

L'Université Filière - 2e édition

Jeudi 5 juin 2025



*Accueil
des participants
dès 09h30*

Salle du Grand Marais
439 Rue Joseph Gallieni - 42 153 RIORGES

11h30

Les facteurs de fragilités
Focus sur les troubles du
sommeil

13h00

Qualité de vie au travail pour
favoriser les prises en soins

10h00

Les aides à l'aidant

11h30

13h00

10h00

14h30

14h30

Le métier d'Infirmier en
Pratique Avancée

16h00

16h00

Accompagner la fin de vie

Avec le concours
financier de la CPTS du
Roannais



*Uniquement sur inscription en ligne
Pour la ou les thématique(s) de votre choix*

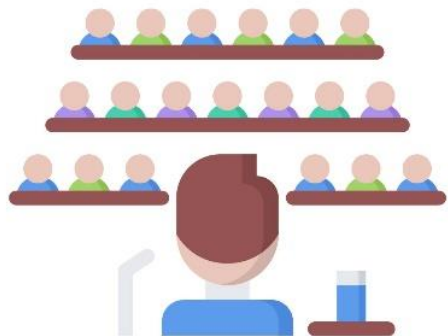
Préambule – Mot de bienvenue

Dr Nathalie GOUTEY – Pilote Administrative – Filière Gérontologique du Roannais

A compléter avec membre du bureau



Pour répondre au 2e objectif stratégique du plan d'actions élaboré au titre de la **Filière Gérontologique du Roannais** (Promouvoir l'organisation d'un parcours de vie et de soins adapté à la personne âgée), les acteurs du territoire ont souhaité voir organisé en 2025 **la seconde édition "Université de la Filière"**.



Les objectifs poursuivis à travers cette action :

Favoriser la coopération entre les acteurs et favoriser la mise en lien, l'échange, le partage, la concertation, la médiation entre acteurs.

Proposer l'apport de connaissances, transmettre des informations, outils, pratiques,... autour de thématiques intéressant tous les professionnels.

Nous remercions le DAC Loire, la CPTS du Roannais, la Maison Loire Autonomie de Roanne, Roannais Agglomération et l'EHPAD Quiétude pour l'organisation de cette seconde édition.

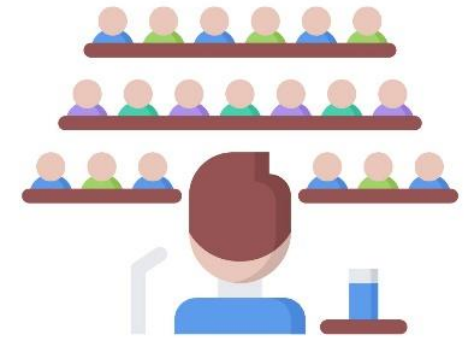
Les aides à l'aidant

Maya CHABANE – Coordinatrice – Escale des Aidants

Mélissa SCARDIGNO – Assistante Sociale – Escale des Aidants



- Qu'est qu'un aidant ?
- Quel est le rôle de l'aidant ?
- Comment accompagner un aidant en tant que professionnel ?
- Quelles sont les ressources pour l'aidant ?



Les aides aux aidants : Présentation du dispositif Escale des Aidants

05/06/2025

Université Filière Roanne

Maya Chabane, coordinatrice

Mélissa Scardigno, assistante sociale





Ordre du jour



**L'aidance et ses définitions :
état des lieux général**



**L'Escale des Aidants :
une réponse territoriale**



Echanges et questions



Définitions

- Issue de la loi du 28 décembre 2015 (art. L. 113-1-3 du Code de l'action sociale et des familles)

"Proche aidant d'une personne en perte d'autonomie, du fait de l'âge, de la maladie ou d'un handicap, résidant avec elle ou entretenant avec elle des liens étroits et stables, qui lui vient en aide, de manière régulière et fréquente, à titre non professionnel, pour accomplir tout ou partie des actes ou des activités de la vie quotidienne ."

Charte charte européenne de l'aidant familial (2009, Coface) :

*"L'aidant familial est « la personne **non professionnelle** qui vient en aide à titre principal, pour partie ou totalement, à une **personne dépendante de son entourage, pour les activités de la vie quotidienne**. Cette aide régulière peut être prodiguée de façon permanente ou non et peut prendre plusieurs formes, notamment: nursing, soins, accompagnement à l'éducation et à la vie sociale, démarches administratives, coordination, vigilance permanente, soutien psychologique, communication, activités domestiques, ..."*



10 TÂCHES RÉGULIÈRES DU PROCHE AIDANT



01. Soins personnels

- Aider à la toilette et à l'hygiène personnelle
- Aider à s'habiller et à se déshabiller
- Aider à manger et à boire

- Administration de médicaments
- Surveillance des signes vitaux
- Gestion des RDV médicaux
- Coordination avec les professionnels de santé



03. Soutien émotionnel et social

- Aménager le domicile
- Aider à se déplacer à l'intérieur et à l'extérieur du domicile
- Utilisation et gestion des équipements de mobilité (fauteuils roulants, déambulateurs, etc.)



05. Gestion de la maison

- Préparation des repas
- Entretien ménager (nettoyage, lessive)
- Courses alimentaires et gestion des stocks

02. Surveillance de la santé



- Offrir une présence réconfortante
- Écouter et soutenir émotionnellement
- Aider à maintenir des relations sociales et à lutter contre l'isolement

04. Aide à la mobilité



- Gestion des finances et des budgets
- Remplir des formulaires administratifs et médicaux
- Suivi des assurances et des prestations sociales



07. Soutien aux activités de la vie quotidienne

- Se former aux techniques de soin
- Rechercher des informations sur la maladie ou la condition de la personne aidée
- Participer à des groupes de soutien pour aidants



09. Coordination des services et soins

- Gestion des situations d'urgence médicale
- Avoir un plan d'urgence et trouver des relais en cas de besoin

06. Aide administrative et financière



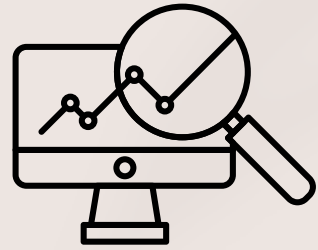
08. Formation et information



10. Gestion des urgences



Quelques données



- **25%** des Français sont des aidants (Contre 19% en 2022)
- Les aidants sont majoritairement des femmes:
 - **60% de femmes** (vs 52% dans pop. franc.)
 - **40% d'hommes** (vs 48% dans pop. franc.)
- Les aidants sont de plus en plus actifs et salariés :
 - **70% d'actifs** (dont 60% salariés)
 - **23% de retraités**
- La personne aidée est généralement un proche en situation de dépendance due à la vieillesse (53%), puis un proche malade (36%) et enfin en situation de handicap (23%)
- Parmi les aidants, 90% d'entre eux aident un membre de leur famille (86% en 2022)
- La principale raison à devenir aidant : le lien affectif qui lie à la personne aidée



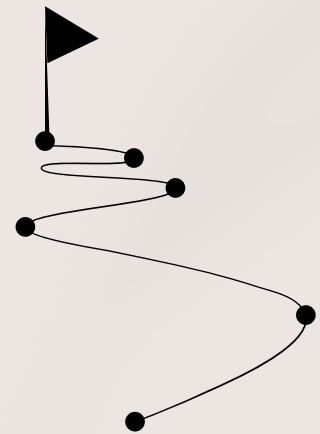


Quid de l'aidant professionnel ?

- Intervient dans un **cadre contractuel et rémunéré**.
- **Formé et qualifié**, avec des **missions clairement établies** et reconnues comme relevant du **domaine de l'aide à la personne**.
- **Acteurs essentiels du parcours de l'aidance**.
- Proximité, confiance, et parfois une accroche dans le domicile qui facilite le repérage de l'aidant
- Enjeu : identifier ces situations et orienter les aidants vers les ressources adaptées présentes sur leur territoire.



Comment accompagner un aidant en tant que professionnel ?



- **Identifier et reconnaître l'aidant** (questionner systématiquement, valoriser son rôle et établir un contact direct)
- **Évaluer les besoins de l'aidant** (pas seulement ceux de l'aidé) par une écoute active et empathique
- Identifier la charge de l'aide (physique, émotionnelle, charge mentale, financière, impact social) et **repérer les signes d'épuisement.**
- **Adopter une posture professionnelle adaptée** (bienveillance, respect des choix de l'aidant,...)
- **Informier et orienter l'aidant** (droits et dispositifs d'aide, maladie de la personne aidée, formations pour aidants,...)
- Proposer des solutions concrètes de soutien de proximité (soutien psychologique, groupes de parole ou de soutien, solutions de répit,...)
- **Travailler en lien avec les autres professionnels** intervenant auprès de l'aidé et de l'aidant
- Promouvoir l'Auto-Soin de l'aidant (sensibiliser à l'importance de sa propre santé)

En accompagnant l'aidant, on contribue non seulement à son bien-être, mais aussi indirectement à celui de la personne aidée, en assurant une aide de meilleure qualité et sur le long terme.





QUELLES SOLUTIONS POUR LES AIDANTS ?

Du national au local



Carte non-exhaustive des dispositifs pouvant exister.

À retenir : les disparités territoriales sont importantes.

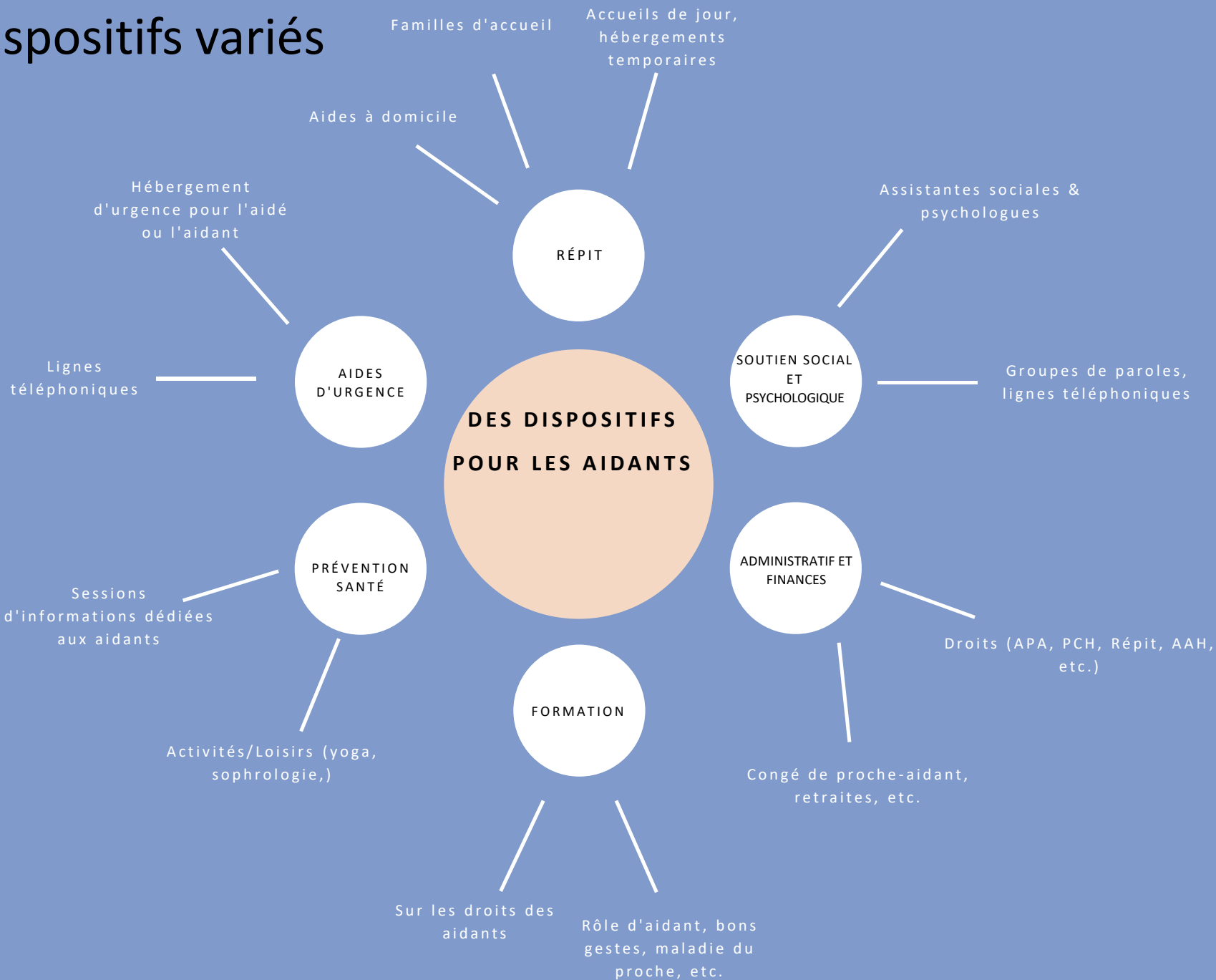
De multiples interlocuteurs

Plusieurs interlocuteurs peuvent être sollicités par les aidants. Qu'ils soient en milieu associatif, institutionnel, hospitalier, ou autre, ces acteurs font partie du parcours de l'aidant et prennent part au recours aux droits de ces derniers.

Parmi eux :

- MLA/MDPH (Maison départementale des personnes handicapées)
- CCAS (Centre communal d'action sociale)
- CPAM
- CAF
- Caisses de retraites & mutuelles
- Employeurs
- Pharmaciens/Médecins
- Services et fédérations d'aide à domicile
- Centres médico-sociaux, d'hébergement temporaires et accueils de jour
- Associations locales et nationales de patients, d'aide aux aidants, etc.

Des dispositifs variés



Au niveau départemental : un guichet unique

L'ESCALE DES AIDANTS

DEUX OBJECTIFS

1.- Co-construire un territoire aidant aux aidants

2.- Un guichet unique pour accueillir, informer, orienter les aidants de la Loire vers les dispositifs d'aide de proximité

--> Recensement et cartographie de l'existant



Accompagner et mailler le territoire pour favoriser le parcours des aidants



Vidéo Suis-je aidant ? Réalisée par DanaeCare



Disponible sur la chaine Youtube @danaecare



Le fonctionnement de l'Escale des Aidants

1

Le lieu physique



2

La plateforme numérique
escaledesaidants.com



Je trouve un service adapté à mes besoins dans la Loire

Quel service?	Âge de mon proche	Rechercher
Situation de mon proche (*) Choisissez l'âge de votre proche au préalable		

3

Les antennes mobiles



Déploiement en 2023



Les activités et réalisations pour les aidants

1



**Guichets d'accueil physique avec
des travailleurs sociaux dédiés
aux aidants**

Des permanences sur rendez-vous
Des suivis possibles par téléphone
Soutien social et administratif
3 travailleurs sociaux

2



**Du soutien
psychologique**

Individuel
Gratuit
Dédié aux aidants

3



**Des groupes d'échanges
entre aidants**

Des groupes transpathologiques
Soutien collectif et bienveillant



L'Escale Mobile Des Aidants

UNE ITINÉRANCE POUR ALLER VERS LES POPULATIONS

Une porte d'entrée
sur les dispositifs d'aide aux aidants

En extérieur



Espace ouvert d'information et de promotion santé:

Un espace pour s'informer, être
écouté et orienté vers les
dispositifs existants dans la Loire
et au plus près de chez soi.

Une équipe formée et dédiée à l'Escale Mobile des Aidants:

Accueillir, informer, écouter et orienter les
aidants de la Loire.



Des supports visuels et des outils de communication:

Informer et orienter les aidants de la Loire.
Faire connaître les dispositifs existants.
Cartographier l'écosystème local de l'aidance.



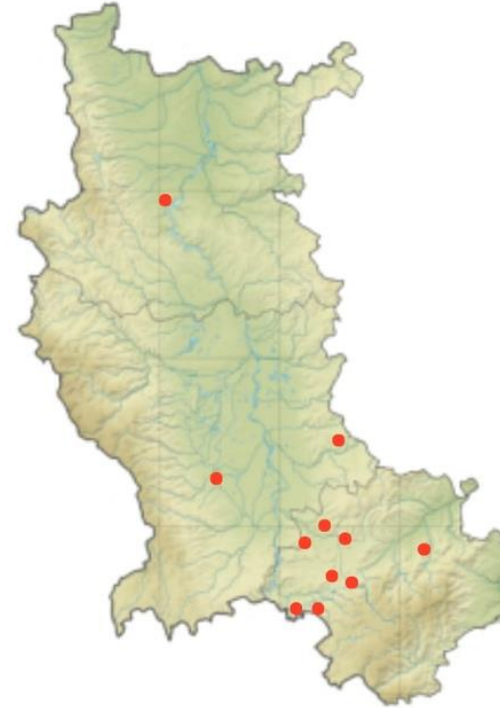
L'Escale Mobile Des Aidants

UNE ITINÉRANCE POUR ALLER VERS LES POPULATIONS

- **Début Septembre 2024 : itinérance dans les centres sociaux du territoire : acteurs de proximité des habitants**
- **Formation des centres sociaux à l'aide pour faciliter le repérage des aidants**
- **Depuis Février 2025 : une sensibilisation départementale puis un lancement de permanences avec la CPAM de Saint-Etienne (2 fois par mois)**



Escale
des [Aidants]



**Les antennes d'accompagnement social
de l'Escale des Aidants
sur le département de la Loire
(uniquement sur rendez-vous auprès
des structures indiquées)**

- L'Etrat
- Saint-Etienne
- Villars
- La Talaudière
- Firminy
- Le Chambon-Feugerolles
- Saint-Paul-en-Jarez
- Chazelles-sur-Lyon
- Montbrison
- Roanne

Les lieux des permanences :

- L'Etrat : Siège social de l'Escale des Aidants
- Saint-Etienne :
 - Maison de Quartier du Soleil
 - APGL (Association groupant les Parkinsoniens de la Loire)
- Centre social de Villars
- Centre social L'Horizon à La Talaudière
- Centre social Soleil Levant à Firminy
- Centre social Cré'actifs au Chambon-Feugerolles
- Centre social Passerelle à Saint-Paul-en-Jarez
- Centre social L'équipage à Chazelles-sur-Lyon
- Centre social de Montbrison
- Centres sociaux du Roannais : fonctionnement par roulement avec un centre social différent par mois (Mulsant, Riorges, Moulin à vent, Mably, Bourgogne, La Livatte, Condorcet)

L'Escale Mobile Des Aidants

SUR LE ROANNAIS



• Perspectives sur le Roannais :

- Poursuite des permanences avec une nouvelle planification à partir de septembre 2025
- De soutien psychologique gratuit pour les aidants en réflexion
- Relais de communication à renforcer

→ Piste d'action : une édition du Festival des Aidants sur le Roannais

Escale
des[Aidants]

L'Escale des Aidants, guichet d'information,
d'orientation et d'accompagnement
des aidants de la Loire

Permanence pour les aidants

Au quotidien, vous accompagnez un proche en situation de perte d'autonomie, souffrant d'une maladie et/ou en situation de handicap physique et/ou psychique ?

Vous êtes un aidant et avez droit à un accompagnement gratuit.

Plusieurs droits existent pour faciliter votre quotidien.

Venez échanger avec nous au cœur d'un centre social de secteur.

Permanence pour les aidants

Au quotidien, vous accompagnez un proche en situation de perte d'autonomie, souffrant d'une maladie et/ou en situation de handicap physique et/ou psychique ?

Vous êtes un aidant et avez droit à un accompagnement gratuit. Plusieurs droits existent pour faciliter votre quotidien. Venez échanger avec nous au cœur de votre centre social.

**UNIQUEMENT SUR RENDEZ-VOUS
AUPRES DU SECRETARIAT
AU 04 77 44 90 45**

**Mercredi 11 Juin 2025
de 9h30 à 15h**

Rue du Président Wilson,
42300 Roanne



Escale
des[Aidants]

L'Escale des Aidants,
guichet unique
d'information,
d'orientation et
d'accompagnement des
aidants de la Loire

Une permanence individuelle
dans votre centre social

Escale
des[Aidants]

UNIQUEMENT SUR RENDEZ-VOUS AUPRES DU SECRETARIAT DE CHAQUE CENTRE SOCIAL

Mercredi 12 décembre

Centre social Mulsant
3 rue Marceau,
42300 Roanne
04 77 72 11 19

Mercredi 8 janvier

Centre social de Riorges
1 Place Jean Cocteau,
42153 Riorges
04 77 72 31 25

Mercredi 12 février

Centre social Moulin à Vent
16 bis Rue du Mayollet,
42300 Roanne
04 77 68 07 11

Mercredi 12 mars

Centre social Mably
Avenue de Noyon,
42300 Mably
04 77 72 97 44

Mercredi 9 avril

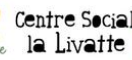
Centre social Bourgogne
7 Rue de Bourgogne,
42300 Roanne
04 77 71 99 20

Mercredi 14 mai

Centre social La Livatte
97 Rue Albert Thomas,
42300 Roanne
04 77 71 33 60

Mercredi 11 juin

Centre social Condorcet
Rue du Président Wilson,
42300 Roanne
04 77 44 90 45



Au niveau opérationnel : de l'accompagnement social

Evolution du nombre d'aidants accompagnés à l'Escale des Aidants sur trois ans :

37

Du 05/09/2022
au 31/12/2022
4 mois



90

Du 02/01/2023
au 31/12/2023
12 mois



151

Du 02/01/2024
au 17/12/2024
12 mois



140

Du 08/01/2025
au 30/04/2025
4 mois



Cas pratiques de situations accompagnées



Situation 1

**Elodie, 39 ans, mère de deux enfants, séparée.
Elle est actuellement en disponibilité pour prendre soin de son fils de 2 ans, qui nécessite de nombreuses interventions chirurgicales depuis sa naissance.**

Demande initiale

**Madame nous a contacté sur recommandation.
Elle cherchait initialement de l'écoute et un soutien moral.**

Ressources internes mobilisées

- **suivi par la psychologue de l'Escale des aidants**
- **orientation vers l' Assistante sociale de son entreprise**
- **demande de MDPH**
- **explication de l'Allocation Journalière de Présence Parentale car reprise de son emploi en juillet 2025**





Cas pratiques de situations accompagnées



Situation 2

Carine, 46 ans, mère de trois enfants, vit en couple. Actuellement en arrêt maladie, elle exerçait le métier d'ATSEM dans une école. En plus de son travail, elle est aidante de son mari, qui est malvoyant, et prend également soin de son père, qui est en situation de handicap physique suite à un accident. Sa mère commence également à présenter des problèmes de santé liés à l'âge.

Demande initiale

Madame nous a été adressée par le CHU où elle était hospitalisée. Elle nous a contacté car elle se trouvait en situation d'épuisement, lié à ses rôles d'aidante. Sa demande initiale concernait une aide pour compléter le dossier MDPH de son mari.

Ressources mobilisées

- **Besoin d'aide pour compléter le dossier MDPH pour son mari.**
- **Lien avec Handistas.**
- **Demande d'APA et de PCH pour son père.**
- **Mise en place de soins infirmiers pour son père.**
- **Proposition de soutien psychologique (déjà suivie ailleurs).**
- **Participation au groupe d'échanges de l'EDA.**
- **Relais du bien-être.**
- **Orientation vers le Centre Social pour des activités (piscine, qi gong).**

Cas pratiques de situations accompagnées



Situation 3

Florent, âgé de 57 ans, est père d'un enfant et vit en couple. Il est aidant de sa femme, atteinte d'une maladie auto-immune, ainsi que pour son fils, qui présente des troubles du spectre autistique.

Demande initiale

Monsieur a été orienté par son employeur après une réunion où il a dû exprimer ses difficultés en raison du sujet abordé.

Ressources internes mobilisées

- Prise en charge et suivi psychologique par l'Escale des Aidants.
- Participation aux groupes d'échange de l'Escale des Aidants.
- Orientation vers le Relais du Bien-Être.
- Rappel de l'importance de mettre en place un cabinet infirmier et des aides à domicile.
- Explication des mesures de protection pour son fils.



Pour résumé : 3 leviers d'actions

Accompagnement social
et psychologique



Information
& Sensibilisation/Prévention



Groupes de travail
& Maillage territorial



ne lettre d'information mensuelle

Pour ne manquer aucune
information, inscrivez-vous
à la newsletter mensuelle :
L'info aidante

**Au programme chaque mois : des
nouvelles de l'Escale des aidants et de
DanaeCare, des actualités locales et
nationales
sur les aidants, des évènements,
le tout**



**SCANNEZ LE QR CODE CI-DESSUS POUR
VOUS INSCRIRE !**

Pour plus d'informations : contact@escaledesaidants.com





Temps d'échanges Questions



Nous contacter

Adresse : 6 Allée de l'Orangerie 42580 L'Etrat escaledesaidants.com

Site web : contact@escaledesaidants.com (partenaires)

Email : as2@escaledesaidants.com (situation d'aidants)

06 79 96 29 35 (coordinatrice/partenaires)

Téléphone : 06 79 96 26 98 (aidants)

MERCI POUR VOTRE ATTENTION

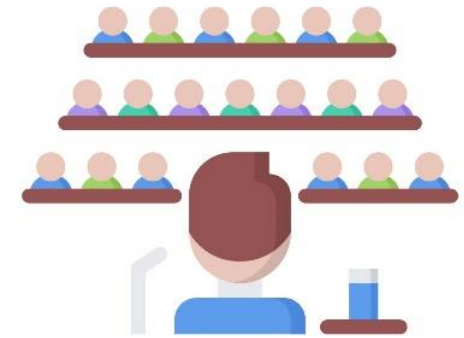


Les facteurs de fragilités - Focus sur le sommeil

*Dr Karine MALFOY – Médecin Gériatre et Cheffe du Pôle de Gériatrie
CH Roanne*



- Qu'est-ce que la fragilité ?
- Quels sont les facteurs de fragilité chez les personnes âgées ?
- Quelles en sont les causes et les conséquences ?
- Comment repérer une personne âgée fragile et vers qui l'orienter ?





LA FRAGILITE CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE

5 juin 2025

Dr K. Malfoy



DÉMOGRAPHIE :

- La France, pays avec le plus de centenaires en Europe : 30 000 en 2023.
- 30 fois plus de centenaires en France, qu'en 1970.
- 86 % des centenaires sont des femmes.
- Le nombre des 75-84 ans enregistre une croissance inédite de 49 %, entre 2020 et 2030.
- 4.1 million à 6.1 million.
- Âge moyen de perte d'autonomie est de 83 ans.
- La moitié des centenaires vivent à domicile.



Pour vous, qu'est-ce que la fragilité ?

- Sentiment de fatigue
- Petite retraite
- Isolement social
- Avoir un moral bas
- Perte de poids involontaire

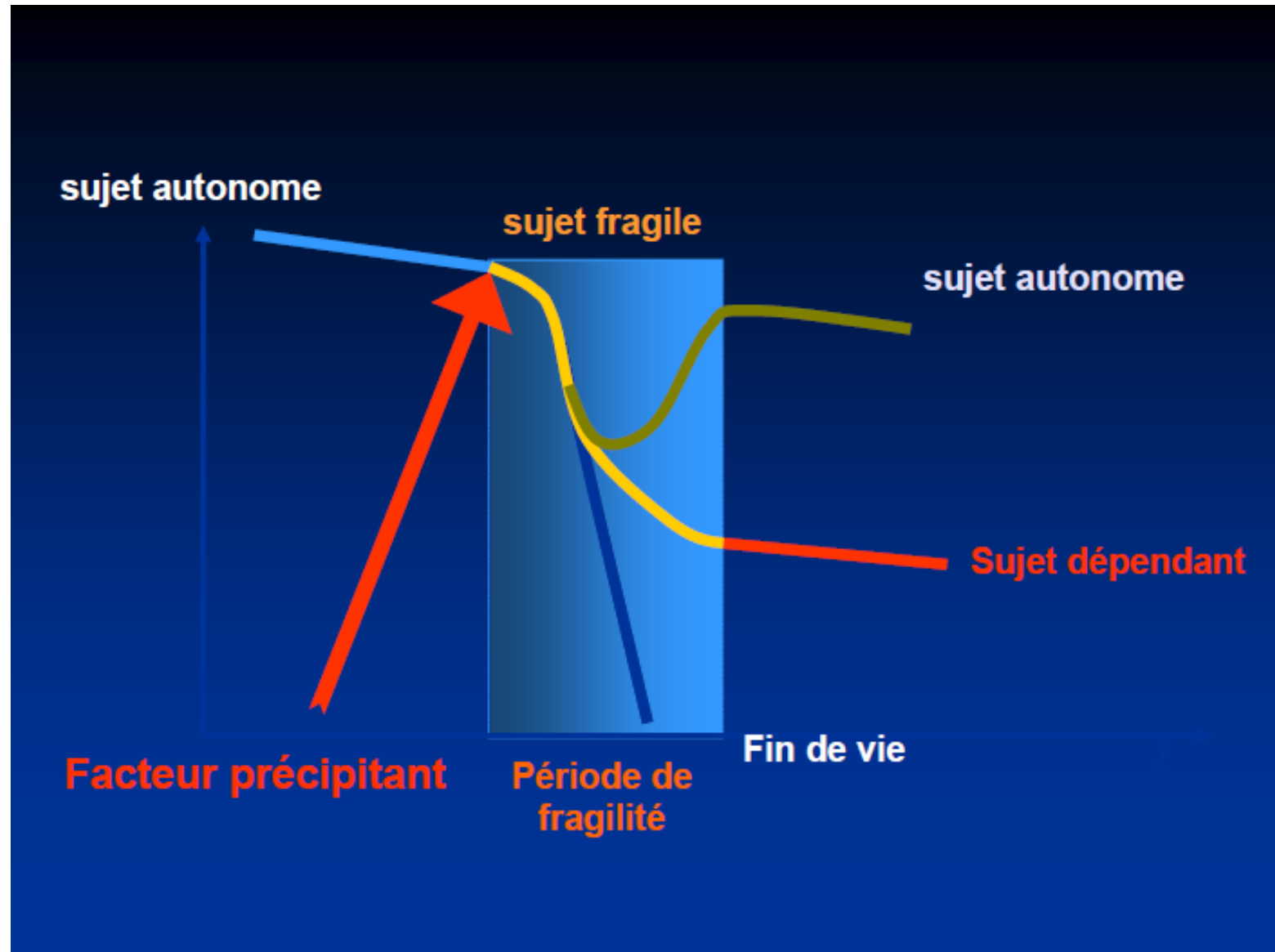


Pour vous, qu'est-ce que la fragilité ?

- Sentiment de fatigue 
- Petite retraite
- Isolement social 
- Avoir un moral bas
- Perte de poids involontaire 

LE CONCEPT DE FRAGILITÉ

- Syndrome médical,
- aux multiples causes, avec réduction de la réserve physiologique, vulnérabilité accrue, exposant à un excès de mortalité ou à la dépendance, en cas d'exposition à un stress.
- Baisse de la réserve physiologique : cognitive, musculaire, thymique, fonction rénale, cardiovasculaire,...



- 
- *La fragilité serait une résultante :*
 - - de problèmes de santé liés au vieillissement,
 - - d'un environnement qui se révèle mal adapté au vieillissement et accentue les problèmes de santé. (logement mal adapté, réseau familial et social qui se délite, mobilité en baisse, ressources économiques en baisse avec la retraite mais aussi le décès d'un conjoint, animal de compagnie, etc.)
 - - difficultés à faire face à un stress, baisse de l'adaptabilité face à un changement...

Hétérogénéité de la population âgée

- PA qui présentent une excellente autonomie fonctionnelle et intellectuelle, ainsi qu'une bonne intégration sociale.

⇒ **Vigoureux ou robustes**

- PA qui présentent des limitations fonctionnelles et intellectuelles et un isolement. Risque de perte de fonctions cognitives et/ou fonctionnelles.

⇒ **Fragiles**

- PA qui sont dépendantes pour la plupart des actes de la vie quotidienne. Perte de fonctions.

⇒ **Malades, dépendants**

LES CRITÈRES DE FRAGILITÉ :

- Sentiment d'asthénie, perte des forces.
- Équilibre fragile avec baisse des performances motrices.
- Déficit cognitif.
- Perte de poids non intentionnelle.
- Perte ADL/IADL.
- Baisse de la vitesse de marche, moins de sorties...
- Désafférentation neurosensorielle non appareillée.
- Perte activités (club, marche, sortie, visites amis...), perte du lien social. COVID.



Critères de Fried :

- perte de poids involontaire de plus de 4,5 kg, en 1 an,
- épuisement ressenti par le patient,
- vitesse de marche ralentie,
- sédentarité,
- baisse de la force musculaire.



Les personnes âgées en perte d'autonomie vivent majoritairement à domicile !

- Oui
- Non



Les personnes âgées en perte d'autonomie vivent majoritairement à domicile !

- Oui 
- Non



POURQUOI DÉPISTER LA FRAGILITÉ ?

- Évitable et Réversible +++++, ou atténué.
- Prévention primaire.
- Mais devenir fragile ne signifie pas obligatoirement devenir dépendant.
- En pratique, un sujet âgé fragile est un patient en équilibre instable sur le plan médical, susceptible de se décompenser dans son autonomie lors d'une pathologie aiguë, d'un effet indésirable d'un médicament ou d'un stress d'ordre socio-affectif.

BENEFICES DU DÉPISTAGE :

- Pour la personne âgée : vivre le plus longtemps possible en bonne santé.
- Prévenir la dépendance et offrir une meilleure qualité de vie aux personnes.
- Pour son entourage : « charge » moins lourde pour les aidants.
- Pour la société : réduction des coûts liés à la grande dépendance.

- Une PA vigoureuse coûte en moyenne 2600 euros / an, en soins.
- Une PA fragile => 4200 à 4600 euros/an.
- Le coût moyen en établissement est 3 fois plus élevé qu'à domicile.

Quelles sont les conséquences de la fragilité ?

- Institutionnalisation en EHPAD
- Isolement social
- Fracture du poignet
- Hospitalisation



Quelles sont les conséquences de la fragilité ?

- Institutionnalisation en EHPAD 
- Isolement social
- Fracture du poignet
- Hospitalisation 

CONSÉQUENCES DE LA FRAGILITÉ :

● Risque de Mortalité à 5 ans	* 3
● Hospitalisation	* 2
● Durée hospitalisation	* 3
● Institutionnalisation à 5 ans	* 9
● Perte d'autonomie	* 3
● Fracture de hanche	* 1.57



OUTIL DE DÉPISTAGE :

- 1^{ère} évaluation par le MG.
- Evaluation en hôpital de jour fragilité.
- Consultation de gériatrie.

	OUI	NON	NE SAIT PAS
Votre patient vit-il seul ?			
Votre patient a-t-il perdu du poids au cours de ces 3 derniers mois ?			
Votre patient se sent-il plus fatigué depuis des 3 derniers mois ?			
Votre patient a-t-il plus de difficultés à se déplacer depuis ces 3 derniers mois ?			
Votre patient se plaint-il de la mémoire ?			
Votre patient a –t-il une vitesse de marche ralentie ?			

Si vous avez répondu oui à l'une de ces questions :

Votre patient vous paraît-il fragile? Oui non

Si oui, accepte-t-il une évaluation de la fragilité en HDJ ?

Oui Non



Pour les PA > 70 ans,

GIR 5 et 6.

ADL >5-6, autonomes sans dépendance sévère.

PA adressé par MT ou spé.

Envoyer au secrétariat de gériatrie du CH de Roanne le document papier par courrier.

Via mon sira : secretariat umgemg CH Roanne.

Fax : 04 77 44 36 18 / 04 77 23 71 46

Appel téléphonique : 04 77 70 27 33



Bibliographie :

- INSEE 2023,
- Morley J, Vellas B JAMDA 2013
- (Fried J gerontol 2001)
- <https://www.elsevier.com/fr-fr/connect/depister-la-fragilite-chez-le-sujet-age>.
- Rapport HAS 2013,
- https://www.apesquebec.org/system/files?file=2023-12/20220915_RPEG_fiche_fragilite.pdf.
- [Rapport IRDES : Dépenses de santé, vieillissement et fragilité : le cas français.](#)
- Prévalence et conséquences de la fragilité - 24/08/18
Prevalence and consequences of frailty
Doi :10.1016/j.pranut.2018.05.004
<https://www.fragilite.org/livreblanc/projet/Livre-blanc-%282015%29.pdf>



Merci pour votre attention

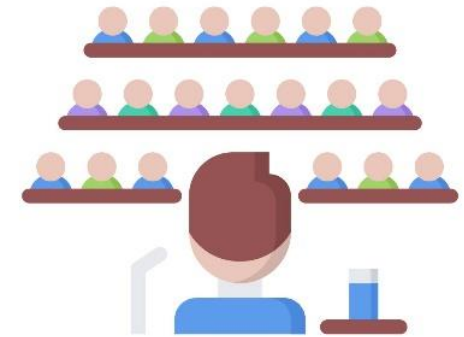


Les facteurs de fragilités - Focus sur le sommeil

Dr Julien FAVIER – Médecin Somnologue
Cabinet Somnidoc à Villerest



- Trouble du sommeil : les grandes typologies (insomnie, hypersomnie,...).
- Evolution du sommeil selon l'âge.
- Quelles en sont les causes et les conséquences ?
- Vers qui et quand orienter les personnes âgées pour ces problématiques ? *(ateliers, consultations, examens,...)*





Les facteurs de fragilités

Focus sur les troubles du sommeil

DR JULIEN FAVIER
SOMNIDOC

Déclaration d'intérêts

2020 - 2024	Pharmaceutical industry, HCP, manufacturers
Clinical coordinator	-
Clinical investigator	Bioprojet, Apneal, Sleepsense, PSASS/Nix
Consultant	BMC, Sante Cie, Bastide
Invitation to conferences / congress	Odalys, SOS Oxygène, ASTEN santé, Elivie, Air Liquide (VitalAir, Orkyn), Jazz pharmaceuticals, BMC, Bioprojet, Bastide
Speaker	Santé Cie, BMC, Bioprojet



Centre du Sommeil de la Mirandole



Drs Julien Favier et Maxime Stutz

Cabinet spécialisé dans les pathologies du sommeil de l'enfant et de l'adulte

DUs Insomnie

3 ETP IDE. 2 ETP Secrétariat.

3 sites d'exercice : Roanne/Villerest, Annemasse, Paray le Monial



Dr Fabrice Charles

Cabinet spécialisé dans les troubles du sommeil de l'adulte

1 ETP Assistante. 1 ETP Secrétariat.

Exercice exclusif : Roanne / Villerest

Les autres professionnels du centre :

- Dr Laurine Vacelet : pneumologue
- Dr Valer Grigoras : neurologue
- Roxana Grigoras : psychologue
- Marie Massot : diététicienne



Centre du Sommeil de la Mirandole

Prise en charge des différentes pathologies du sommeil grâce à un ensemble d'examens :

- Polygraphie ventilatoire (diagnostic et de contrôle) en ambulatoire
- Polysomnographie en hospitalisation (6 lits – Clinique du Renaison) et en ambulatoire
- Tests de maintien de l'éveil (4 boxs d'examen au CSM)
- TILE (2 boxs à venir)
- Actimétrie (20 actimètres disponibles)
- EFR – 2 cabines (Somnidoc et Dr Vacelet)
- 1 salle d'ETP notamment pour mettre en œuvre les programmes réalisés dans le cadre de l'association CATSS.

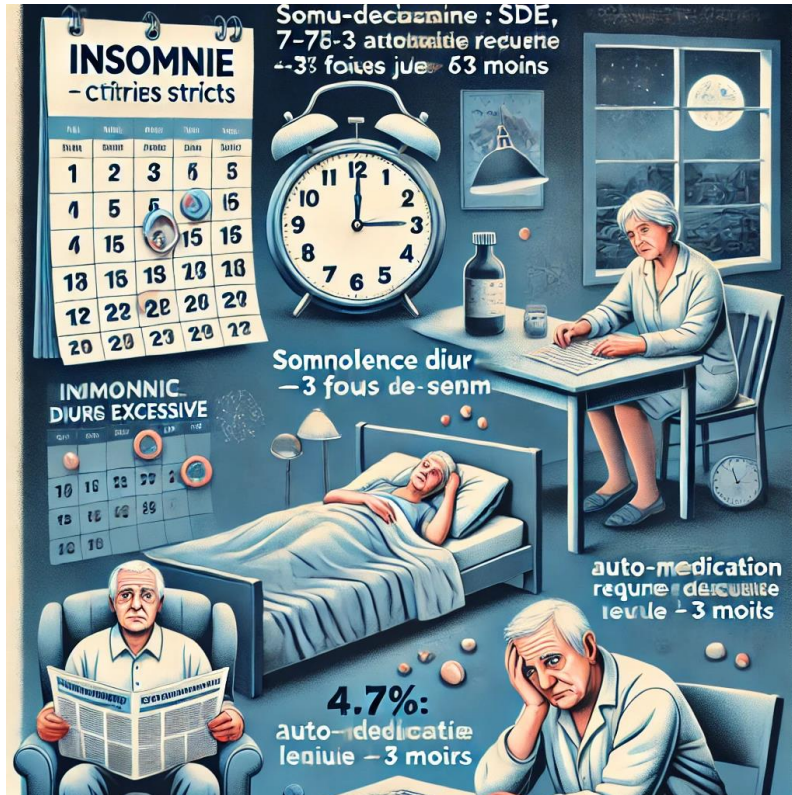
Permettant de prendre en charge :

- Les apnées du sommeil
- Les bilans initiaux d'hypersomnie (et relais centre de référence si besoin)
- Les troubles du rythme circadiens notamment en pédiatrie
- Les insomnies (ouverture prévue d'une HDJ insomnie à la Clinique du Renaison courant 2025)



| Épidémiologie & impact clinique

- Insomnie : prévalence 7 – 15 % si critères stricts, > 30 % si simple plainte chez les ≥ 65 ans

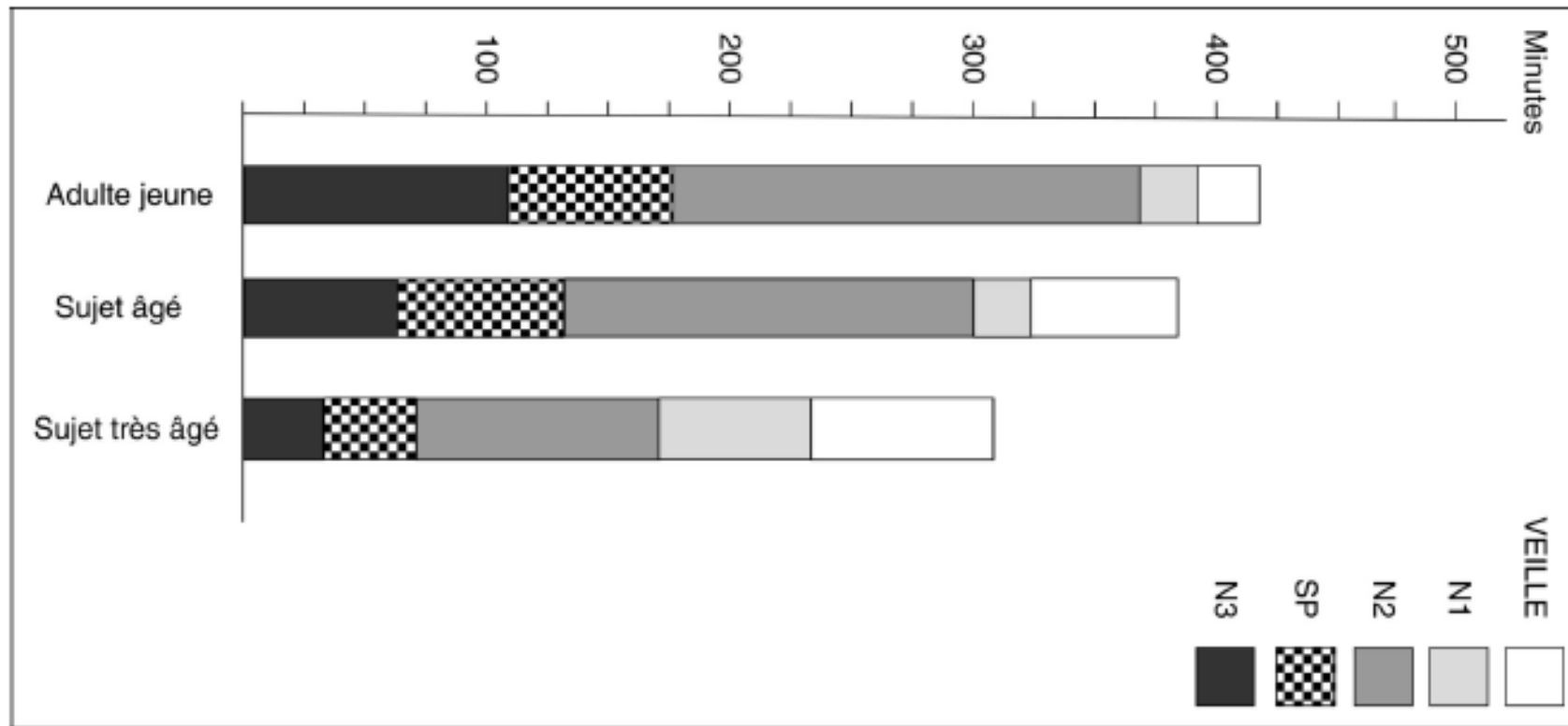


- Somnolence diurne excessive (SDE) signalée par 10 – 33 % des seniors ; plainte ≥ 3 fois/sem depuis ≥ 3 mois : 4,7 %
- Sous-déclaration : nombreux patients s'automédiquent (alcool, somnifère sans prescription) et n'en parlent pas au médecin
- Conséquences : chutes, altération cognitive, dépression, surmortalité cardio-vasculaire



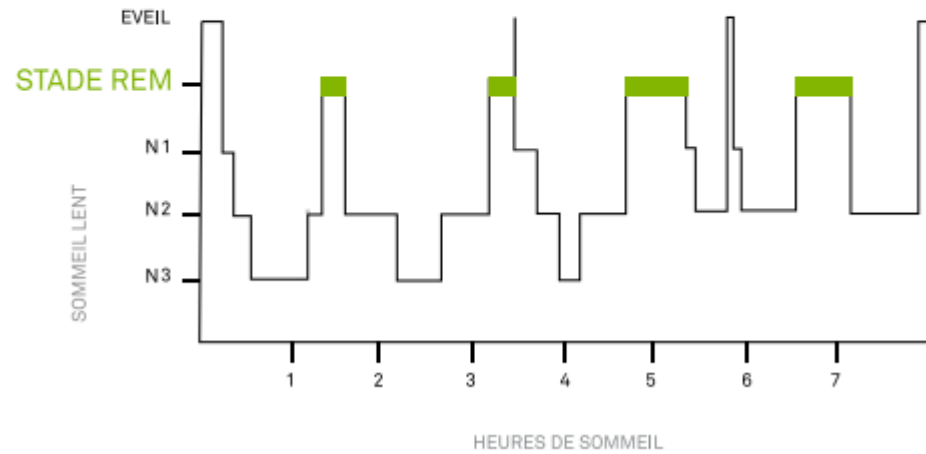
Modifications physiologiques Architecture

- Réduction du sommeil lent profond (N3) : -40 % entre 20 et 70 ans, avant la diminution du REM
- Diminution du temps total de sommeil (~30 min de moins par décennie) et efficacité < 80 %
- Fragmentation : ↑ micro-éveils & transitions de stade,

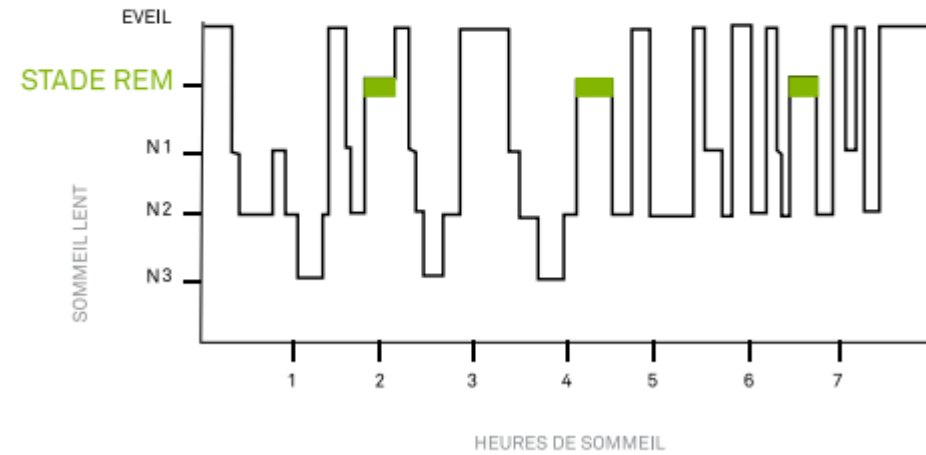


Modifications physiologiques Architecture

Hypnogramme adulte jeune

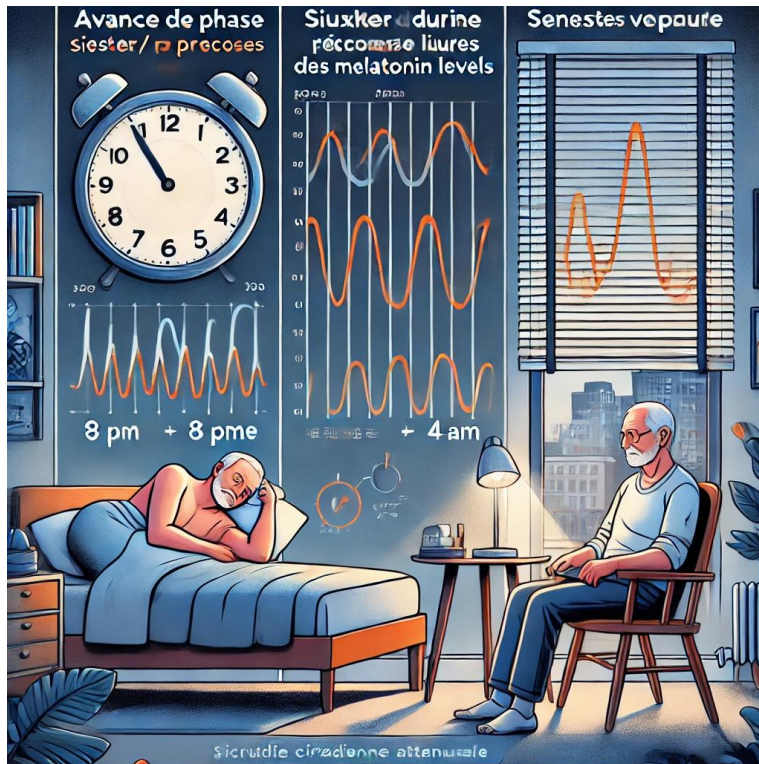


Hypnogramme sujet âgé



Modifications physiologiques

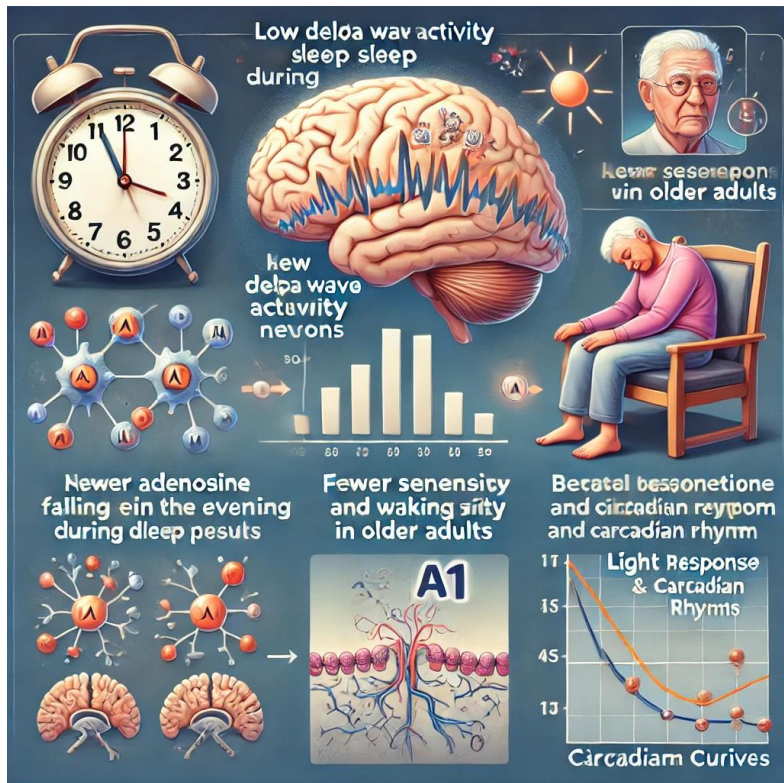
Système circadien



- **Avance de phase** : Endormissement et réveil plus précoces liés à un décalage des rythmes biologiques internes, notamment de la température corporelle et de la sécrétion de mélatonine (survenue plus tôt dans la soirée).
- **Amplitude circadienne réduite** : L'amplitude des variations quotidiennes des rythmes biologiques (température, vigilance, hormones) diminue → **favorise les siestes en journée et une somnolence dès la fin d'après-midi.**
- **Sensibilité à la lumière conservée** : Bien que la réactivité à la lumière soit toujours présente, une exposition réduite à la lumière en soirée (lumière inhibant la mélatonine) **renforce l'avance de phase**
- **Modèle de Phillips-Robinson** : Ce modèle intègre les effets de la réduction de l'amplitude circadienne et d'une pression homéostatique du sommeil affaiblie (moins de "besoin de sommeil accumulé") pour expliquer :
 - L'avance de phase
 - La fragmentation du sommeil nocturne



Modifications physiologiques Homéostasie & pression de sommeil



- **Pression homéostatique réduite :**

La pression de sommeil (accumulation du besoin de dormir avec le temps d'éveil) diminue avec l'âge.

→ Activité delta (ondes lentes du sommeil profond) plus faible

→ Réponse au manque de sommeil (rebond delta) moins marquée

- **Rôle de l'adénosine :**

Bien que les niveaux d'adénosine (molécule favorisant le sommeil) restent élevés chez les personnes âgées,

→ La sensibilité diminue à cause de la réduction des récepteurs adénosine A1, impliqués dans la somnolence

- **Conséquences comportementales :**

→ Endormissement plus facile en début de soirée

→ Réveils précoces le matin, souvent sans possibilité de rendormissement

- **Interaction homéostasie / circadien :**

Le lien entre ces deux systèmes se manifeste dans la réponse à la lumière (modification de la courbe de phase) :

→ La lumière agit différemment selon la pression de sommeil et le moment du rythme circadien



Insomnie du sujet âgé



Forme clinique mixte

L'insomnie chez la personne âgée est le plus souvent combinée:



Difficultés d'endormissement :
latence prolongée du sommeil.



Réveils nocturnes fréquents :
fragmentation du sommeil.



Réveils précoces : souvent dès l'aube, sans possibilité de rendormissement.



Ces troubles sont liés à des modifications physiologiques du sommeil avec l'âge:

- Diminution du sommeil lent profond
- Avance de phase du rythme circadien (endormissement et réveil plus précoces)
- Réduction de l'efficacité du sommeil (plus de micro-éveils)



Facteurs d'entretien

Certains comportements ou pensées perpétuent l'insomnie:



Croyances erronées : « Je dois dormir 8 heures sinon je tombe malade »



Inactivité diurne : peu de fatigue accumulée → moins de pression de sommeil

Utilisation du lit hors sommeil : lit associé à des activités éveillantes (TV, téléphone mobile)



Ces facteurs sont des cibles privilégiées en TCC-I (Thérapie Cognitive Comportementale)

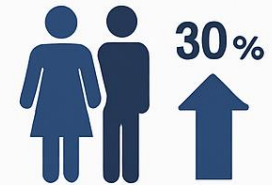


Apnée du sommeil

Syndrome d'apnées obstructives du sommeil (SAOS)

Prévalence accrue avec l'âge

- Le SAOS touche jusqu'à 30-50 % des personnes âgées
 - Plus fréquent chez hommes, surtout après 65 ans (effet protectif hormonal chez les femme avant à la ménopause).



Physiopathologie

- Obstruction répétée des voies aériennes supérieures (VAS) pendant sommeil
 - Entraîne des épisodes d'hypoxémie intermittente, micro-éveils fréquents et activation du système nerveux sympathique



Conséquences cardio-vasculaires

SAOS est un facteur de risque indépendant pour

- Hypertension artérielle (HTA), surtout résistante
- Insuffisance cardiaque (IC)
- Troubles du rythme (fibrillation atriale, etc.)
- Accidents vasculaires cérébraux (AVC)



Dépistage & diagnostic

Échelle de somnolence d'Epworth (ESS) et questionnaire STOP-BANG pour dépistage clinique

Confirmation par polygraphie ventilatoire (en ambulatoire) ou polysomnographie (examen de référence en laboratoire du sommeil)



Troubles du rythme circadien chez le sujet âgé

Syndrome d'avance de phase

Le rythme veille-sommeil est avancé par rapport à l'horaire social:

- Endormissement entre 18 h et 21 h, réveil entre 2 h et 5 h du matin
- Prévalence estimée à environ 7 % chez les 40-64 ans; >15 % chez les personnes âgées



Qualité de sommeil conservée

Le sommeil reste profond et réparateur si l'individu suit son horloge biologique naturelle (pas de contrainte sociale)



Le sommeil reste profond et réparateur si l'individu suit son horloge biologique naturelle

Diagnostic et traitement

Diagnostic:



Agenda de sommeil sur 14 jours



Actimétrie



En cas de doute : dosage de la mélatonine salivaire pour confirmer l'avance du rythme circadien

Traitement (approche hiérarchisée)



Hygiène de sommeil



Photothérapie matinale



Mélatonine vespérale (prise en début de soirée, à faible dose, sous supervision médicale)



Chronothérapie



Syndrome des jambes sans repos (SJSR)

Présent dans plus de 50% des troubles moteurs nocturnes liés aux maladies neurodégénératives

(ex. Parkinson, démences à corps de Lewy).

→ Besoin impérieux de bouger les jambes, surtout au repos, souvent le soir ou la nuit



Mouvements Périodiques des Jambes (MPJ)

→ Index MPJ >15 par heure de sommeil est considéré comme pathologique

→ Peut entraîner micro-éveils fréquents et somnolence diurne excessive (SDE)



Facteurs favorisants:



Carence en fer
(même avec une ferritine normale)



Insuffisance
rénale



Neuropathies
périphériques



Prise en charge



Correction de la carence martiale :
viser une ferritine > 75 µg/L

Traitement médicamenteux
si symptômes persistants:

- Agonistes dopaminergiques à faibles doses (pramipexole, ropinirole)
- $\alpha 2\delta$ -ligands (gabapentine, prégabaline), notamment si douleurs associées ou terrain anxiodépressif



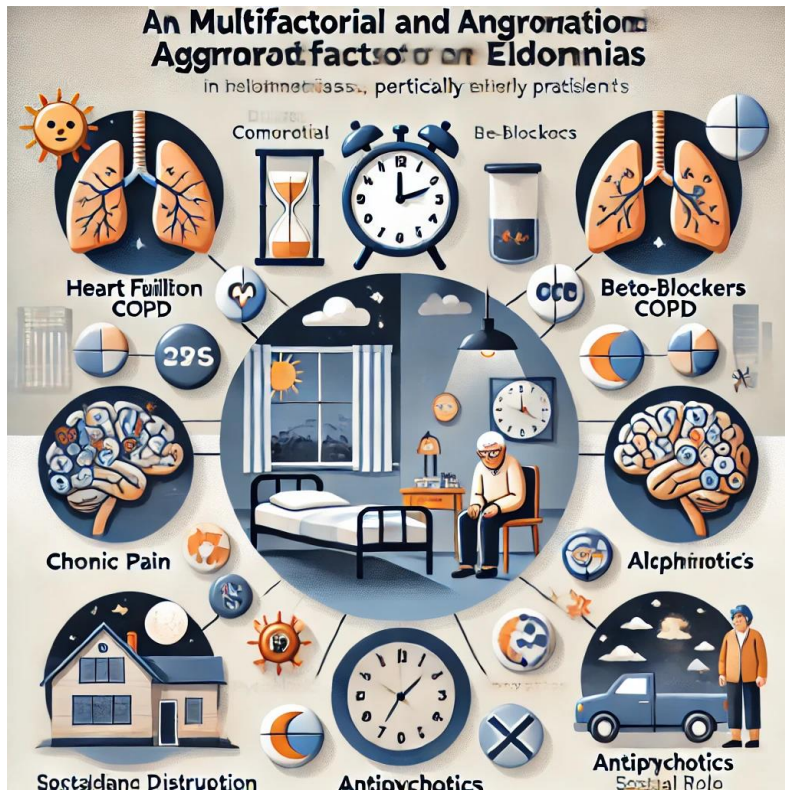
Parasomnies du sujet âgé

Trouble du comportement en sommeil paradoxal (TCSP)

- **Clinique:** rêves agités, gestes brusques, comportements violents pendant le sommeil
- **Contexte:** souvent prodrome d' α -synucléinopathies (Parkinson DCL)
- **Comorbidités:** fréquent avec SJSR et MPJ
- **Diagnostic:** Vidéopolysomnographie: confirme l'absence d'atonie REM
- **Traitement:** Mesures de sécurité (protéger le lit, retirer objets dangereux)
- Mélatonine 3-6 mg
- Clonazépam faible dose si nécessaire



Facteurs aggravants multifactoriels



Comorbidités chroniques

Certaines pathologies chroniques perturbent directement le sommeil :

- Insuffisance cardiaque (IC) : dyspnée nocturne, réveils fréquents.
- BPCO : hypoxie nocturne, toux, gêne respiratoire.
- Douleurs chroniques : empêchement à l'endormissement ou réveils multiples.
- Maladie d'Alzheimer (MA) : désorganisation du rythme veille-sommeil.

Polymédication

Certains traitements aggravent les troubles du sommeil :

- Diurétiques : entraînent une nycturie, cause de réveils nocturnes.
- β -bloquants : diminuent la sécrétion de mélatonine, hormone du sommeil.
- ISRS (inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine) et neuroleptiques : peuvent induire une insomnie ou aggraver une fragmentation du sommeil.

Environnement & lumière

- En institution (EHPAD, hôpital), diminution de l'exposition à la lumière naturelle :
 - Réduction de la photopériode (temps d'exposition à la lumière du jour).
 - Entraîne une désynchronisation du rythme circadien, perturbant l'endormissement et la qualité du sommeil.

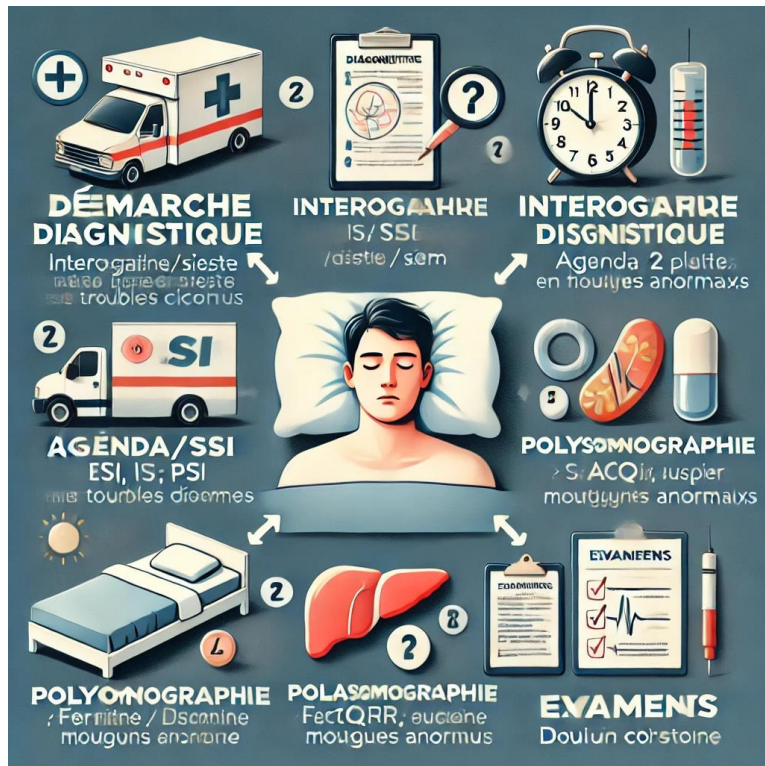
Facteurs psychosociaux

- Isolement social, deuil, perte de rôle ou de statut social :
 - Génèrent anxiété, dépression ou ruminations, contribuant à l'insomnie.



| Démarche diagnostique

- Démarche diagnostique
- Interrogatoire ciblé : agenda/sieste, plaintes, médicaments, douleur
- Outils : ESS, ISI, PSQI ; agenda > 2 sem ; actimétrie utile en troubles circadiens
- Polysomnographie : SAOS, parasomnies, suspicion mouvements anormaux
- Examens ciblés : ferritine (SJSR), TSH, dépression, douleur chronique



Traitements

Prise en charge non-pharmacologique

Hygiène & chronohygiène



- activité diurne
- lumière matinale ≥ 30 min
- éviter écrans/alcool le soir

TCC-I



- contrôle stimulus
- restriction sommeil
- restructuration cognitive
- relaxation

Exercice physique régulier



- améliore latence & efficacité

Interventions environnementales



- réduire bruit
- éclairage nocturne adapté (risque chutes)

Traitements pharmacologiques & spécifiques



Hypnotiques

privilégier demi-vie courte (zolpidem, zopiclone);
durée < 4 sem pour limiter dépendance & rebond



Mélatonine 2 mg LP

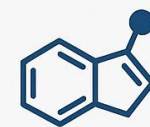
homologuée +55 ans
pour troubles d'endormissement et SAp



SAOS· Pression

Positive Continue (PPC)

réduit somnolence et morbi-mortalité même > 80 ans si tolérée



SJSR/MPJ: agonistes

dopaminergiques, $\alpha_2\beta$ -ligands;
surveiller mojoration impulsivité

Parasomnies : mélatonine ou clonazépam
sécuriser l'environnement nocturne



CONCLUSION & MESSAGES CLÉS



Vieillessement = architecture fragilisée + avance circadienne + pression homéostatique réduite
→ vulnérabilité au moindre facteur perturbateur

Insomnie, SAOS, troubles moteurs & circadiens sont fréquents et souvent sous-diagnostiqués. Leur retentissement sur cognition, humeur et CV justifie un dépistage systématique.



Approche individualisée, multimodale : hygiène, TCC, traitements ciblés, adaptation de la polymédication.

Qualité de sommeil = qualité de vie : une intervention même tardive apporte un gain fonctionnel tangible pour les patients et leurs aidants.



Les facteurs de fragilités

Focus sur les troubles du sommeil

Jeudi 05 Juin 2025 - Roanne

**MERCI DE VOTRE
ATTENTION**



Qualité de vie au travail pour favoriser les Prises en soins

Natacha VERGNAUD – Directrice – EHPAD Quiétude

Alexandra HUREZ – Coordinatrice Qualité – EHPADs du territoire



- Définition de la QVT / QVCT



- Pourquoi organiser une démarche QVT ?



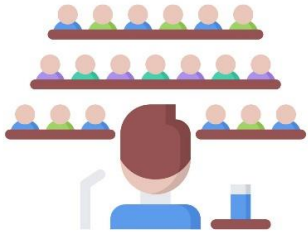
- Des actions concrètes pour s'engager dans une démarche QVCT avec focus sur les fondamentaux



- Exemple concret d'amélioration sur la structure grâce à une démarche QVCT

- Exemple d'action menée sur la structure, à réinterroger sur le résultat obtenu

- Ressources / sources pour travailler une démarche QVCT ?



Qualité de vie au travail pour favoriser les Prises en soins

Natacha VERGNAUD – Directrice – EHPAD Quiétude

Alexandra HUREZ – Coordinatrice Qualité – EHPADs du territoire



Depuis le 31 mars 2022, la notion de QVT (Qualité de Vie au Travail) a disparu pour laisser place à la **QVCT** ; à savoir **la Qualité de Vie et des Conditions de Travail**.

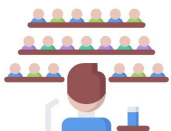
Définie par l'ANI (Accord National Interprofessionnel) de 2020, cette notion instaure le principe que « *ce sont les conditions dans lesquelles les salariés exercent leur travail, et leur capacité à s'exprimer et à agir sur le contenu de celui-ci, qui déterminent la **perception de la qualité de vie au travail qui en résulte*** ».

De façon un peu plus explicite, la QVCT cherche à aller plus loin que la simple démarche QVT.

La **QVCT (Qualité de Vie et des Conditions de Travail)** désigne l'ensemble des actions qui visent à améliorer à la fois les conditions de travail des salariés et la performance de la structure. Elle repose sur un équilibre entre bien-être des travailleurs et efficacité du service rendu (qualité de la prise en charge).

Définition officielle ANACT (Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail) :

La QVCT correspond aux **conditions dans lesquelles les salariés exercent leur travail, leur capacité à s'exprimer et à agir sur leur contenu de travail, influençant ainsi leur engagement et la performance globale.**



Qualité de vie au travail pour favoriser les Prises en soins

Natacha VERGNAUD – Directrice – EHPAD Quiétude

Alexandra HUREZ – Coordinatrice Qualité – EHPADs du territoire



Rappel : que dit la Loi ?

D'après le code du travail (article L4121-1), **l'employeur est responsable de la protection de la santé physique et mentale des salariés**. L'employeur prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs.

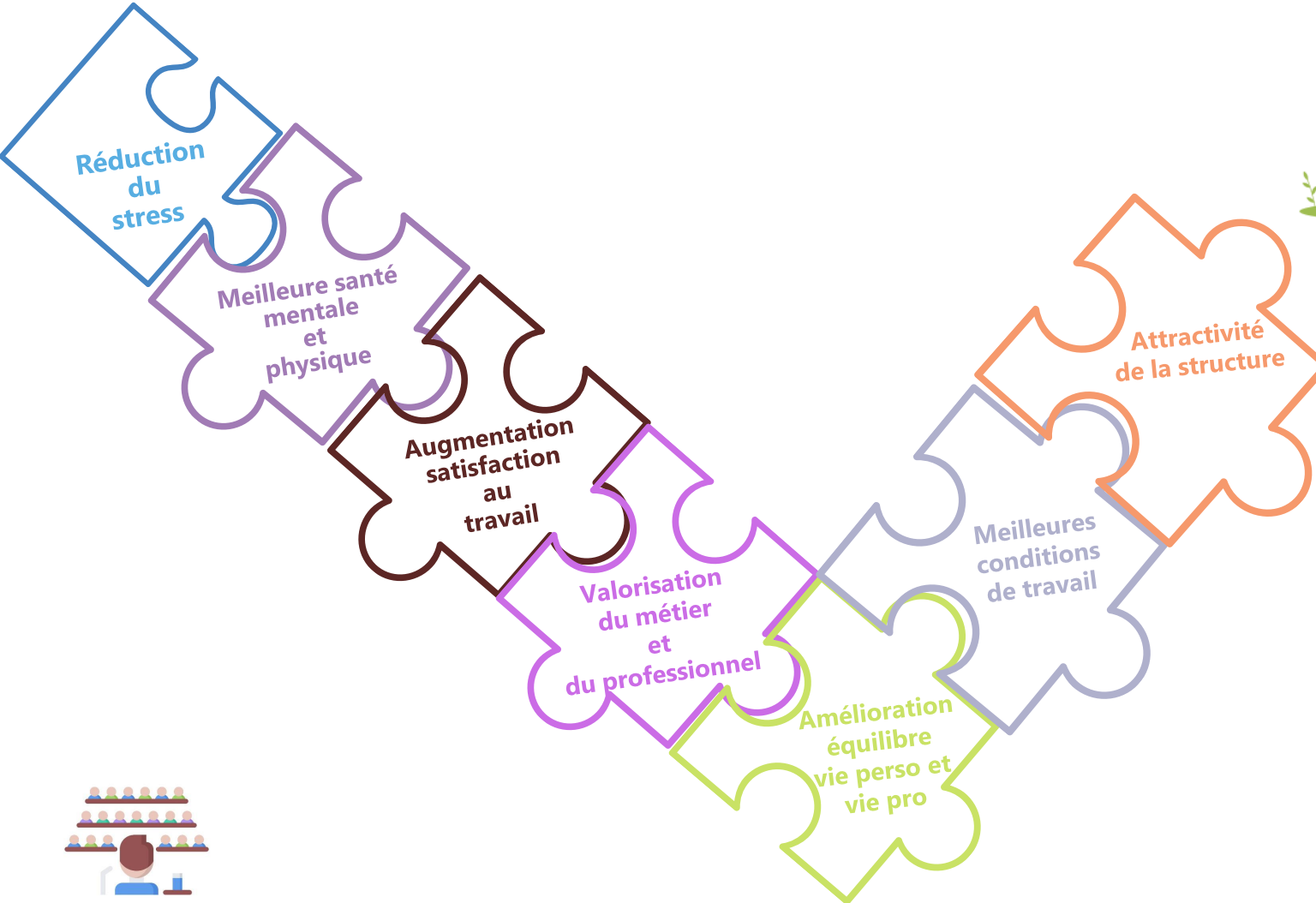
Article L4122-1 : Conformément aux instructions qui lui sont données par l'employeur, dans les conditions prévues au règlement intérieur pour les entreprises tenues d'en élaborer un, **il incombe à chaque travailleur de prendre soin, en fonction de sa formation et selon ses possibilités, de sa santé et de sa sécurité ainsi que de celles des autres personnes concernées par ses actes ou ses omissions au travail.**



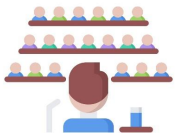
Qualité de vie au travail pour favoriser les Prises en soins

Natacha VERGNAUD – Directrice – EHPAD Quiétude

Alexandra HUREZ – Coordinatrice Qualité – EHPADs du territoire



**Répercussion
sur la qualité
des soins prodigués,
de la prise en charge
et de
l'accompagnement**



Focus sur les fondamentaux QVCT

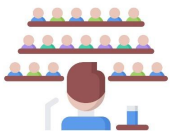
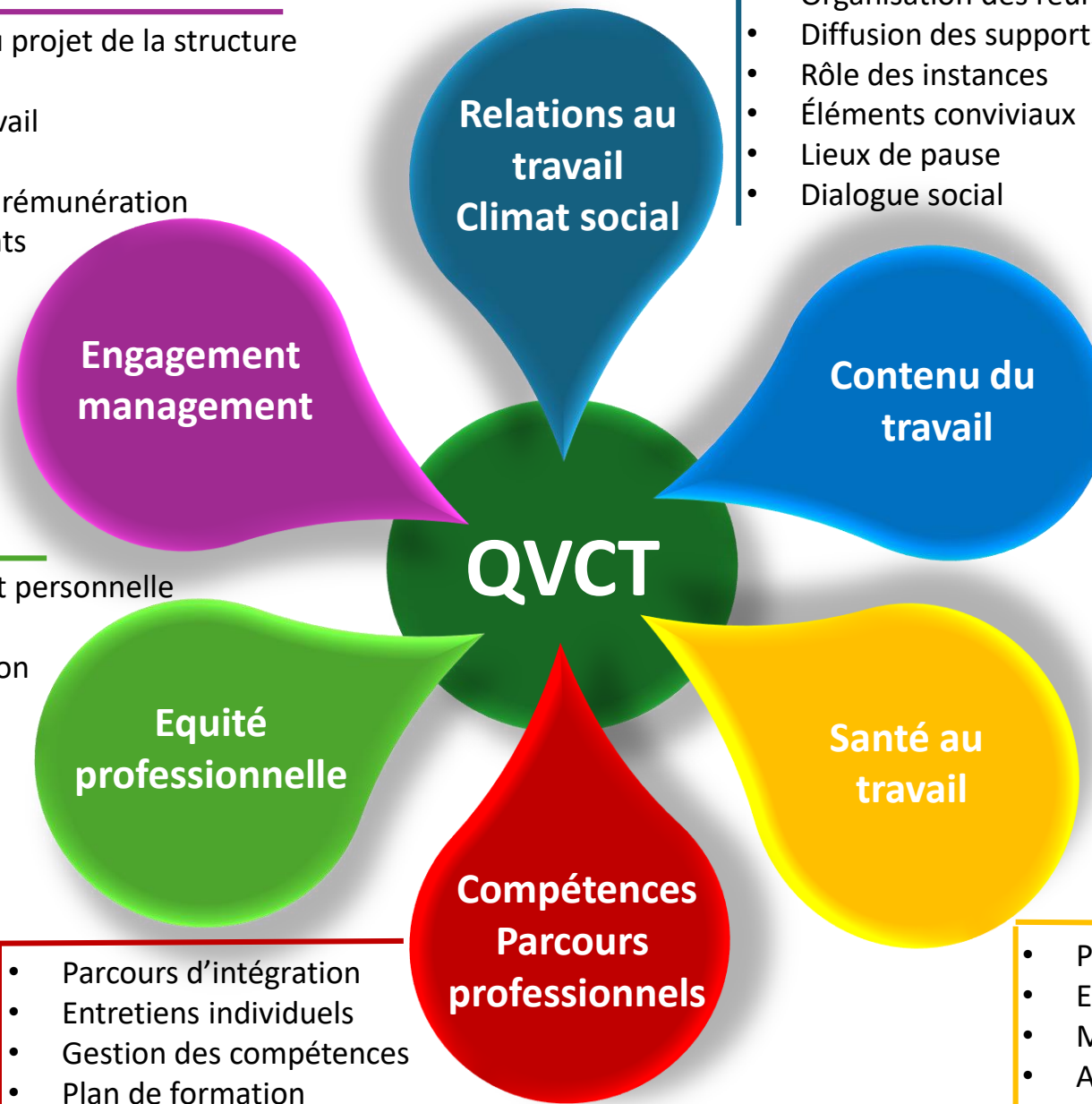
- Connaissance de la stratégie, du projet de la structure
- Clarté des rôles
- Diffusion des procédures de travail
- Temps d'échanges sur le travail
- Transparence de la politique de rémunération
- Informations sur les changements

- Relation au travail
- Organisation des réunions internes
- Diffusion des supports internes
- Rôle des instances
- Éléments conviviaux
- Lieux de pause
- Dialogue social

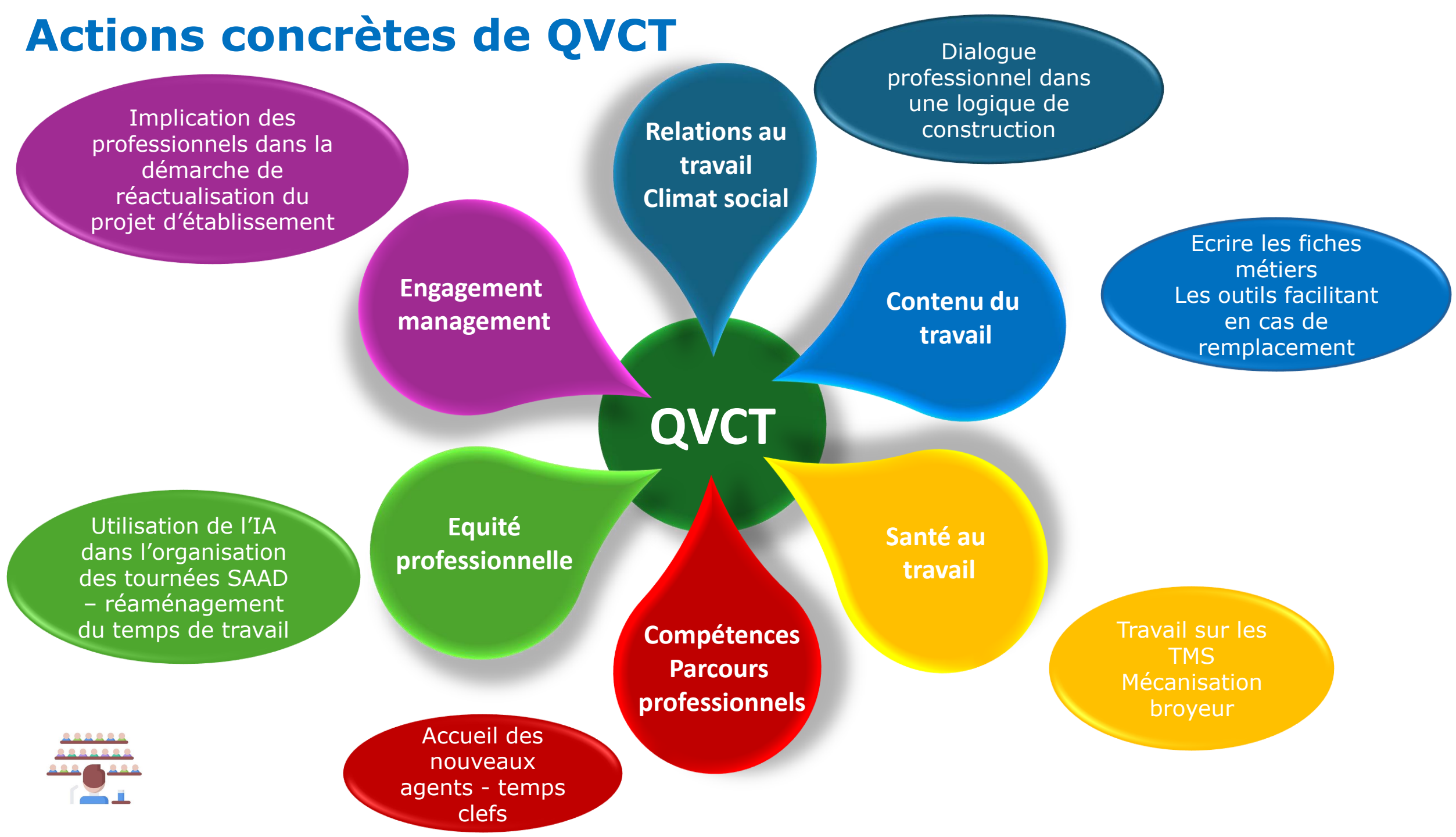
- Clarté au travail
- Autonomie dans le travail
- Moyens pour réaliser le travail
- Clarté des consignes
- Gestion de l'activité
- Répartition de la charge de travail

- Prise en compte de la santé
- Elaboration et diffusion du DUERP
- Mise en œuvre du plan d'actions de prévention
- Aménagement des lieux et postes de travail
- Optimisation de déplacements professionnels
- Régime de protection sociale complémentaire

- Parcours d'intégration
- Entretiens individuels
- Gestion des compétences
- Plan de formation
- Accueil des stagiaires
- GPEC



Actions concrètes de QVCT



Qualité de vie au travail pour favoriser les Prises en soins

Natacha VERGNAUD – Directrice – EHPAD Quiétude

Alexandra HUREZ – Coordinatrice Qualité – EHPADs du territoire

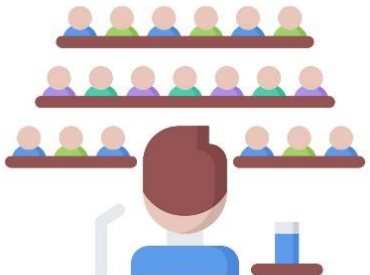


Exemple concret d'amélioration sur la structure grâce à une démarche QVCT

Travail
sur
les TMS



TEAM'PREV TMS –
Par Agemetra
Santé au travail



Qualité de vie au travail pour favoriser les Prises en soins

Natacha VERGNAUD – Directrice – EHPAD Quiétude

Alexandra HUREZ – Coordinatrice Qualité – EHPADs du territoire



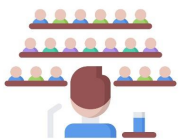
Exemple concret d'amélioration sur la structure grâce à une démarche QVCT

Le risque de TMS peut-il augmenter si le travail n'a pas d'intérêt ou perd de son sens ?
(une seule réponse possible)

Réponses possibles :

- A - non, car même si le travail n'est pas intéressant, il n'est pas fatigant
- B - non, car cela n'augmente pas les contraintes physiques
- C - oui, car la dimension psychosociale joue un rôle dans l'apparition des TMS

Réponse C – Le sentiment de mal faire son travail par manque de temps ou de moyens, la crainte d'être maltraitant vis-à-vis des usagers, l'impression de faire un travail inutile, sont des facteurs aggravants de TMS.



Qualité de vie au travail pour favoriser les Prises en soins

Natacha VERGNAUD – Directrice – EHPAD Quiétude

Alexandra HUREZ – Coordinatrice Qualité – EHPADs du territoire



Exemple concret d'amélioration sur la structure grâce à une démarche QVCT

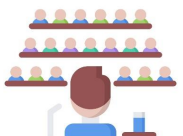
Les relations dégradées avec les collègues peuvent-elles favoriser la survenue de TMS ?
(une seule réponse possible)

Réponses possibles :

A - non, car cela n'a rien à voir avec des contraintes physiques

B - oui, car elles vont entraîner un état de stress et diminuer l'entraide

Réponse B – Les relations dégradées avec les collègues ont une influence dans la survenue des TMS. Elles vont entraîner un état de stress qui augmente le risque d'apparition de TMS.



Qualité de vie au travail pour favoriser les Prises en soins

Natacha VERGNAUD – Directrice – EHPAD Quiétude

Alexandra HUREZ – Coordinatrice Qualité – EHPADs du territoire



Exemple d'action menée dans le cadre de la QVCT
à réinterroger sur le résultat obtenu

Travail
sur
les TMS



Rails de
transfert



Qualité de vie au travail pour favoriser les Prises en soins

Natacha VERGNAUD – Directrice – EHPAD Quiétude

Alexandra HUREZ – Coordinatrice Qualité – EHPADs du territoire



Ressources / sources pour travailler une démarche QVCT

- *Coopération territoriale :*

Benchmarking entre les établissements et services du territoire

- *Médecine du travail*

<https://santetravail42.fr/>

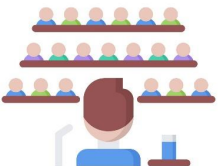


- *Démarches d'évaluation HAS – ESMS*

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-05/procedure_evaluation_essms.pdf

- *Site INRS (Institut National de Recherche et de Sécurité)*

<https://www.inrs.fr/>



Qualité de vie au travail pour favoriser les Prises en soins

Natacha VERGNAUD – Directrice – EHPAD Quiétude

Alexandra HUREZ – Coordinatrice Qualité – EHPADs du territoire



Ressources / sources pour travailler une démarche QVCT

- *Site ARS AURA (Agence Régionale de Santé Auvergne Rhône-Alpes)*

<https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/>

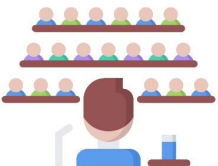
- *Site de l'ARACT (Agence Régionale pour l'Amélioration des Conditions de Travail)*

L'ARACT Auvergne-Rhône-Alpes est une des 16 agences régionales de l'ANACT (Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail) – un établissement public administré par l'État et les partenaires sociaux, doté d'une mission de service public.

<https://www.anact.fr/auvergne-rhone-alpes>

- *Autres ressources :*

- <https://www.conseilqualite.com/blog/41-Mettre-en--uvre-une-politique-de-Qualite-de-Vie-au-Travail.html>
- https://www.psycom.org/wp-content/uploads/2024/04/PSYCOM_Brochures-A5_SM_Emploi_Web2.pdf



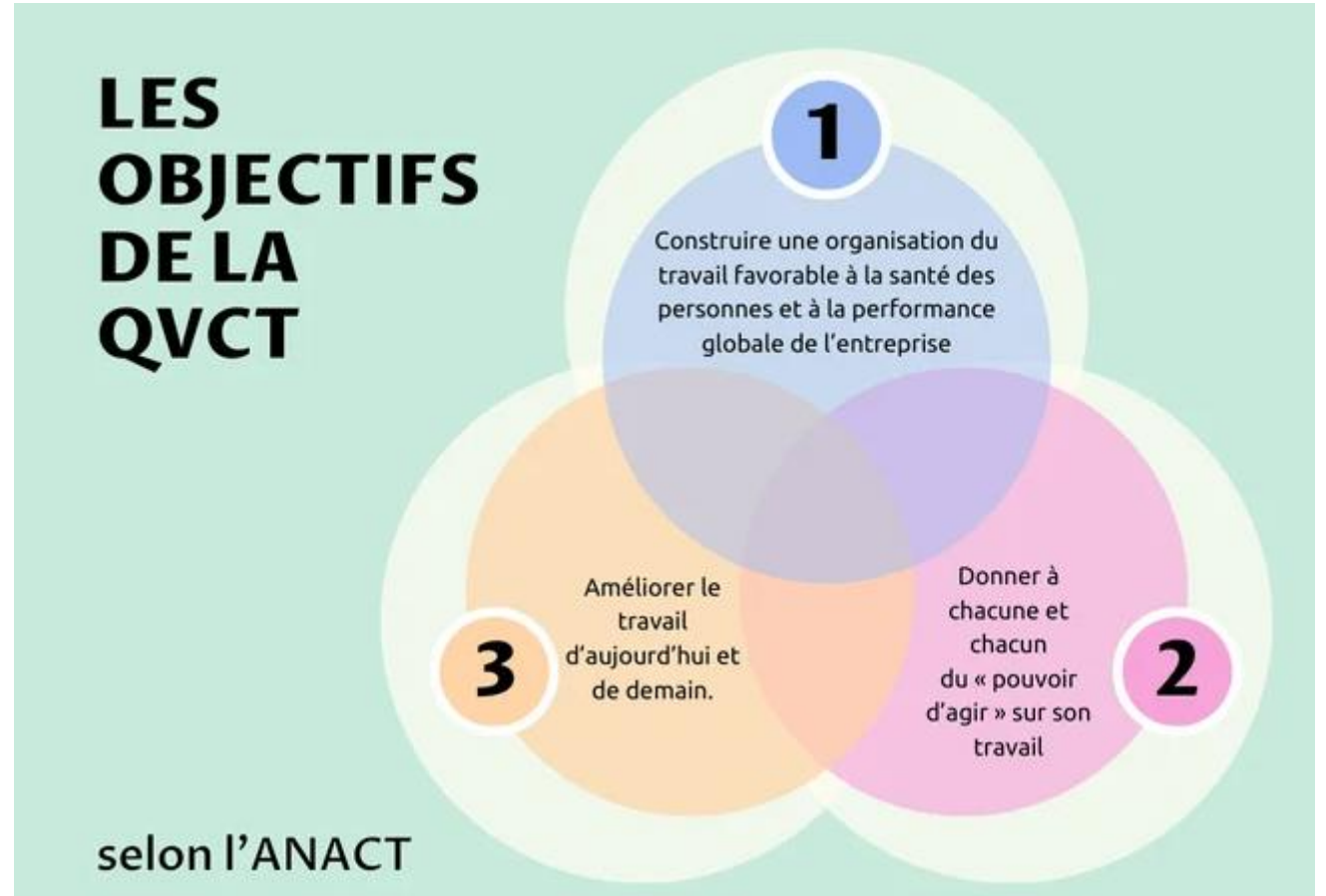
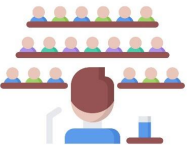
Qualité de vie au travail pour favoriser les Prises en soins

Natacha VERGNAUD – Directrice – EHPAD Quiétude

Alexandra HUREZ – Coordinatrice Qualité – EHPADs du territoire



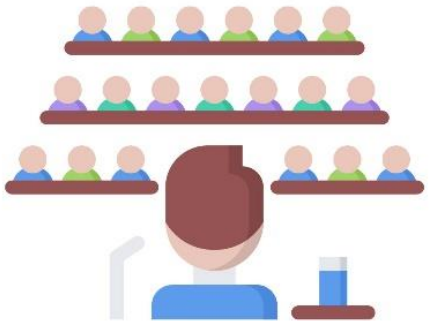
- La QVT / QVCT est une démarche collective.
- L'engagement de la direction est primordiale.
- Elle doit être partagée par tous les professionnels de la structure.



Qualité de vie au travail pour favoriser les Prises en soins

Natacha VERGNAUD – Directrice – EHPAD Quiétude

Alexandra HUREZ – Coordinatrice Qualité – EHPADs du territoire



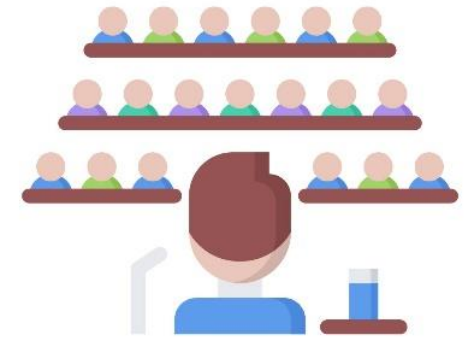
Le métier d'Infirmier en Pratique Avancée

Vincent PEREIRA – IPA

Céline PERRIN – IPA



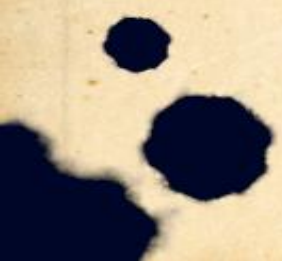
- Définition de l'IPA : cadre et textes
- Les différentes spécialités IPA
- Quelles sont les missions de l'IPA à travers plusieurs cas cliniques :
 - * 1 cas en EHPAD
 - * 1 cas à domicile
 - * 1 cas en cabinet





PRESENTATION IPA

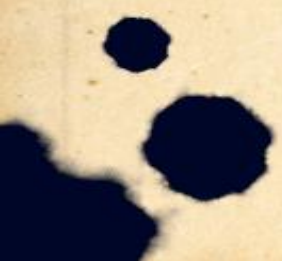
Université Filière Gériatologique
Du Roannais
2025



Objectif de la présentation



- Découvrir le métier d'IPA (Infirmier en Pratique Avancée)
- Comprendre son rôle spécifique (notamment en EHPAD)
- Explorer les bénéfices pour les résidents, les équipes soignantes et l'organisation.



Présentation Vincent

IDE depuis 2009

EHPAD St Alban les Eaux 1 an

Titulaire de la FPH depuis 2010 à Régny « Le Bel Automne »

DU Prise en charge de la douleur chronique en 2017

IPA depuis Septembre 2022, Pathologies chroniques stabilisées



Lieu d'exercice : EHPAD des Tilleuls

Fonction publique hospitalière

163 lits sur 2 sites



Site de Régnny

80 lits dont Patio

Aucun médecin traitant
généraliste



Site de St Symphorien
de LAY

83 lits dont une UVP
4 médecins traitants



Présentation de Céline

- IDE depuis 2008 intra et extra hospitalier dans un service psychiatrie adulte
- CH Ainay le Chateau (03), CH Roanne (42), CH Sy Cyr au mont d'or(69)
- IPA depuis octobre 2021
- Cabinet a la MSP Nouvel R de Roanne, CAS de Charlieu, EMS du 42
- De janvier 2023 à mars 2024 : CD de Roanne



DEFINITION

En 2008, le conseil international des infirmiers définit l'IPA comme :

« un infirmier diplômé qui a acquis des connaissances théoriques, le savoir-faire nécessaire aux prises de décisions complexes, de même que les compétences cliniques indispensables à la pratique avancée de sa profession. Les caractéristiques sont déterminées par le contexte dans lequel l'infirmier sera autorisé à exercer. »





Nouveau métier depuis **septembre 2018 en France** (Année 60
au USA et canada)

A la frontière **entre médecin et infirmier(e), compétence
clinique approfondie**

IDE avec plus de **trois ans d'expérience**

Qui a suivi une spécialisation supplémentaire de **2 ans (grade
Master) BAC + 5**



Les textes de loi : Les arrêtés

- 11/03/2022 modifiant les annexes de l'arrêté du 18/07/2018 fixant les listes permettant l'exercice infirmier en pratique avancée en application de l'article R. 4301-3 du code de santé publique,
- 12/08/2019 relatif à l'enregistrement des infirmiers en pratiques avancée auprès de l'ordre national infirmiers,
- 12/08/2019 modifiant les annexes de l'arrêté du 18/07/2018 fixant les listes permettant l'exercice infirmier en pratique avancée en application de l'article R. 4301-3 du code de santé publique,
- 12/08/2019 modifiant l'arrêté du 18/07/2018 relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat en pratique avancée,
- 18/07/2018 fixant la liste des pathologies chroniques stabilisées prévue à l'article R. 4301-2 du code de santé publique,
- 18/07/2018 fixant les listes permettant l'exercice infirmier en pratiques avancée en application de l'article R. 4301-3 du code de la santé publique,
- 18/07/2018 relatif au régime de études en vue du diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée.



Les textes de loi : Les décrets

- N°2019-835 du 12/08/2019 relatif à l'exercice en pratique avancée et à sa prise en charge par l'assurance maladie,
- N° 2019-836 du 12/08/2019 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée mention psychiatrie et santé mentale,
- N° 2018-633 du 18/07/2018 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée,
- N° 2018-629 du 18/07/2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée,
- N° 2025-55 du 20/01/2025 relatif aux conditions de l'accès direct aux IPA.



Les différentes mentions

A la rentrée 2022, cinq mentions sont proposées :

- *Depuis la rentrée 2018 :*

- ✓ Les pathologies chroniques stabilisées (PCS) ; prévention et polypathologies courantes en soins primaires,
- ✓ L'oncologie et l'hémato-oncologie,
- ✓ La maladie rénale chronique, la dialyse et la transplantation rénale

- *Depuis la rentrée 2019 :*

- ✓ La psychiatrie et santé mentale,

- *Depuis la rentrée 2022 :*

- ✓ Urgences.

Les compétences communes à toutes les mentions

- 1 - **Evaluer l'état de santé** de patients en relais des consultations médicales pour des pathologies identifiées, (renouveler des traitements à l'identique ou adapter la posologie)
- 2 - Définir et mettre en œuvre le **projet de soins** du patient à partir de l'évaluation globale de son état de santé,
- 3 – Concevoir et mettre en œuvre des actions de **prévention et d'éducation thérapeutique**,
- 4 - Organiser les **parcours de soin** et de santé de patients en collaboration avec l'ensemble des acteurs concernés,
- 5 - Mettre en place et conduire des actions d'évaluation et **d'amélioration des pratiques professionnelles** en exerçant un leadership clinique,
- 6 - Rechercher, analyser et **produire des données professionnelles et scientifiques**



Les Pathologies chroniques stabilisées suivies par l'IPA

Au nombre de huit:

- **Diabète** (type 1 et 2)
- Cardiologie: **cardiopathie** (maladie coronaire, et ICC)
- Vasculaire : **Artériopathie chronique**
- Neuro vasculaire: **AVC**
- Neurologie : **Epilepsie**
- Neuro dégénératif : **Syndromes parkinsoniens , Maladie Alzheimer** et autres démences
- Pneumologie : **Insuffisance respiratoire chronique**



La plus value de l' IPA

- **Libérer du temps médical** médecin généraliste spécialiste et psychiatre
- Avoir un **meilleur accès aux soins** (offre de soin supplémentaire)
- **Améliorer la prise en charge** des patients ayant une pathologie psychiatrique sévère vers les soins somatiques
- Orientation vers le réseau grâce à sa **connaissance du territoire**
- Permettre un **exercice pluridisciplinaire** mieux coordonné.



Différences avec les autres professions

IPA et IDE : plus de responsabilités cliniques et de prescriptions.

IPA et médecin : complémentarité, sans remplacer le diagnostic médical.

Travail d'équipe et coordonné.



Cas clinique 1 : IPA pcs en MSP

Mr Y 72 ans est atteint d'**insuffisance cardiaque**

Vient en visite **au cabinet tous les 3 mois** pour son renouvellement de traitements.

Il est **fréquemment hospitalisé** pour des décompensations.

Le médecin traitant souhaite **un suivi plus rapproché** de son patient, il adresse donc ce patient à un IPA.

L'IPA verra Mr Y **2 mois sur 3**

Mr Y continuera de voir son médecin traitant au **même rythme** qu'habituellement.



Rôle de l'IPA pcs en MSP

Evaluation globale de l'état de santé

- Clinique , paraclinique (bio, ECG ...) , psychologique et cognitif
- Repérer signes de décompensation

Surveillance **traitements** :

- Observance , efficacité , effets indésirables
- Réadaptation des posologies si besoin
- Télésurveillance

Prévention ++ (ETP , MHD , Vaccinations ...)

Recherche des **complications** éventuelles

Orientation vers cardiologue ou MT si besoin



Rôle de l' IPA PSM en EHPAD

- .Evaluation clinique , réorientation
- .Liens avec les intervenants qui gravitent autour du patient (IDEL, tutelle, institutions, psychiatre référent, MG référent...)
- .Aide a la conduite thérapeutique (PM de traitement psychotrope ou pas) initiée par le MG
- .Suivi rapproché du patient en alternance avec le MG lors de changement des thérapeutiques
- .Tentative de déprescription (BZD et ATD)



Cas clinique 2 : IPA pcs à domicile

Mme X 82 ans vit à domicile, elle souffre d'une **maladie d'Alzheimer** et **ne peut plus se déplacer** au cabinet médical.

L'IPA pourra suivre cette patiente **à domicile** à une fréquence déterminée avec le médecin.

Il pourra réaliser un **bilan gériatrique global** dans son **environnement de vie**

Suivre l'évolution de la pathologie et de ses **complications**

Proposer un **plan d'aide personnalisé**

Aide aux aidants

Il pourra **coordonner** les interventions d'autres acteurs de soin type aides à domicile, infirmiers libéraux, assistante sociale... lien avec la famille



Rôle de l'IPA PSM en EHPAD

- Suivi des patients ayant un traitement psychotrope
- Renouvellement, adaptation, déprescription
- Aide à la compréhension des troubles du comportement des patients aux équipes



Cas clinique 3: IPA PCS en EHPAD

Mme Z 88 ans est **diabétique** avec des **troubles cognitifs** et vit en EHPAD.

Le médecin traitant **se déplace tous les 3 mois** pour le renouvellement de traitements.

Mais ces visites sont **chronophages** pour le médecin qui souhaiterait les espacer :

- car **pathologie chronique bien stabilisé**
- Permet de libérer du temps médical.

Il **confie alors le suivi à l'IPA** qui se chargera de **prendre le relai** de ces visites trimestrielles.

Le médecin continuera à voir ces patients **deux fois par an** ou plus en cas de **pathologie aiguë** intermittente.



Rôle IPA en EHPAD

Renouvellement du traitement après s'être assurée de la stabilité de son état de santé.

Surveillance biologique

Prévention , vaccinations

Evaluation gériatrique standardisé, prise en compte des fragilités

Projet d'accompagnement personnalisé

Lien avec les **familles**

Coordination du parcours de santé, lien avec les équipes



Rôle IPA en EHPAD

Suivi des résidents :

- Surveillance des maladies chroniques (diabète, insuffisance cardiaque, BPCO, maladie Alzheimer etc.).
- Renouvellement et ajustement des traitements
- Détection et gestion des complications (infections, dénutrition, etc.)
- Suivi des projets d'accompagnement

Prévention et éducation :

- Prévention des chutes, dénutrition, dépressions...
- Evaluations gériatriques standardisées
- Éducation thérapeutique des résidents et formation des équipes.
- Accompagnement des familles



Rôle IPA en EHPAD

Coordination des soins :

- Interface entre les médecins traitants, les équipes soignantes et les familles.
- Collaboration avec les autres professionnels de santé (kinés, psychologues, etc.).
- Télémédecine (téléconsultation , télésurveillance)

Gestion des évènements intermittents :

- Réduction des hospitalisations non nécessaires grâce à une prise en charge rapide sur place.
- Intervention sur des situations problématiques pour l'équipe.



Rôle transversal en IPA

Participation à l'élaboration de protocoles , aux instances

Coordination MSP/EHPAD/hôpital :

- Lien privilégié avec CH de Roanne
- Eviter les pertes d'informations
- Hospitalisations programmées
- Lien avec les équipes mobiles

Mise à jour du dossier patient informatisé, DMP

Organisation des **actes de prévention** (ex vaccination covid)



Démarche Qualité

Evaluation des **bonnes pratiques soignantes** et mise en place de formations si nécessaire

Participation aux **groupes de travail** : CLUD , CLAN, Chutes, CREX, RMM, évaluation HAS

Circuit du médicament : exemple mise en place d'un livret thérapeutique en lien avec les médecins, lien avec la pharmacie

Mettre en place et conduire des **actions d'évaluation et d'amélioration** des pratiques professionnelles en exerçant un leadership clinique

Rechercher, analyser et produire des **données professionnelles et scientifiques**



Liste Primo prescription pour **Tous les IPA**

APA

Soins IDE

Arrêt de travail de 3 jours

PM transport

Bande et bas compressions

CNO

Soluté perfusion

Mammographie et
dépietage colo rectal

Antidiarrhéiques

Antispasmodiques

Antihistaminique H1

Antiacide et IPP

Antisepstique

Antibiotique ciblé apres
test (formation)

Kit de nalaxone



Primo prescription pour PCS

- **Sans diagnostique**

- AntiHTA 1^{er} ligne (sauf BB)
- Polygraphie nocturne
- Hypoglycémifiants de 1^{er} ligne pour DT2
- Dispositifs auto surveillance glycémique

- **Avec diagnostique**

- Statine/Ezétimibe
- AntiHTA bi ou tri thérapie
- Bronchodilatateur inhalés
- O2 thérapie après entente préalable
- TTT anti diabétique y compris insuline
- TTT de l'IC
- TTT parkinson
- Réhabilitation pour Alzheimer et dispositif médicaux à domicile



Primo prescription pour **PSM**

Sans diagnostic

- Correcteurs Sd extrapyramidal
 - Lepticule
 - Parkinane
 - Trihexyphénidyle
- Anxiolytique : hydroxyzine (Atarax)



Avec diagnostic

- Sd anxio dépressif léger à modéré
 - ISRS
 - Benzodiazépine
- Trouble sommeil
 - Mélatonine
- Addictologie
 - Pour réduction consommation OH: Baclofène Nalmefène
 - Prévention des rechutes : Aotal et esperal
 - Sevrage OH : benzodiazépine, vitamines



Bénéfices

Pour les résidents

- Amélioration de la qualité des soins.
- Réduction des hospitalisations et des complications.
- Meilleure coordination et fluidité des parcours de soins.
- Accompagnement des familles.

Pour les équipes soignantes

- Soutien clinique et expertise renforcée.
- Réduction de la charge de travail sur certains aspects.
- Opportunités de formation et montée en compétences.



Limites et défis



Limites

Limites légales : prescriptions limitées dans certains domaines.

Charge mentale et gestion du temps (forte sollicitation).

Défis

Défis organisationnels : articulation entre IPA, médecin et IDE.

Nécessité de sensibiliser les équipes à ce nouveau rôle.



Perspective d'avenir

Développement du métier d'IPA :

- Augmentation du nombre d'IPA en France.
- Reconnaissance croissante par les institutions de santé et les familles.
- Développement d'autres mentions (approche populationnelle).

Enjeux en EHPAD :

- Intégration systématique d'IPA dans les équipes.
- Développement des protocoles collaboratifs.
- Valorisation des indicateurs de performance (hospitalisations évitées, satisfaction des résidents).

Innovations possibles :

- Téléconsultation et télémédecine supervisées par les IPA.
- Formation continue en gériatrie et géronto psychiatrie pour les IPA.





**MERCI DE VOTRE ATTENTION
AVEZ-VOUS DES QUESTIONS ?**



Accompagner la fin de vie

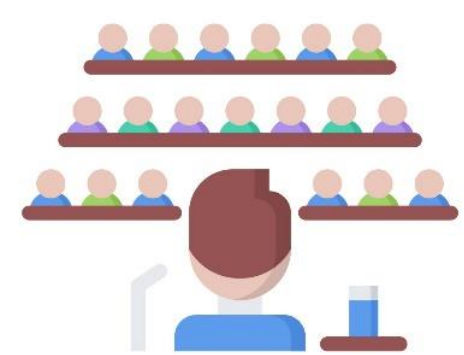
Dr Nadine AUGUSTE – EMSP – CH Roanne

Dr Christelle BROSSE – EMSP – CH Roanne

Martine EYRAUD – Infirmière Coordinatrice – EMSP - CH Roanne



- Les notions de base vis-à-vis de la démarche palliative et des soins palliatifs
- Les spécificités de l'accompagnement de fin de vie chez les personnes âgées
- L'accompagnement de fin de vie lorsque la personne est à domicile / lorsque la personne est en institution
- Les ressources à disposition des professionnels pour accompagner une personne âgée en fin de vie



EMSP Roanne

Dr Nadine Auguste

Dr Christelle Brosse

Martine Eyraud IDEC

L'ÉQUIPE

- 2 secrétaires
- 2 infirmières
- 1 infirmière coordinatrice
- 1 assistante sociale
- 1 psychologue
- 4 médecins



MODES D'INTERVENTION

- Territoire: Loire Nord et une partie du Rhône autour de Thizy
- Alertes: Famille, réseaux, infirmiers libéraux ou hospitaliers, médecins généraliste ou de spécialité organique
- Equipe de soutien: pas de substitution des équipes en place
- Domicile, EHPAD, hôpitaux (locaux, CH), MARPA, FAM, MAS
- Via le secrétariat + formulaire: 04 77 44 34 39 – emsp@ch-roanne.fr ou via Sisra: secretariat soins palliatifs CH Roanne



DÉFINITION

ANAES (2002) (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé)

« Les soins palliatifs sont des **soins actifs**, continus, évolutifs, coordonnés et pratiqués par une **équipe pluriprofessionnelle**. Ils ont pour objectif, dans une approche globale et individualisée, de **prévenir ou de soulager les symptômes** physiques, dont la douleur, mais aussi les autres symptômes, d'anticiper les risques de complications et de prendre en compte les besoins psychologiques, sociaux et spirituels, dans le respect de la dignité de la personne soignée. Les soins palliatifs cherchent à éviter les investigations et les traitements déraisonnables et se refusent à provoquer intentionnellement la mort. Selon cette approche, le patient est considéré comme un être vivant et la mort comme un processus naturel. Les soins palliatifs s'adressent aux personnes atteintes de **maladies graves évolutives ou mettant en jeu le pronostic vital ou en phase avancée ou terminale**, ainsi qu'à leur famille ou à leurs proches. Des bénévoles, formés à l'accompagnement et appartenant à des associations qui les sélectionnent peuvent compléter, avec l'accord du malade ou de ses proches, l'action des équipes soignantes. »

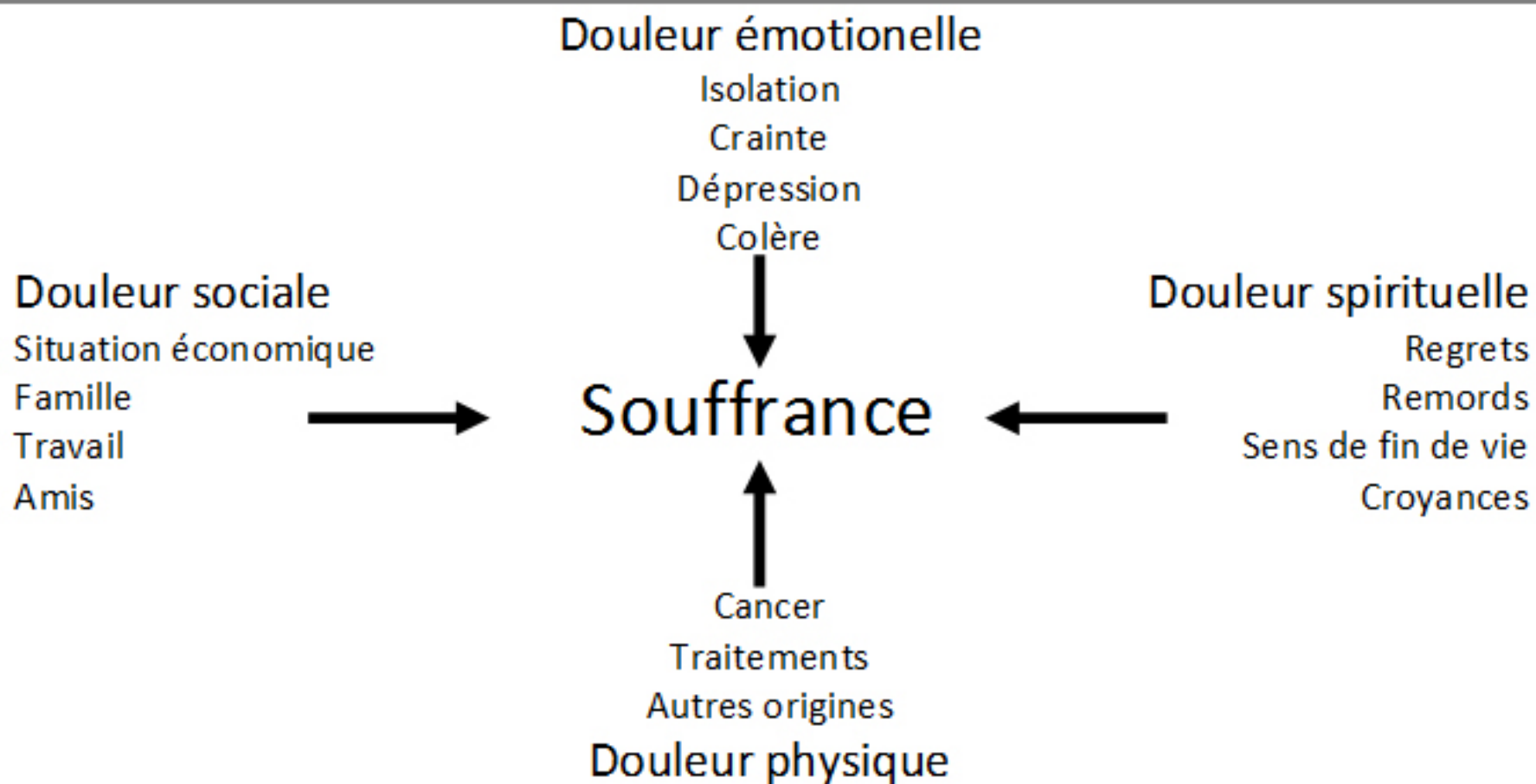


- 
- « les Soins Palliatifs sont des **soins actifs** dans une approche globale de la personne atteinte d'une maladie grave, évolutive ou terminale. Leur objectif est de soulager la douleur physique ainsi que les autres symptômes et de **prendre en compte la souffrance psychologique, sociale et spirituelle** » (SFAP)

Les soins palliatifs visent à :

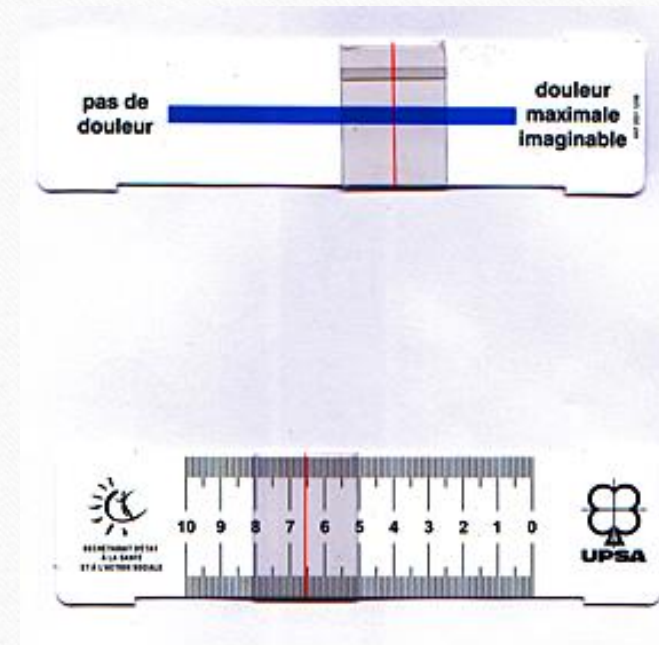
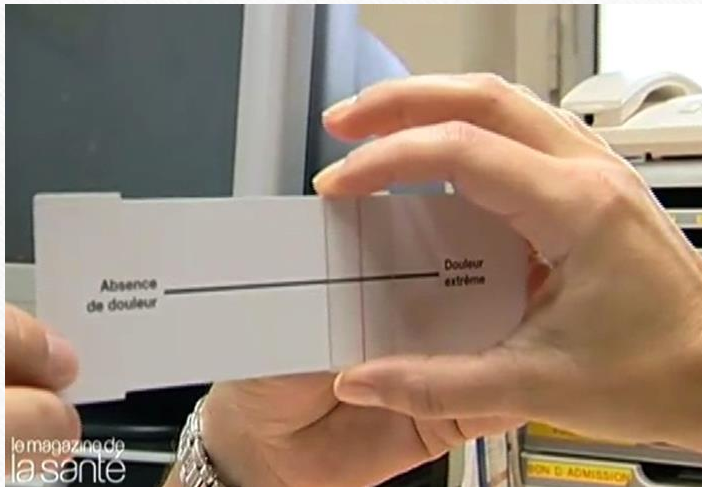
*Soulager la douleur physique et
psychique en conservant la
dignité du patient.*





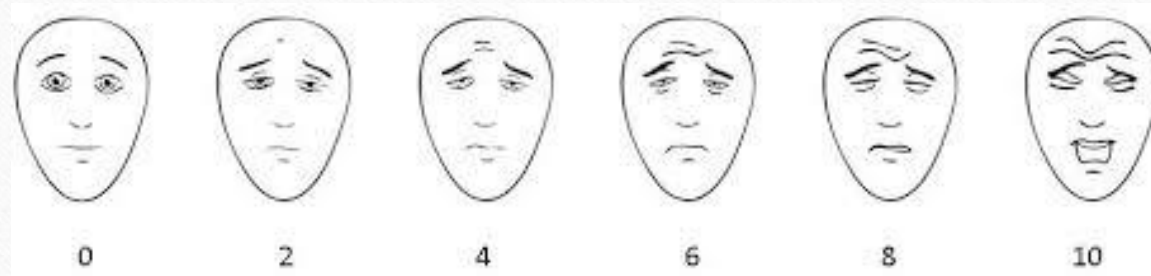
LES ECHELLES D'EVALUATION

- Auto-évaluation: EN, EVA



HÉTÉRO-ÉVALUATION

- Echelle des visages
- ECPA
- DOLOPLUS
- ALGOPLUS



**SCORE TOTAL
DE L'ECHELLE :**

**E.C.P.A. Echelle Comportementale d'évaluation de la douleur
chez la Personne Agée non communicante**

Identifiant patient

I. Observation avant les soins

1. Expression du visage : REGARD et MIMIQUE

- 0 : Visage détendu
- 1 : Visage soucieux
- 2 : Le sujet grimace de temps en temps
- 3 : Regard effrayé /ou crispé
- 4 : Expression complètement figée

2. POSITION SPONTANEE au repos (recherche d'une attitude ou position antalgique)

- 0 : Aucune position antalgique
- 1 : Le sujet évite une position
- 2 : Le sujet choisit une position antalgique
- 3 : Le sujet recherche sans succès une position antalgique
- 4 : Le sujet reste immobile comme cloué par la douleur

3. MOUVEMENT (OU MOBILITE) DU PATIENT (hors et/ou dans le lit)

- 0 : Le sujet bouge ou ne bouge pas comme d'habitude*
 - 1 : Le sujet bouge comme d'habitude* mais évite certains mouvements
 - 2 : Lenteur, rareté des mouvements contrairement à son habitude*
 - 3 : Immobilité contraire à son habitude*
 - 4 : Absence de mouvement** ou forte agitation contrairement à son habitude
- N.B. : les états végétatifs correspondent à des patients ne pouvant être évalués par cette échelle

4. RELATION A AUTRUI

- Il s'agit de toute relation quelqu'en soit le type : regard, geste, expression...
- 0 : Même type de contact que d'habitude*
 - 1 : Contact plus difficile à établir que d'habitude*
 - 2 : Évite la relation contrairement à l'habitude*
 - 3 : Absence de tout contact contrairement à l'habitude*
 - 4 : Indifférence totale contrairement à l'habitude*

* se référer au(x) jour(s) précédent(s)

** ou prostration

II. Observation pendant les soins

5. Anticipation ANXIEUSE aux soins

- 0 : Le sujet ne montre pas d'anxiété
- 1 : Angoisse du regard, impression de peur
- 2 : Sujet agité
- 3 : Sujet agressif
- 4 : Cris, soupirs, gémissements

6. Réactions pendant la MOBILISATION

- 0 : Le sujet se laisse mobiliser ou se mobilise sans y accorder une attention particulière
- 1 : Le sujet a un regard attentif et semble craindre la mobilisation et les soins
- 2 : Le sujet retient de la main ou guide les gestes lors de la mobilisation ou des soins
- 3 : Le sujet adopte une position antalgique lors de la mobilisation ou des soins
- 4 : Le sujet s'oppose à la mobilisation ou aux soins

7. Réactions pendant les SOINS des ZONES DOULOUREUSES

- 0 : Aucune réaction pendant les soins
- 1 : Réaction pendant les soins, sans plus
- 2 : Réaction au TOUCHER des zones douloureuses
- 3 : Réaction à l'EFFLEUREMENT des zones douloureuses
- 4 : L'approche des zones est impossible

8. PLAINTES exprimées PENDANT le soin

- 0 : Le sujet ne se plaint pas
- 1 : Le sujet se plaint si le soignant s'adresse à lui
- 2 : Le sujet se plaint dès la présence du soignant
- 3 : Le sujet gémit ou pleure silencieusement de façon spontanée
- 4 : Le sujet crie ou se plaint violemment de façon spontanée

Date : Heure :

Nom du cotateur :

ECHELLE DOLOPLUS

EVALUATION COMPORTEMENTALE DE LA DOULEUR CHEZ LA PERSONNE AGÉE

NOM : _____ Prénom : _____ DATES : _____

Service : _____

Observation comportementale : _____

RETENISSEMENT SOMATIQUE					
1 • Plaisirs somatiques	• pas de plainte • plaintes uniquement à la sollicitation • plaintes spontanées occasionnelles • plaintes spontanées continues	0	0	0	0
2 • Postures antalgiques au repos	• pas de position antalgique • le sujet adopte certaines positions de façon occasionnelle • position antalgique permanente et efficace • position antalgique permanente inefficace	0	0	0	0
3 • Protection de zones douloureuses	• pas de protection • protection à la sollicitation n'empêchant pas le poursuite de l'examen ou des soins • protection à la sollicitation empêchant tout examen ou soins • protection au repos, ou l'absence de toute sollicitation	0	0	0	0
4 • Mimique	• mimique habituelle • mimique permettant d'exprimer la douleur à la sollicitation • mimique permettant d'exprimer la douleur en l'absence de toute sollicitation • mimique imprévisible en permanence et de manière inhabituelle (sorris, frowns, regard vide)	0	0	0	0
5 • Sommeil	• sommeil habituel • difficultés d'endormissement • réveils fréquents (signes nocturnes) • insomnie avec retentissement sur les phases d'éveil	0	0	0	0
RETENISSEMENT PSYCHOMOTEUR					
6 • Toilette et/ou habillage	• possibilités habituelles inchangées • possibilités habituelles peu diminuées (personnellement mais complètes) • possibilités habituelles très diminuées, toilette et/ou habillage étant difficiles et partiels • toilette et/ou habillage impossibles, le malade exprimant son opposition à toute tentative	0	0	0	0
7 • Mouvements	• possibilités habituelles inchangées • possibilités habituelles actives limitées (le malade exécute certains mouvements, distants son périmètre de marche) • possibilités habituelles actives et positives (même aide, le malade dirige ses mouvements) • mouvement impossible, toute mobilisation entraînant une opposition	0	0	0	0
RETENISSEMENT PSYCHOSOCIAL					
8 • Communication	• échange • interaction (la personne attire l'attention de manière inhabituelle) • distance (la personne s'isole) • silence ou refus de toute communication	0	0	0	0
9 • Vie sociale	• participation habituelle aux différentes activités (repos, animations, ateliers thérapeutiques, ...) • participation aux différentes activités uniquement à la sollicitation • refus partiel de participation aux différentes activités • refus de toute vie sociale	0	0	0	0
10 • Troubles de comportement	• comportement habituel • troubles de comportement à la sollicitation et/ou au repos • troubles de comportement à la sollicitation et/ou au repos • troubles de comportement permanent (en dehors de toute sollicitation)	0	0	0	0

SCORE : _____

COPYRIGHT

Echelle téléchargée sur le site www.sfetd-douleur.org



Evaluation de la douleur

Echelle d'évaluation comportementale de la douleur aiguë chez la personne âgée présentant des troubles de la communication verbale

Identification du patient

Date de l'évaluation de la douleur	_____		_____		_____		_____		_____		_____	
Heure	_____h _____		_____h _____		_____h _____		_____h _____		_____h _____		_____h _____	
	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
1 • Visage Froncement des sourcils, grimaces, crispation, mâchoires serrées, visage figé.												
2 • Regard Regard inattentif, fixe, lointain ou suppliant, pleurs, yeux fermés.												
3 • Plaintes « Aie », « Ouille », « J'ai mal », gémissements, cris.												
4 • Corps Retrait ou protection d'une zone, refus de mobilisation, attitudes figées.												
5 • Comportements Agitation ou agressivité, agrippement.												
Total OUI	■ /5		■ /5		■ /5		■ /5		■ /5		■ /5	
Professionnel de santé ayant réalisé l'évaluation	☐ Médecin ☐ IDE ☐ AS ☐ Autre Parapher		☐ Médecin ☐ IDE ☐ AS ☐ Autre Parapher		☐ Médecin ☐ IDE ☐ AS ☐ Autre Parapher		☐ Médecin ☐ IDE ☐ AS ☐ Autre Parapher		☐ Médecin ☐ IDE ☐ AS ☐ Autre Parapher		☐ Médecin ☐ IDE ☐ AS ☐ Autre Parapher	

Echelle téléchargée sur le site www.sfetd-douleur.org



Les modalités d'évaluation de la douleur chez un patient aphasique sont :

Algoplus,
Doloplus,
ECPA

DOULEURS NEUROPATHIQUES ou NOCICEPTIVE ?

	Douleur nociceptive	Douleur neuropathique
Physiopathologie	Excès de stimulation des récepteurs somatiques, viscéraux	Lésion nerveuse, périphérique ou centrale
Caractères sémiologiques	Variés : intermittents, continus, mécaniques, inflammatoires ...	Continue et/ou paroxystique Provoquée ou spontanée
Topographie	Non neurologique, régionale	Neurologique
Examen neurologique	Normal	Anormal : allodynie, hypoesthésie, hyperpathie



LES MORPHINIQUES

- Chlorhydrate et sulfate de morphine
- Oxycodone
- Fentanyl (patch: attention si hyperthermie, IV ou transmuqueux)
- Hydromorphone
- Methadone



BON USAGE DES OPIOÏDES

- **Inform**er le patient des objectifs du traitement et obtenir son adhésion
- **Prévenir les effets indésirables** du traitement
- Prescription systématique d'**interdoses** si accès douloureux
- Organiser une **réévaluation systématique**



TRAITEMENT EFFICACE: DEFINITION

- Une douleur de fond absente ou d'intensité faible (EN < 40/100)
- Un respect du sommeil
- *Moins de 4 accès douloureux par jour avec une efficacité des traitements supérieure à 50%*
- Des activités habituelles, qui bien que limitées par l'évolution du cancer, restent possibles ou peu limitées par la douleur
- Les effets indésirables des traitements sont mineurs ou absents
- Standard Option et Recommandations 2002 (SFETD)

SURDOSAGE EN OPIOÏDES

- Somnolence
- Hallucinations, baisse de vigilance
- Myoclonies, réveils en sursaut
- Myosis AREACTIF
- Bradypnée < 10/min
 - Troubles respi tjs précédés de somnolence
- Antidote: NARCAN® (Naloxone)
- La constipation et la rétention aiguë d'urine sont des effets secondaires possibles des morphiniques mais ne constituent pas un signe de surdosage



PCA (Patient Controlled Analgesia)



Analgésie intraveineuse contrôlée par le patient (ACP)

BONNE PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR

- **Toujours croire le malade**
 - **Observer ++ les non communicants**
-
- Outils validés
 - Evaluer retentissement sur la qualité de vie
 - Prendre en compte douleur de fond et accès douloureux
 - **Repérer les douleurs neuropathiques**
 - **Réévaluer**
 - Anticiper les effets secondaires (constipation)
 - Savoir reconnaître un surdosage
 - **TRAVAIL d'EQUIPE: COMMUNIQUER! Et Métacommuniquer !!**



SYMPTÔMES RESPIRATOIRES

- Fréquents
- Etiologies diverses et souvent multifactorielles
- Angoisse majeure chez le patient, l'entourage mais aussi les soignants
- Crainte de « mourir étouffé »
- Parfois difficiles à contrôler



PEC D'UNE DYSPNEE

- Fin de vie:
 - **AUCUN** ex complémentaire systématique
 - Traitement à but de confort selon suspicion clinique
 - Symptomatique sans attendre
 - Apaiser l'anxiété: angoisse de mourir étouffé
 - Informer et rassurer l'entourage
 - Discuter un traitement étiologique si un réel bénéfice est attendu sur le confort



QUID DE L'OXYGÈNE ?

- Uniquement si aide le patient !!!
- Aux lunettes (faible débit)
- Au masque à discuter au cas par cas souvent plus inconfortable que bénéfique
- Source d'inconfort : sécheresse buccale ++
- MAIS peut parfois aider à calmer l'anxiété (du patient ? Des soignants ? De la famille ?)
- A adapter à la clinique: Pas de contrôle de saturation : angoissant ++



SEDATION

- Recherche, par des moyens médicamenteux, d'une **diminution de la vigilance pouvant aller jusqu'à la perte de conscience**
- But: faire disparaître la perception d'une situation **vécue comme insupportable par le patient**, alors que tous les moyens disponibles et adaptés à cette situation ont pu lui être proposés et/ou être mis en œuvre sans permettre d'obtenir le soulagement escompté



LOI DU 2 FEVRIER 2016

- L'alimentation et l'hydratation artificielles sont explicitement définies comme des traitements qui peuvent être arrêtés s'ils constituent une obstination déraisonnable.
- Les Directives anticipées deviennent contraignantes pour le médecin sauf dans 2 cas. Pas de durée de validité.
- Le droit à une sédation profonde et continue jusqu'au décès, à la demande du patient, dans des conditions et selon une procédure stricte.



Les directives anticipées :

une déclaration écrite par une personne majeure qui précise ses choix concernant sa fin de vie. Elle peut les modifier à tout moment et en toute liberté.





EUTHANASIE

- La définition de l'euthanasie qui a été retenue est la suivante :
« L'acte d'un tiers qui met délibérément fin à la vie d'une personne dans l'**intention** de mettre un terme à une situation jugée insupportable ». (Comité Consultatif National d'éthique, CCNE, Avis n°63 Janvier 2000). **L'arrêt de traitements qui n'apportent aucun espoir réel d'amélioration ne peut en aucun cas être assimilé à une euthanasie.**



SEDATION EN URGENCES

- La Sédation en urgences:
 - Situation aigue à risque vital immédiat
 - Hémorragie cataclysmique
 - Détresse respiratoire aigue asphyxiante
 - Dyspnée réfractaire, vécue comme insupportable
 - Tenir compte de la parole du patient : **c'est lui qui juge que la situation est intolérable**



LA SEDATION PROFONDE ET CONTINUE

- 1. «Patient atteint d'une **affection grave et incurable** et dont le pronostic vital est **engagé à court terme** qui présente une **souffrance réfractaire** aux traitements».
- 2. «Lorsque la décision du patient atteint d'une affection grave et incurable **d'arrêter un traitement** engage son pronostic vital à court terme et est susceptible d'entraîner une souffrance insupportable».
- 3. «**Lorsque le patient ne peut exprimer sa volonté** et au titre de l'obstination déraisonnable, dans le cas où le médecin arrête un traitement de maintien en vie, celui-ci applique une sédation profonde et continue provoquant une altération de la conscience maintenue jusqu'au décès».

EN PRATIQUE

- A domicile sédation avec les libéraux qui restent les acteurs de proximité et du soin
-
- Si possible plutôt dans le cadre d'une HAD
 - Hypnovel maintenant disponible en ville même sans HAD mais peu utilisé car durée d'action courte, maniement plus délicat que d'autres benzodiazépines notamment Valium qui peut être tout aussi efficace.
 - MEP de Morphine systématique: la sédation n'est pas antalgique !!
 - Ajout de neuroleptiques fréquemment utile
 - Baisse de l'état général qui fait réadapter les mobilisations: mobilisations « plaisir »



La sédation profonde et continue, c'est :

L'administration d'une substance (associée à un analgésique) qui provoque une altération de la conscience, jusqu'au décès.

ENCOMBREMENT BRONCHIQUE

- Limiter les fluidifiants
- Limiter l'hydratation générale : diminution des apports
- Pas d'aspiration endotrachéale
- Utilité des corticoïdes, du Lasilix, de la scopolamine selon tableau clinique



RALES AGONIQUES (étiologie)

- Mouvement des sécrétions laryngées avec la respiration
- Liés à la perte des réflexes de déglutition et de toux
- Souvent associés à des pauses respiratoires et des troubles de conscience
- Souvent peu inconfortable pour le patient
- Vécu difficile par l'entourage

> PEC: Positionnement $\frac{3}{4}$, menton sur thorax (éviter hyperextension)

NUTRITION/ HYDRATATION

- Ecouter le patient
- Alimentation forcée souvent délétère: encombrement, FR, nausées
- Pas de gastrostomie
- En fin de vie de surcroît avec le grand âge, pas de sensation de faim
- Alimentation plaisir, soins de bouche plaisir
- Hydratation sans lien avec sécheresse buccale: privilégier les soins de bouche



**« Papa, Maman, Mon époux/se va mourir de faim, de soif !
(en fin de vie) »**

Avec l'âge et/ou la maladie, le besoin de s'alimenter diminue voire disparaît. La mise en place de soins de bouche permet de conserver une bonne hydratation buccale et fait disparaître la sensation de soif.



FOCUS SUR LE PSYCHO-SOCIAL

PRISE EN CHARGE GLOBALE DU PATIENT

- Psychologique (patient et/ou entourage proche) et suivi de deuil.
- Soutien pour les démarches sociales (liens avec les paramédicaux, les SAAD, les aides financières, les hébergements, garde soins palliatifs...).
- Soutien aux aidants souvent eux-mêmes fragiles et âgés.



FREINS AU MAD/EHPAD

- Difficulté des aidants eux aussi vieillissants
- Etat cognitif fragilisé
- Consentement libre et éclairé difficile à recueillir



AIDE AU MAD/EHPAD

- Spécificité des EHPAD:
 - Soutien équipe et entourage
 - Possibilité d'HAD pour soins lourds et/ou PCA
 - PAERPA pour injections ponctuelles la nuit
- HAD



LIENS AVEC DES ACTEURS HORS SOINS

- Associations de bénévoles
- Représentants religieux
- Associations de soutien aux aidants



Je me demande ce que ça
fait si je saute...

Bah tu meurs.



Je me demande ce que ça
fait de mourir

Bah saute.



Non mais tu te fous de ma
gueule ?!

Mince, je suis à découvert.



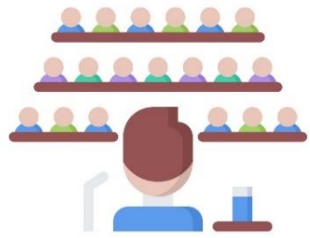
BirdsDessines.fr

CONCLUSION

- Communiquer !!
- Ecouter le patient et les aidants
- QUESTIONS ?







MERCI A TOUS LES INTERVENANTS POUR CES INFORMATIONS !



Maya CHABANE
Escale des Aidants

Dr Karine MALFOY
Gériatrie – CH Roanne

Mélissa SCARDIGNO
Escale des Aidants

Natacha VERGNAUD
EHPAD Quiétude

Alexandra HUREZ
**EHPADs Quiétude – Les
Tilleuls – Fondation Grimaud**



Dr FAVIER Julien
Cabinet SOMNIDOC

Dr Nadine AUGUSTE
EMSP CH Roanne

Dr Christelle BROSSE
EMSP CH Roanne

Vincent PEREIRA
EHPAD des Tilleuls

Céline PERRIN
Cabinet Salengro

Martine EYRAUD
EMSP CH Roanne