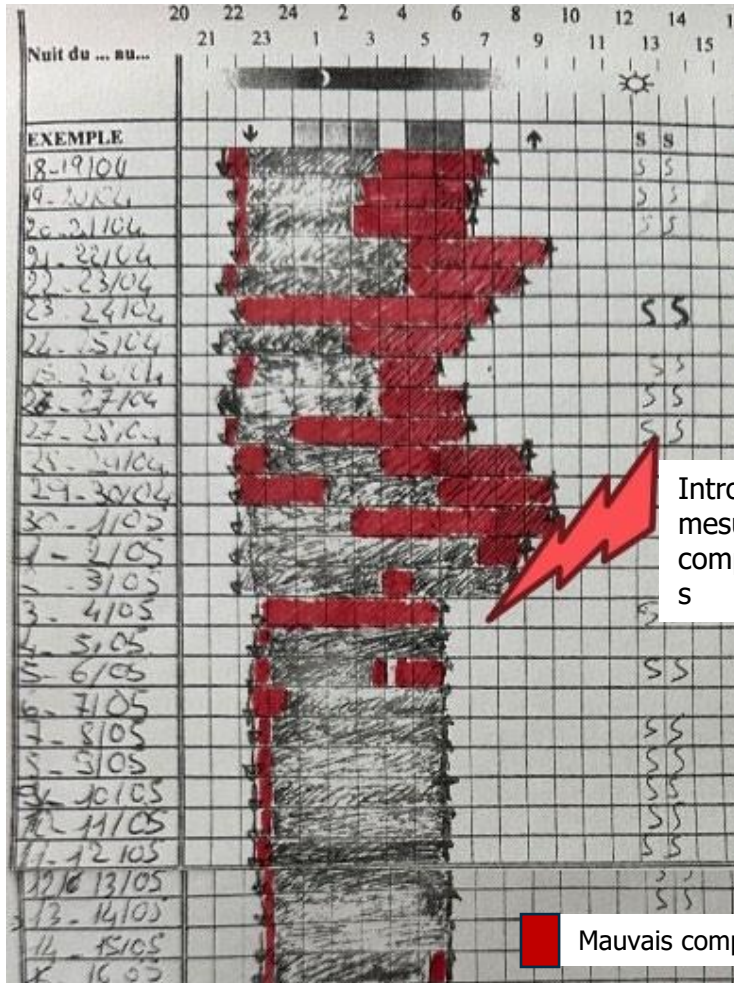
**Les consignes comportementales** Restriction du temps de sommeil Contrôle du stimulus

**La restructuration cognitive** Lever les croyances limitantes Approche scientifique  
Acceptation  
Prévenir les rechutes

Les TCC-i sont dispensées par des professionnels formés. Les TCC-I en ligne (intervention à distance de psychologues) facilitent l'accès à la prise en charge des patients insomniaques .

# Les mesures comportementales

## Principes



**RESTRICTION DU TEMPS PASSE AU LIT**

**AUGMENTER LA PRESSION DE SOMMEIL**

**CONTRÔLE DU STIMULUS**

**DESAMORCER LE CONDITIONNEMENT NEGATIF AU SOMMEIL**

**HYGIENE DE SOMMEIL**

**FAVORISER LA SURVENUE ET LE MAINTIEN DU SOMMEIL**

**Mauvais comportements de sommeil**

## Les médicaments hypnotiques

### Stratégie conseillée dans l'insomnie associée au cancer

#### CONTEXTE D'UTILISATION

- Insomnie aiguë
- Non recommandé en première intention dans l'insomnie chronique évoluant depuis plus de 3 mois

#### QUELLES MODALITES ?

- Traitement de courte durée (**idéalement 14 jours, période de sevrage comprise**)
- **Toujours associée à des mesures d'hygiène de sommeil et des mesures comportementales** (réduction du temps passé au lit et contrôle du stimulus)

#### QUELLES MOLECULES ?

- **Médicaments en Z :**
  - **Zolpidem** (pour insomnie d'endormissement)
    - Prescription sur ordonnance sécurisée et durée limitée à 28 jours.
  - **Zopiclone, Eszopiclone** (pour insomnie d'endormissement et de maintien)
- **Benzodiazépines :**
  - Pour insomnie de maintien ou de fin de nuit
  - Eviter les benzodiazépines à demi-vie longue et métabolites actifs
  - **Benzodiazépine conseillée = Oxazépam**

## Les médicaments hypnotiques

### Recommandations pour les autres hypnotiques

Antidépresseurs sédatifs	Alpha-2-delta- ligands	Antagonistes de l'orexine	Mélatonine et agonistes	Anti- histaminiques	Neuroleptiques sédatifs
Insomnie chronique		Insomnie chronique	<b>Non recommandé</b> (efficacité insuffisante)	<b>Non recommandé</b> (efficacité insuffisante, effets secondaires)	<b>Non recommandé</b> (effets secondaires)
<b>Recommandé si composante algique (neuropathique)</b>		<b>Avec précaution</b> (absence d'expérience clinique et indication)			



# Les thérapies complémentaires

## Sommeil et cancer chez l'adulte

Il existe de nombreuses thérapies complémentaires utilisées dans la prise en charge de l'insomnie :

- Acupuncture,
- Biofeedback,
- Exercice physique,
- Méditation dite de pleine conscience (Mindfulness),
- Relaxation,
- Yoga,...

**Le groupe de travail ne recommande pas ces thérapies complémentaires dans la prise en charge, en première intention, de l'insomnie, en particulier de l'insomnie chronique, car les éléments de preuve de l'existence de leur effet sont limités ou ne permettent pas de conclure**

Le groupe de travail se base également sur les recommandations entre autre de la Haute Autorité de Santé et de l'European Society For Medical Oncology

[https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_522637/fr/prise-en-charge-du-patient-adulte-se-plaignant-d-insomnie-en-medecine-generale](https://www.has-sante.fr/jcms/c_522637/fr/prise-en-charge-du-patient-adulte-se-plaignant-d-insomnie-en-medecine-generale)

<https://www.esmo.org/guidelines/guidelines-by-topic/esmo-clinical-practice-guidelines-supportive-and-palliative-care/insomnia-in-adult-cancer-patients>

Les personnels de santé souhaitant mettre en place ces thérapies complémentaires pour d'autres raisons dans le cadre de la prise en charge des patients peuvent se référer aux autres référentiels de l'AFSOS Acupuncture : <https://www.afsos.org/fiche-referentiel/lacupuncture-onco-hematologie/>

Mindfulness : <https://www.afsos.org/fiche-referentiel/meditation-dite-de-pleine-conscience-mindfulness-en-onco-hematologie/>

# Syndrome des jambes sans repos (SJSR) ou maladie d'Ekbom ou de Willis-Ekbom

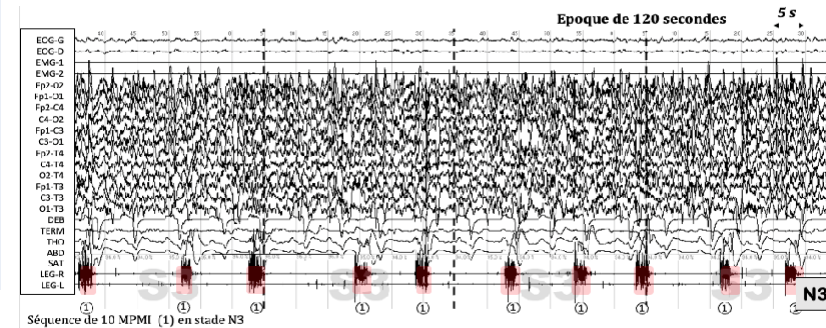
## Une cause fréquente d'insomnie

### UN DIAGNOSTIC CLINIQUE

- Sensations **DESAGREABLES** dans les **MEMBRES INFERIEURS** associées à un **BESOIN DE BOUGER (IMPATIENCE)** survenant à l'éveil
  - **MAJOREES** par l'**IMMOBILITE**
  - **SOULAGEES** par le **MOUVEMENT**
  - **MAXIMALES LE SOIR et LA NUIT** par rapport à la journée
  - Ne doivent pas être confondues avec des signes d'autres pathologies (myalgies, insuffisance veineuse, akathisies, arthrite, neuropathies)
- +
- Difficultés d'endormissement
  - Insomnie de maintien
  - Répercussions fonctionnelles diurnes

### LES MOUVEMENTS PERIODIQUES

Les mouvements périodiques des membres (MPM) qui sont des mouvements involontaires de flexion des pieds ou moins fréquemment des jambes survenant à intervalles réguliers au cours du sommeil (dernière ligne du graphique, MPM surlignés en rouge).

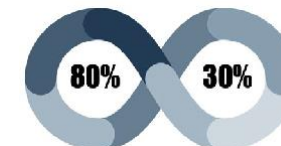


### DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES

- **10-15% de la population**, 5% formes d'intensité moyenne et/ou quotidiennes
- Prédominance **féminine**
- Augmentation **avec l'âge**

### 2 ENTITES ASSOCIEES MAIS DISTINCTES

80% de MPM  
dans le SJSR



30% de MPM  
sans SJSR

# Syndrome des jambes sans repos (SJSR)

## Une cause fréquente d'insomnie

Sommeil et cancer chez l'adulte

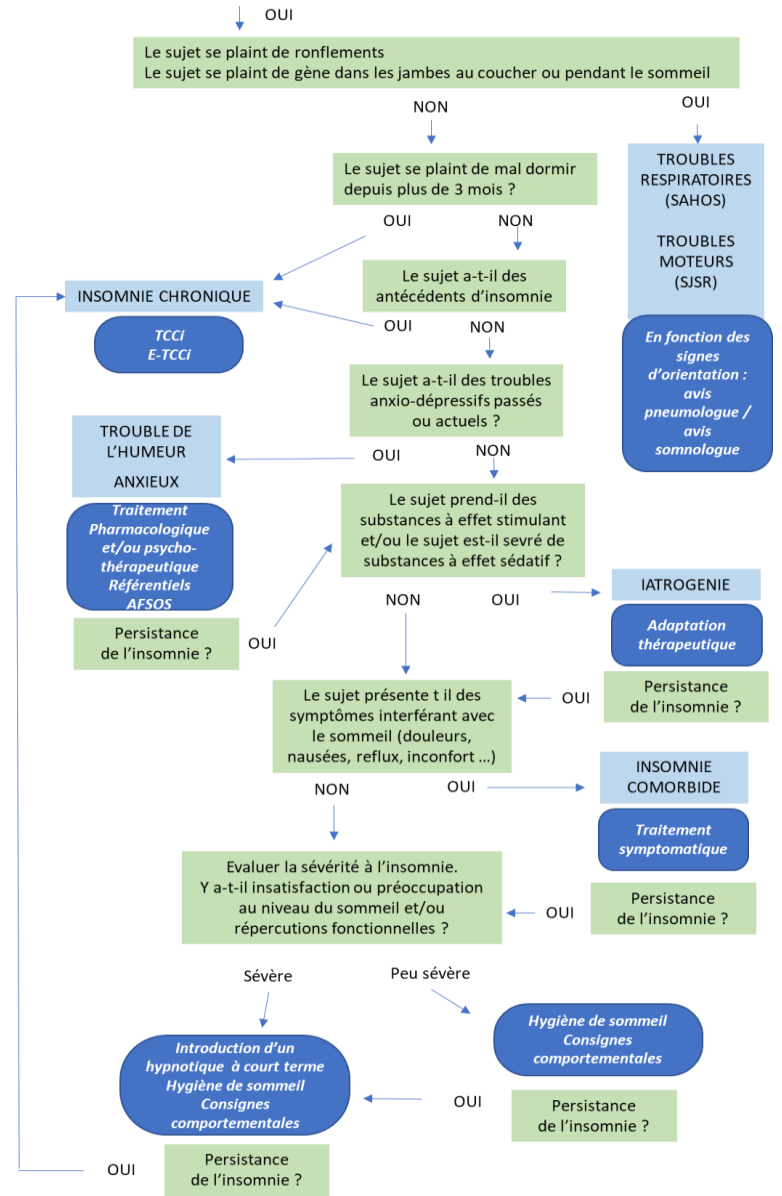
PHYSIOPATHOLOGIE	TRAITEMENT	
<p>Les signes cliniques e doivent pas être confondues avec des signes d'autres pathologies (myalgies, insuffisance veineuse, akathisies, arthrite, neuropathies)</p> <p><b>Dysfonctionnement des voies dopaminergiques</b> au niveau des noyaux gris centraux Sous-tendus par une <b>carence en fer intracérébrale</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Secondaire à une <b>carence périphérique</b></li> <li>▪ Secondaire à des <b>anomalies du transport du fer intracérébral</b></li> </ul>	<b>SUPPLEMENTATION FER</b>	<b>ALPHA-2-DELTA LIGANDS</b>
	<p>Si ferritinémie &lt; 75 ng/ml *</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Orale (Tardyferon®)</li> <li>▪ Intraveineuse en cas d'échec</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Composante insomniaque</li> <li>▪ Trouble anxieux</li> <li>▪ Sans mouvements périodiques</li> </ul>
<b>AGGRAVE PAR :</b>	<b>AGONISTES DOPAMINERGIQUES</b>	<b>OPIOIDES</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Antidépresseurs</li> <li>▪ Insuffisance rénale</li> <li>▪ Certaines chimiothérapies / hormonothérapie</li> <li>▪ Neurotoxicite de la chimiotherapie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Formes sévères</li> <li>▪ Avec mouvements périodiques</li> <li>▪ Dépression</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Formes résistantes</li> <li>▪ Composante algique</li> <li>▪ Formes sévères peu fréquentes</li> </ul>
	<b>Mis en place par le cancérologue</b>	
	<b>Mis en place par un médecin spécialiste du sommeil</b>	

- L'European Restless Legs Syndrome Study Group recommande pour le SJSR une supplémentation en fer uniquement en se basant sur la ferritinémie avec un seuil <75ng/ml. La ferritinémie ne peut être interprétée correctement qu'en l'absence de plusieurs facteurs (syndrome inflammatoire, insuffisance médullaire, traitement...) dans ces cas utiliser le coefficient de saturation de la transferrine ( supplémentation si <20 %) et se reporter au référentiel « anémie et cancer »
- [https://www.afsos.org/wp-content/uploads/2018/01/An%C3%A9mie-et-cancer\\_AFSOS\\_2021.pdf](https://www.afsos.org/wp-content/uploads/2018/01/An%C3%A9mie-et-cancer_AFSOS_2021.pdf)

## Sommeil et cancer chez l'adulte

# Arbre décisionnel Insomnie

Le sujet se plaint, au moins 3 jours/semaine, d'avoir des difficultés à s'endormir, de se réveiller la nuit avec des difficultés pour se rendormir et/ou de se réveiller très tôt le matin sans pouvoir se rendormir. Ces difficultés s'associent à un retentissement fonctionnel significatif.



SAHOS : Syndrome d'apnées-hypopnées obstructives du sommeil

SJSR : Syndrome des jambes sans repos

TCCI : Thérapies Comportementales et Cognitives de l'insomnie

E-TCCI : Thérapies Comportementales et Cognitives de l'insomnie en ligne

Somnologues et pneumologues agréés par la SFRMS : <https://www.sfrms-sommeil.org/carte-des-centres-agrees/>

Thérapeutes TCCI : [https://www2.aftcc.org/carte\\_membres](https://www2.aftcc.org/carte_membres)

E-TCCI : <https://www.therasomnia.com/>  
<https://dormium.org/>

**Une brochure informative destinée aux patients peut être téléchargée**

# HYPERMOMNOLENCE

## Sommeil et cancer chez l'adulte

## Définir la plainte de somnolence

## LA SOMNOLENCE C'EST ...

**Définition**

La somnolence est un signal physiologique qui reflète la propension à s'endormir

**Facteurs favorisants**

La somnolence augmente avec le manque de sommeil, une qualité de sommeil insuffisante, une dysfonction des systèmes d'éveil ou une désynchronisation de l'horloge circadienne

**Manifestations comportementales et vécu subjectif**

Bâillements, chutes phasiques du tonus postural, instabilité motrice (lutte), limitation de l'ouverture des paupières, clignements excessifs des yeux, endormissements soudains, difficultés de concentration, difficultés d'élocution, envie de dormir, ralentissement cognitif, rêverie

**Conséquence**

Besoin d'effectuer une ou plusieurs siestes au quotidien, endormissement au volant, impossibilité d'avoir des activités calmes sans lutter ou s'endormir (lecture, télévision, réunions)

## CE N'EST PAS LA FATIGUE

**Définition**

La fatigue est un état conduisant à une diminution des performances physiques et cognitives

**Facteurs favorisants**

La fatigue augmente avec l'effort, pour faire face à des contraintes physiques ou psychologiques, mais elle est aussi un symptôme associé à une multitude de conditions pathologiques

**Manifestations comportementales et vécu subjectif**

Ralentissement idéomoteur, diminution de force physique, essoufflement, difficultés de concentration, lassitude, manque d'énergie, brouillard mental, difficultés à réfléchir

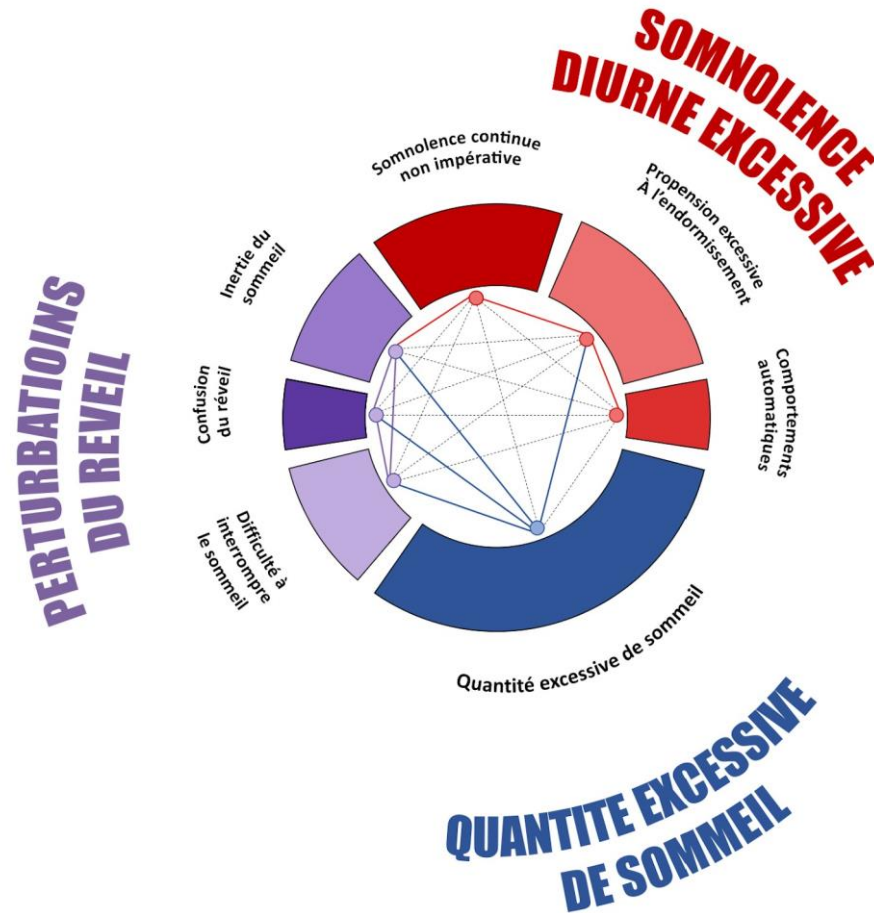
**Conséquence**

Limitation des activités physiques, limitation des activités intellectuelles

## CE N'EST PAS LA CLINOPHILIE

Rester au lit, la journée, allongé, pendant des heures, tout en étant éveillé.

## Somnolence versus hypersomnolence



**L'HYPERMOMNOLENCE EST UN SYNDROME QUI ASSOCIE A DES DEGRES VARIABLES**

Somnolence diurne excessive Allongement du temps de sommeil Perturbation du réveil

**L'HYPERMOMNOLENCE RESULTE DE DIFFERENTES ETIOLOGIES**

Privation de sommeil (durée insuffisante) Sommeil perturbé (durée et qualité insuffisante)  
Perturbation des systèmes d'éveils (sédatifs, hypersomnies centrales ou secondaires)  
...

**SOMNOLENCE DIURNE EXCESSIVE (SDE)**

Incapacité à rester éveillé et alerte pendant la journée, qui entraîne des épisodes de besoin irrépessibles de dormir ou des accès de somnolence non intentionnels

Illustration : Lopez et al. Médecine du sommeil, 19:206-220, 2022

## Echelle de somnolence d'Epworth

### un auto-questionnaire pour dépister la somnolence diurne excessive (SDE)

L'échelle de sévérité de la somnolence d'Epworth permet le dépistage et la quantification de la SDE (qu'elle qu'en soit l'étiologie). Elle évalue la propension à l'endormissement dans différentes situations représentatives de la vie de tous les jours

Situation	Chance de s'endormir
Assis en train de lire	0 1 2 3
En train de regarder la télévision	0 1 2 3
Assis, inactif dans un lieu public (cinéma, théâtre, réunion)	0 1 2 3
Comme passager d'une voiture (ou transport en commun) roulant sans arrêt pendant une heure	0 1 2 3
Allongé l'après-midi lorsque les circonstances le permettent	0 1 2 3
Étant assis en parlant avec quelqu'un	0 1 2 3
Assis au calme après un déjeuner sans alcool	0 1 2 3
Dans une voiture immobilisée depuis quelques minutes	0 1 2 3

**TOTAL :**

Afin de pouvoir mesurer chez vous une éventuelle somnolence dans la journée, voici quelques situations relativement usuelles, où nous vous demandons d'évaluer le risque de vous assoupir. Aussi, si vous n'avez pas été récemment dans l'une de ces situations, essayez d'imaginer comment cette situation pourrait vous affecter.

Pour répondre, utilisez l'échelle suivante en entourant le chiffre le plus approprié pour chaque situation :

0 = aucune chance de somnoler ou de s'endormir 1 = faible chance de s'endormir

2 = chance moyenne de s'endormir 3 = forte chance de s'endormir

**Total  $\geq$  11/24  $\rightarrow$  SDE**



## La privation de sommeil

### Une cause fréquente de somnolence diurne excessive

**Volontaire = comportement**

#### **SOMNOLENCE EXCESSIVE D'ORIGINE COMPORTEMENTALE**

La somnolence excessive est due à un comportement volontaire conduisant à un non-respect du besoin intrinsèque de sommeil.

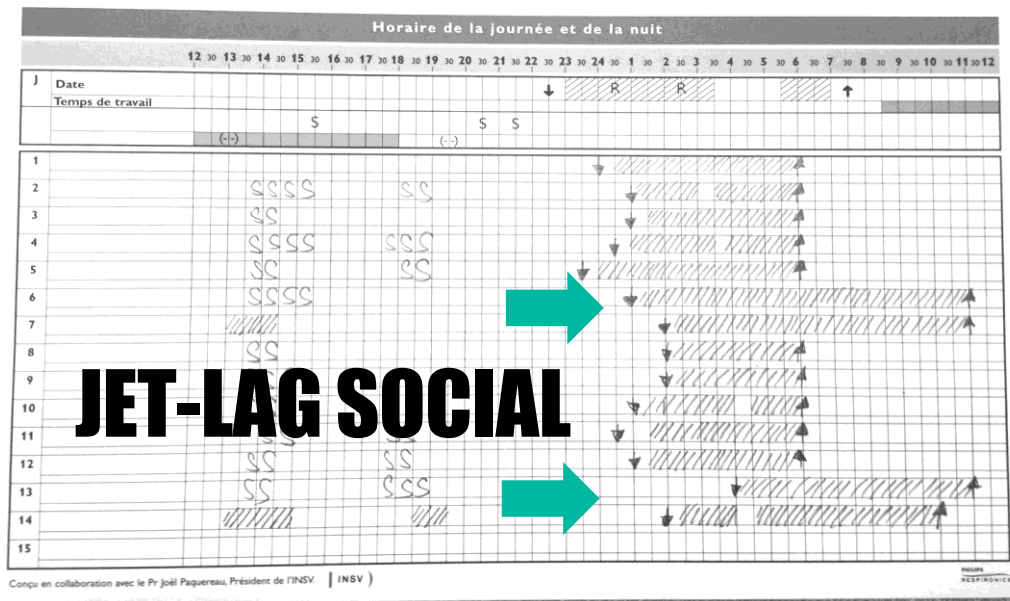
**Subie = pathologie**

#### **SYNDROME D'INSUFFISANCE DE SOMMEIL**

La somnolence excessive est due à des facteurs involontaires (Traitements, contraintes socio-économiques, chronotype..., ) conduisant à un non-respect du besoin intrinsèque de sommeil.

## La privation de sommeil

### Une cause fréquente de somnolence diurne excessive



### Le patient est-il privé de sommeil ?

- Durée de sommeil inférieure à 6 heures par nuit et besoin de siestes.
- Extension du temps de sommeil de plus de 2 heures les jours de repos ou sans contraintes par rapport aux autres jours.
- Décalage des horaires de sommeil de plus de 2 heures entre les jours avec contraintes socio-professionnelles et les jours sans contraintes socio-professionnelles (Jet-lag Social)

### Prise en charge

L'éducation du patient et une meilleure hygiène de sommeil suffisent généralement pour compenser la dette de sommeil.

Dans le cas d'une privation imposée par les horaires de (travail de nuit/posté), une adaptation des horaires de travail devrait être envisagée. (→ médecin du travail).

Dans le cas d'un chronotype très tardif (retard de phase), une approche chronobiologique peut être envisagée (→ médecin du sommeil)

# Le syndrome d'apnées et hypopnées obstructives du sommeil (SAHOS)

## Une cause fréquente de somnolence diurne excessive

### UN DIAGNOSTIC PARACLINIQUE ET CLINIQUE

- Répétition de fermetures partielles (hypopnées) ou complètes (apnées) des voies aériennes supérieures pendant le sommeil tandis que l'effort respiratoire persiste au moins pendant une partie de l'évènement.  
L'index d'apnées-hypopnées (IAH) correspond au nombre d'évènements, objectivés par un enregistrement au cours du sommeil, rapporté par heure de sommeil.
- Associé à de nombreuses plaintes : somnolence diurne excessive, absence d'allongement du temps de sommeil, sensation de sommeil non réparateur avec céphalées matinales, insomnie de maintien de sommeil, fatigue, ronflement sonores, sensation d'étouffement ou suffocation pendant le sommeil et nycturie.

Le diagnostic du SAHOS associe des critères cliniques et paracliniques (IAH) **selon la définition de l'American Academy of Sleep Medicine**

**Si IAH  $\geq$  5/h + Somnolence diurne excessive non expliquée par d'autres facteurs.**

**Si IAH  $\geq$  5/h + au moins 2 critères cliniques suivant :**  
ronflements sévères et quotidiens ; sensations d'étouffement ou de suffocation pendant le sommeil ; sommeil non réparateur ; fatigue diurne ; difficultés de concentration ; nycturie (plus d'une miction par nuit).

### CONSEQUENCES ET COMORBIDITES

- La répétition des arrêts respiratoires au cours du sommeil induit une fragmentation du sommeil et une hypoxie chronique intermittente source d'activation sympathique, expliquant les conséquences cardio-vasculaires (HTA...) et dysmétaboliques.
- Des comorbidités pneumologiques (SOH, BPCO) et psychiatrique (Dépression) sont fréquentes.

### DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES

- **10-15% de la population**, 5% formes d'intensité moyenne et/ou quotidiennes
- Prédominance **masculine**
- Augmentation **avec l'âge**

## L'échelle STOP BANG

### Un auto-questionnaire pour dépister le SAHOS

L'échelle STOP BANG permet de dépister le SAHOS avec une valeur prédictive positive entre 75 et 85%. Elle est basée sur des caractéristiques cliniques (symptômes et morphométrie) et démographiques reliés à la présence d'un SAHOS

	Oui	Non
Vous ronflez suffisamment fort pour être entendu à travers une porte ou gêner votre voisin(e) de lit ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous ressentez une fatigue anormale dans la journée ou vous vous endormez facilement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre voisin(e) de lit a observé des arrêts dans votre respiration la nuit ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous avez une hypertension artérielle traitée ou non traitée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre indice de masse corporelle* est supérieur à 35kg/m <sup>2</sup> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous êtes âgé de plus de 50 ans ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre tour de cou est supérieur à 43 cm si vous êtes un homme ou supérieur à 41 cm si vous êtes une femme ? (mesure au niveau de la pomme d'Adam)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous êtes un homme ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Score total (nombre de réponses positives)</b>		

#### SYMPTOMES

- S= Snoring
- T= Tired
- O= Observed apnea
- P= Pressure: HTA ou Tt anti-HTA

#### TERRAIN

- B= BMI>35kg/m<sup>2</sup>
- A= Age>50 ans
- N= Neck circumference >40 cm
- G= Gender male

**RISQUE MODERE** : si plus de 2 oui **RISQUE ELEVE** :  
si plus de 4 oui ou  
-si plus de 2 oui aux questions 1 à 4 + homme  
-si plus de 2 oui aux questions 1 à 4 + BMI >35  
-si plus de 2 oui aux questions 1 à 4 + tour de cou

# Le syndrome d'apnées et hypopnées obstructives du sommeil (SAHOS)

## Principes de prise en charge

### REGLES HYGIENO-DIETETIQUES

- Mesures d'hygiène de sommeil et mesures comportementales (réduction du temps passé au lit et contrôle du stimulus)
- Prise en charge nutritionnelle avec perte de poids si surpoids ou obésité



### PRESSION POSITIVE CONTINUE

Principe : insuffler une pression suffisante dans les voies aériennes supérieures pour s'opposer au collapsus inspiratoire du pharynx



### LES ALTERNATIVES

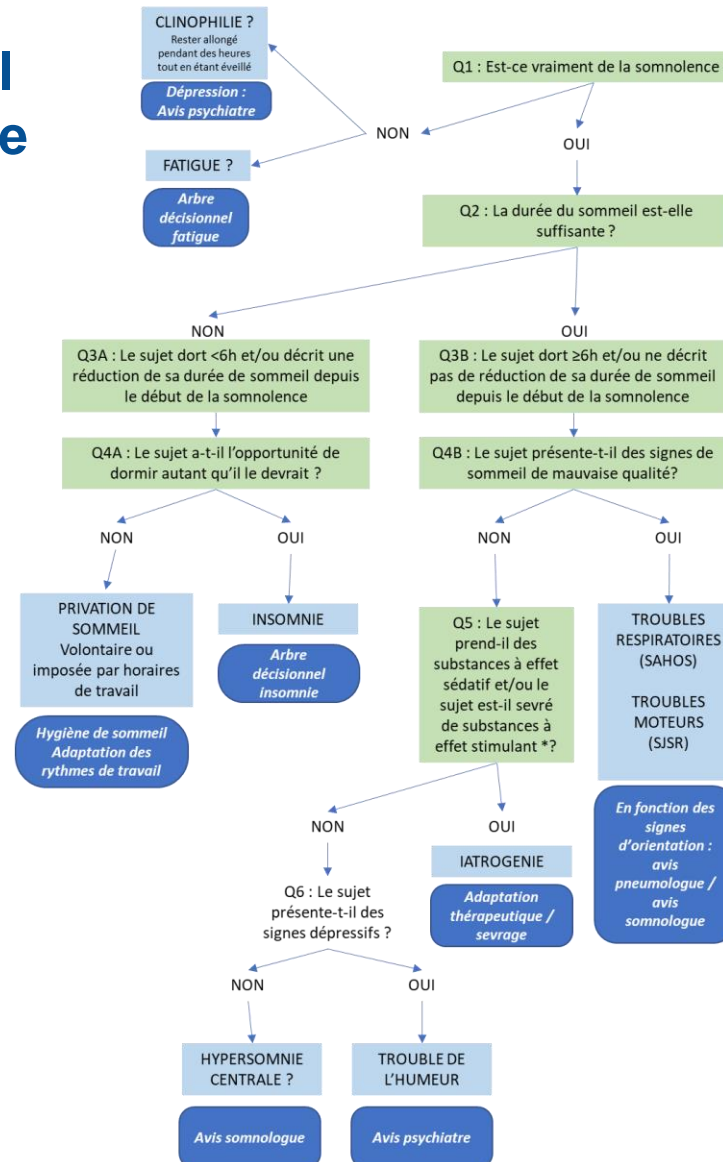
- Orthèse d'avancée mandibulaire
- Traitement positionnel (balle de tennis,...)
- Désobstruction chirurgicale des voies aériennes supérieures



**La mise en place du traitement le mieux adapté doit être effectuée par un spécialiste du sommeil**

## Sommeil et cancer chez l'adulte

### Arbre décisionnel Hypersomnolence



SAHOS : Syndrome d'apnées-hypopnées obstructives du sommeil

SJSR : Syndrome des jambes sans repos

Somnologues et pneumologues agréés SFRMS : <https://www.sfrms-sommeil.org/carte-des-centres-agrees/>

Synthèse

**Prise en charge des troubles du  
sommeil chez les patients  
cancéreux**

## Synthèse du référentiel

### Prise en charge des troubles du sommeil chez les patients cancéreux

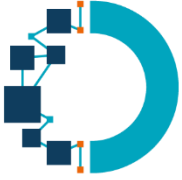
#### •Troubles dont la prise en charge peut être initiée par un non spécialiste du sommeil

- Insomnie comorbide → traitement symptomatique
- Insomnie aiguë peu sévère → Hygiène de sommeil + mesures comportementales
- Insomnie aiguë sévère → hypnotique recommandé prescrit à court terme
- Hypersomnolence dûe à une privation volontaire de sommeil → Hygiène de sommeil
- Hypersomnolence iatrogène → adaptation thérapeutique / sevrage
- Syndrome des jambes sans repos avec carence martiale → supplémentation en fer

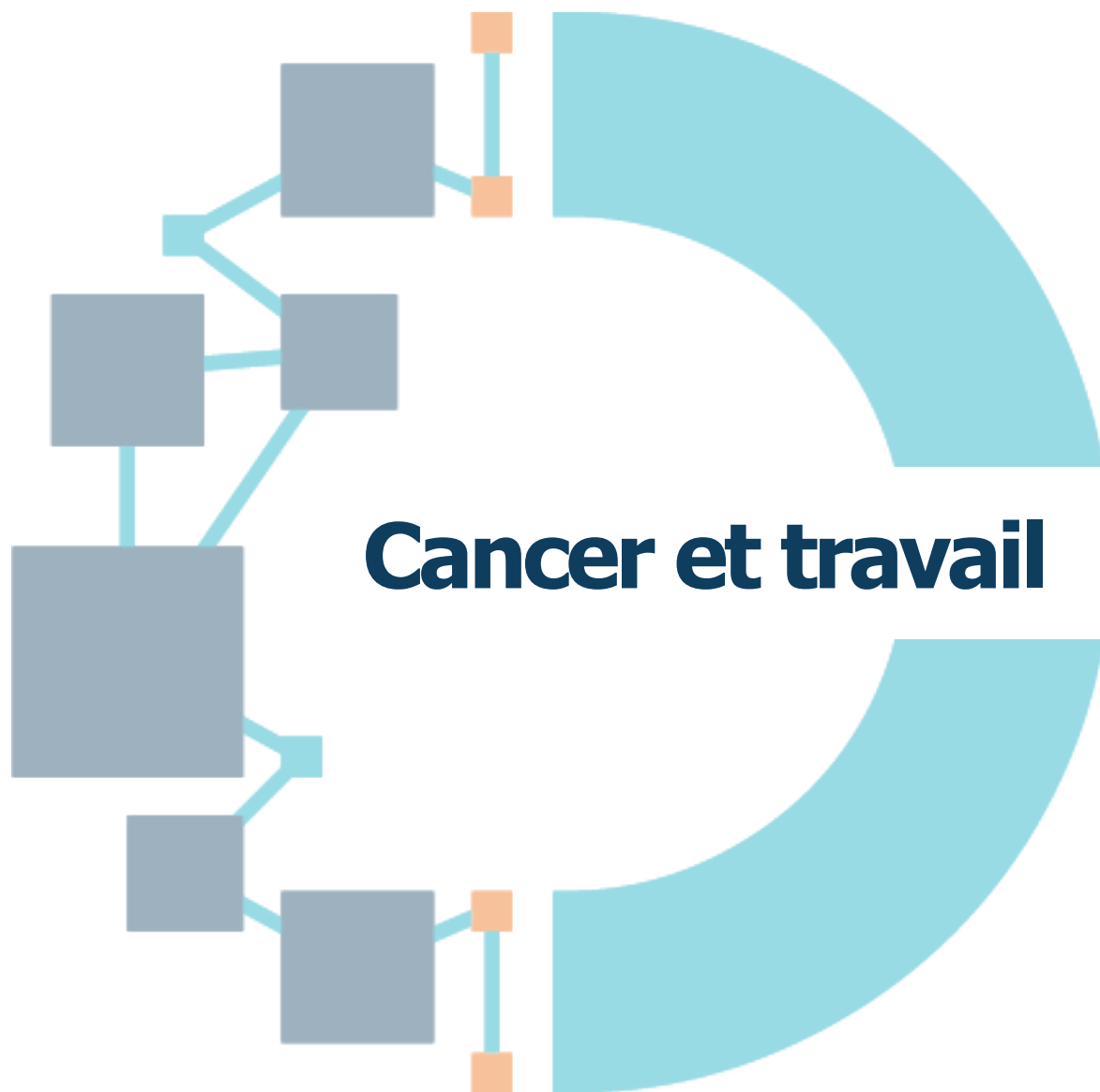
#### •Troubles dont la prise en charge doit être effectuée par un spécialiste du sommeil

- Insomnie chronique
- Hypersomnie centrale
- Syndrome d'apnées/hypopnées obstructives du sommeil
- Syndrome des jambes sans repos sans carence martiale





- Arrêt de travail pendant le traitement puis dossier MDPH monté avec RQTH obtenue
- Reprise en temps partiel thérapeutique



# Cancer et travail

---

**Mme Vanessa BREANT**

---



# Entretien bilan professionnel

L'oncologue au moment de l'annonce évoque notre présence et précise notre rôle en proposant une rencontre pour un bilan. Cette anticipation dans le parcours de soin permet souvent de dégager les patients de nombreuses questions administratives qui peuvent **envahir et paralyser la personne**.

Le but est **d'informer pour prévenir et préparer le patient, lui permettre d'être disponible pour recevoir ses soins**.

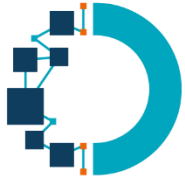
L'accompagnement par une assistante sociale permet de lancer des démarches parfois longues (indemnisation en cas d'AT, dossier MDPH, d'informer les patients de façon personnalisée et adaptée à leurs besoins, leur temporalité, leur expliquer qui prescrit quoi, quel rôle joue le Médecin conseil, la Médecine du travail, la MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées)...

	Annonce	Phase de soins	Après traitement	Après Cancer
Conditions de vie	Célibataire, Sans enfants, Vie seule	Pas de changement notable, peut aller dans sa famille en fonction de sa fatigue	Maintien à domicile	Aménagement de son temps de travail en intégrant la notion de repos
PEC des SOINS	Déclaration de l'ALD = PEC à 100% des soins en lien avec celle-ci	PEC 100% des soins si reste à charge, démarches en prestations supplémentaires en fonction du coût et de la baisse de ressources de Mr	100% accordé sur une durée qui prend en compte la pathologie, sa chronicité...	Selon évolution médicale (rechute...)
Situation professionnelle	Employé de banque, salarié du privé. CDI	CDI	CDI	Poursuite dans l'entreprise ou reclassement ou licenciement pour inaptitude
Revenus	Au vu du protocole et du statut de Mr, mise en arrêt de travail Privilégier l'AT prescrit par le Médecin Traitant mais possible par l'oncologue. Maintien de salaire par l'employeur les 3 premiers mois	Subrogation donc versement des IJ par la CPAM directement à l'employeur + mise en place du complément de salaire auprès de la Prévoyance (délai 2,3 mois). Maintien de salaire sans primes donc baisse de revenus	Reprise à temps partiel thérapeutique prescrite et discutée avec le MT et/ou oncologue. Nécessite l'accord de l'employeur + avis médecine du travail sur l'aptitude au poste + éventuellement préconisations	Soit reprise à temps plein si la personne est en capacité. Si épuisement des droits (temps partiel thérapeutique), possibilité de passage en invalidité cat. 1 ou 2 avec maintien d'une activité prenant en compte une perte de la capacité de travail
Démarches Administratives Reconnaissance de la maladie chronique	Informations sur le dossier MDPH, notion de maladie chronique abordée, incapacité temporaire,	Constitution dossier MDPH pour demande de cartes d'invalidité + reconnaissance en qualité	Accord de la MDPH, envoi de la notification RQTH. Partage ou pas avec la médecine du travail afin	RQTH permet aussi de passer des concours, de bénéficier d'une formation adaptée, d'accéder à un



# L'invalidité

- Une invalidité peut être prononcée à l'issue de 3 ans d'Arrêt mais parfois avant si le médecin de la CPAM considère que l'état est stable (stable sous entend pas d'amélioration ou de dégradation)
  - 3 catégories, cat. 1 et 2 peuvent permettre de continuer à travailler
- **L'Invalidité acte la fin d'un parcours de soins et des séquelles qui en résultent. Elle acte le fait que ce parcours de soins a altéré la "capacité de travail" de cette personne. Cette capacité de travail est amoindrie en post parcours de soins**
- Le salarié doit informer son employeur de son changement de statut : passage de l'Arrêt de travail à l'invalidité. Celui-ci est ensuite libre de le convoquer pour une visite de reprise avec la Médecine du travail
  - 3 cas de figures :
    - reprise possible sur le poste mais avec une quotité de travail réduite
    - reprise possible mais sur un autre poste proposé par l'employeur
    - pas de reprise sur un poste dans l'entreprise (l'employeur a 1 mois pour donner sa décision), inaptitude au poste prononcée par la Médecine du travail qui peut conduire au licenciement pour inaptitude.



# L'inaptitude au travail

- Seul le médecin du travail est habilité à prononcer une inaptitude au poste. L'avis d'inaptitude oblige l'employeur à rechercher un reclassement pour le salarié. Néanmoins, il peut procéder à son licenciement s'il est en mesure de justifier :
  - De son impossibilité à lui proposer un emploi compatible avec son état de santé,
  - Ou du refus par le salarié de l'emploi proposé
- L'employeur peut également licencier le salarié si l'avis d'inaptitude mentionne expressément que tout maintien dans un emploi serait gravement préjudiciable à sa santé ou que son état de santé fait obstacle à tout reclassement dans un emploi



## Synthèse

- Attention aux NVAI et leur impact sur la qualité de vie
- Sommeil essentiel et à prendre rapidement en compte
- Aspect social nécessaire tout au long du parcours

