

**Faculté de santé publique**

**La déprescription des  
benzodiazépines en milieu hospitalier :  
Quelle implication pour les infirmiers  
(ères) dans un service de gériatrie  
aiguë ?**

Mémoire réalisé par

**Ettien Marguerite EHUI**

Promoteur(s)

**Prénom et nom du promoteur : Stephan CEULEMANS**

**Prénom et nom du Co-promoteur : William D'HOORE**

Année académique 2021-2022

**Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée**



**Faculté de santé publique**

**La déprescription des benzodiazépines  
en milieu hospitalier : Quelle  
implication pour les infirmiers (ères)  
dans un service de gériatrie aiguë ?**

Mémoire réalisé par

**Ettien Marguerite EHUI**

Promoteur(s)

**Prénom et nom du promoteur : Stephan CEULEMANS**

**Prénom et nom du Co-promoteur : William D'HOORE**

Année académique 2021-2022

**Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée**

## **Remerciements**

Ce mémoire et cette étude n'auraient jamais pu voir le jour sans l'aide et le soutien de plusieurs personnes.

Tout d'abord, j'adresse mes remerciements à Docteur Stephan CEULEMANS et au Professeur William D'HOORE pour leurs précieux conseils et leurs disponibilités tout le long de ce travail.

Ensuite, j'adresse mes sincères remerciements à tout le personnel des deux unités de gériatrie (lieu de mon étude), les médecins généralistes que j'ai rencontrés ainsi que tous les patients qui ont participé à cette étude.

Je remercie encore toutes les personnes de l'administration de l'hôpital où j'ai réalisé mon étude, surtout pour leur disponibilité.

Enfin, je fais un clin d'œil à mon époux, à mes trois filles et à ma famille pour leur soutien et encouragements dans les moments difficiles. Je tiens à leur dire un GRAND Merci.

## **Le Plagiat**

*Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie.*

*Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux, ...) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiants en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université catholique de Louvain.*

## Abréviations et définitions

Abréviations	Significations
<b>ANAES</b>	Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
<b>APB</b>	Association Pharmaceutique Belge
<b>Art.</b>	Article
<b>BZD</b>	Benzodiazépine
<b>BZRA</b>	Benzodiazépine Receptor Agonists [Agonistes des récepteurs aux benzodiazépine]
<b>DDD</b>	Defined Daily Dose [Dose quotidienne définie]
<b>GABA</b>	Gamma-Aminobutyric Acid [Acide Gamma-Aminobutyrique, neurotransmetteur qui apporte une sensation de calme]
<b>HSCP</b>	Health and Social Care Professions [Professionnels de la santé et de l'aide sociale]
<b>MIT</b>	Massachusetts Institut of Technology [Institut de Technologie du Massachusetts]
<b>MMS</b>	Mini Mental Status
<b>MMSE</b>	Mini Mental State Examination
<b>OMS</b>	Organisation Mondiale de la Santé
<b>PSG</b>	Programme de Soins pour le patient Gériatrique
<b>RA</b>	Recherche-action
<b>SNC</b>	Système Nerveux Central
<b>SPF Santé publique</b>	Service Public Fédéral Santé publique
<b>TCC</b>	Thérapie Cognitivo-Comportementale
<b>UCL</b>	Université Catholique de Louvain
<b>Z-Drugs</b>	Médicaments apparentés aux Benzodiazépines
<b>Z-Hypnotiques</b>	Médicaments apparentés aux Benzodiazépines

## Résumé

**Titre : « La déprescription des benzodiazépines en milieu hospitalier : Quelle implication pour les infirmiers (ères) dans un service de gériatrie aiguë ? »**

**Auteur :** Ettien Marguerite EHUI

**Promoteur :** Dr. Stephan CEULEMANS – Co-promoteur : Pr. William D’HOORE

**Introduction :** Malgré les nombreux risques sur la santé qui sont associés à la consommation des benzodiazépines par les personnes à profil gériatrique, en Belgique, l’utilisation de ces médicaments comme somnifères chez les personnes âgées de 75 ans et plus est relativement importante (SPF Santé Publique, 2021). Face à cette problématique, ma recherche a pour objectif d’examiner le rôle des infirmiers (ères) afin d’identifier leur participation dans une démarche de déprescription des benzodiazépines comme somnifères, chez les patients à profil gériatrique, dans deux unités de gériatrie d’un l’hôpital de Bruxelles.

**Méthodes :** Mon travail adopte une démarche de « recherche-action ». Concrètement, j’ai administré des questionnaires, conduit des entretiens semi-dirigés et constitué une équipe interdisciplinaire pour mener les activités dans une dynamique participative. A travers des réunions de discussions avec l’équipe interdisciplinaire, les activités ont suivi les quatre étapes de la « Recherche-action » ; à savoir : Diagnostic (1) des pratiques professionnelles des unités d’étude, plan d’intervention (2) pour combler l’écart entre ces pratiques et les recommandations de la littérature, mise en œuvre de ce plan (3) et évaluation (4) de son efficacité.

**Résultats :** Les médecins ont systématisé la démarche de déprescription. Quant aux infirmiers, le changement des pratiques est bien lancé, avec une progression du taux d’application du protocole de plus de 720%. Concernant les patients, trois sur dix ont suivi le plan de déprescription ; soit, un taux d’efficacité de 30%.

**Conclusion :** Ma recherche a permis de situer l’implication des infirmiers (ères) à la déprescription des benzodiazépines comme somnifères dans les unités de gériatrie aiguë au niveau de l’anamnèse et dans un rôle « pivot » entre le médecin et le patient. L’étude soutient qu’une telle implication produit des résultats encourageants.

**Mots-clés (MeSH) :** Déprescription, Benzodiazépines comme somnifères, Profil gériatrique, Recherche-action, Soins infirmiers en Gériatrie, Personne âgée.

## Table des matières

<b>INTRODUCTION</b> .....	09
<b>I. DEPRESRIPTION DES BENZODIAZEPINES CHEZ LES PERSONNES AGEES ET PERSONNES A PROFIL GERIATIQUE</b> .....	14
I.1 Personnes âgées et personnes à profil gériatrique .....	14
I.1.1 Notion de personne âgée.....	14
I.1.2 Notion de personnes à profil gériatrique .....	14
I.1.3 Notion de gériatrie .....	15
I.2 Troubles du sommeil chez la personne âgée.....	16
I.3 Consommation des hypnotiques dans le traitement de l'insomnie chez la personne âgée	17
I.3.1 Consommation des hypnotiques .....	17
I.3.2 Cas particulier des Benzodiazépines .....	18
I.3.3 Risques liés à la consommation des Benzodiazépines (spécificité de la personne âgée)	19
I.4 Alternatives non médicamenteuses dans le traitement de l'insomnie.....	21
I.5 Notion de déprescription .....	22
I.6 Rôle et participation des infirmiers (ères) à la déprescription des benzodiazépines	24
I.6.1 Rôle des infirmiers (ères) en matière de déprescription .....	25
I.6.2 Participation des infirmiers (ères) à la déprescription des Benzodiazépines.....	26
<b>II. APPROCHE DE TYPE « RECHERCHE-ACTION »</b> .....	29
II.1 Définition et caractéristiques de la « recherche-action » .....	29
II.1.1 Définition de la « recherche-action » .....	29
II.1.2 Caractéristiques de la « recherche-action » .....	30
II.2 Description de la démarche de « recherche-action ».....	30
II.3 Avantages de la « recherche-action ».....	31
II.4 Application de la « recherche-action » au domaine particulier des soins de santé et en milieu de soins gériatriques .....	32
<b>III. PROBLEMATIQUE ET OBJECTIFS DE LA RECHERCHE : RAPPELS</b> .....	33
III.1 Problématique.....	33
III.2 Question de recherche .....	33

III.3	Objectifs de la recherche .....	34
III.3.1	Objectif général.....	34
III.3.2	Objectifs spécifiques.....	34
<b>IV.</b>	<b>CONTEXTE ET METHODES DE COLLECTE ET D'EXPLOITATION DES DONNEES</b> .....	<b>35</b>
IV.1	Présentation du terrain de la recherche .....	35
IV.2	Méthodologie de la recherche .....	37
IV.2.1	Justification du choix de la méthode qualitative.....	37
IV.2.2	Outils et instruments méthodologiques.....	38
<b>V.</b>	<b>APPLICATION DE LA DEMARCHE DE « RECHERCHE-ACTION »</b> .....	<b>41</b>
V.1	Etape 0 : Réunion d'aide à la composition d'une équipe interdisciplinaire.....	41
V.2	Etape 1 : Diagnostic .....	42
V.2.1	Etat des pratiques des médecins (3), neuropsychologue (1) des unités de gériatrie et d'un pharmacien de l'hôpital.....	42
V.2.2	Etat des pratiques des membres de l'équipe de soins .....	43
V.2.3	Evaluation de la conformité des pratiques .....	44
V.3	Etape 2 : Planification de l'intervention.....	44
V.3.1	Plan d'intervention des infirmiers (ères) pour aider à la déprescription des benzodiazépines.....	45
V.3.2	Protocole pour l'identification des patients sous benzodiazépines lors de l'anamnèse .....	45
V.4	Etape 3 : Mise en œuvre de l'action.....	46
V.4.1	Conduite des actions initiales.....	46
V.4.2	Réunion sur l'état de mise en œuvre du plan d'action à mi-parcours.....	46
V.5	Considérations éthiques.....	47
<b>VI.</b>	<b>RESULTATS ET EVALUATION DE L'INTERVENTION</b> .....	<b>49</b>
VI.1	Résultats de l'étude sur la déprescription dans les unités de gériatrie d'un hôpital de Bruxelles.....	49
VI.1.1	Description des données de base de l'étude.....	49
VI.1.2	Exposé des résultats de l'étude .....	51
VI.2	Evaluation qualitative de l'efficacité du plan d'intervention .....	56
VI.2.1	Efficacité du plan d'intervention auprès des patients : Résultats mitigés.....	57

VI.2.2	Efficacité du plan d'intervention concernant le changement de pratiques des professionnels : Des résultats, à court terme, encourageants .....	58
VI.2.3	Pour approfondir : entretiens avec des médecins traitants.....	58
<b>VII.</b>	<b>DISCUSSION : RETOUR RÉFLEXIF SUR LES RÉSULTATS .....</b>	<b>61</b>
VII.1	Réponse à la question de recherche.....	61
VII.2	Situation des résultats de la recherche par rapport à la littérature.....	61
VII.2.1	Réponse à la question de recherche : Renforcement de connaissances de la littérature.....	62
VII.2.2	Obstacles et facilitateurs de la déprescription.....	62
VII.2.3	Contributions originales de la recherche.....	64
VII.3	Limites de l'étude et pistes de recherches futures.....	65
VII.3.1	Limites de la recherche .....	66
VII.3.2	Pistes de recherches futures .....	69
<b>CONCLUSION</b> .....		<b>67</b>
<b>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES</b> .....		<b>69</b>
<b>ANNEXES</b> .....		<b>73</b>

## **Table des illustrations**

### **Tableaux**

Tableau 1: Indications / Effets indésirables des benzodiazépines .....	19
Tableau 2: Risques liés à la consommation inappropriée des Benzodiazépines chez les personnes âgées.....	19
Tableau 3: Composition du personnel pluridisciplinaire des unités X et Y.....	36
Tableau 4: Personnel pluridisciplinaire des unités X et Y en ETP .....	36
Tableau 5: Récapitulatif des populations des patients .....	50
Tableau 6: Récapitulatifs des données des questionnaires et entretiens .....	53

# **La déprescription des benzodiazépines en milieu hospitalier : quelle implication pour les infirmiers (ères) dans un service de gériatrie aiguë ?**

## **INTRODUCTION**

« L'insomnie chronique affecte un nombre important de personnes âgées ; environ, 34 % de ces dernières se plaignent d'une difficulté persistante à s'endormir. Beaucoup d'ânés se tournent vers la prise d'hypnotiques pour traiter leur insomnie. Plus précisément, vers une certaine classe d'hypnotiques qu'on nomme les benzodiazépines (BZD) » (Essounni, 2019, p.3).

En Belgique, la consommation des benzodiazépines comme somnifères est un défi important en termes de santé publique. En effet, « chaque jour, 1.260.034 DDD (doses journalières définies) de somnifères sont délivrées par les officines belges (source : APB 2016), un chiffre élevé. Selon l'enquête de santé 2013 de l'Institut Scientifique de Santé Publique, 13% de la population de plus de 15 ans a consommé un somnifère ou un calmant au cours des 2 semaines qui ont précédé l'interview. Ce pourcentage augmente encore avec l'âge. Ainsi, chez les personnes âgées de 75 ans et plus, ce taux est d'environ 40% chez les femmes et 26% chez les hommes » (SPF Santé Publique, 2021).

La revue de la littérature sur le sujet précise que la prise de benzodiazépines est associée à de nombreux risques sur la santé chez les personnes âgées (fracture de la hanche, mortalité, cancers et déclin cognitif) » (Essounni, 2019, p. 3 ; Johnell et al., 2017, p. 420 ; Pottie et al., 2018, p. 210 ; Votaw et al., 2019, p. 95). C'est pourquoi, des auteurs recommandent la déprescription des benzodiazépines ; « c'est-à-dire le retrait progressif des médicaments sous la supervision d'un professionnel de la santé » (Ulley et al., 2019, p. 1), pour les remplacer par « une gamme de stratégies et d'interventions de prise en charge (...) non pharmacologique » (Pottie et al., 2018, p. 220).

Mais, par ailleurs, la littérature souligne que « malgré leur potentiel d'amélioration de la sécurité, il existe des obstacles importants à » la déprescription des benzodiazépines (Ulley et al., 2019, p. 2). Dès lors, il paraît opportun pour les professionnels de la santé publique de

rechercher les moyens utiles pour surmonter ces obstacles. C'est la motivation du thème de ce travail de fin de formation en Master Santé Publique.

Étant infirmière en service de gériatrie aiguë, il m'est apparu important d'aborder cette problématique en l'examinant du point de vue du rôle et de la participation de la profession infirmière en matière de déprescription des benzodiazépines dans les unités de gériatrie, en milieu hospitalier, à Bruxelles. C'est l'objet de ma question de recherche qui est formulée, ci-dessous.

***QUESTION DE RECHERCHE : « Au regard du rôle des infirmiers (ères), quelle participation peuvent-ils apporter dans la déprescription des benzodiazépines comme somnifères, dans les services de gériatrie aiguë des hôpitaux, à Bruxelles ? »***

Pour mener cette recherche, j'ai choisi d'utiliser un programme de type « recherche-action » au sein des services de gériatrie d'un hôpital à Bruxelles. La « recherche-action » est un programme de recherche qui adopte une approche participative. Une telle démarche dynamique permettra d'intégrer effectivement les professionnels des soins ; notamment, les infirmiers, dans la recherche aux réponses à la problématique de la déprescription des benzodiazépines.

Ce mémoire qui rend compte de ma recherche comporte deux parties. La première partie fixe le cadre théorique de la recherche. Dans cette partie, après une revue de la littérature, le premier chapitre définit les notions essentielles de la thématique, situe son ampleur et présente l'état des lieux de la recherche sur les interventions en matière de déprescription des benzodiazépines. Le second chapitre expose une présentation succincte de l'approche de recherche de type « recherche-action ».

La seconde partie de ce mémoire se rapporte aux aspects empiriques du travail. Elle s'ouvre avec un premier chapitre consacré au contexte, à la méthodologie et à l'exploitation des données. Le deuxième chapitre présente les résultats de l'étude et, dans un troisième et dernier chapitre, ces résultats sont discutés.

## **Première partie. CADRE THEORIQUE DE LA RECHERCHE**

### **I. DEPRESCRIPTION DES BENZODIAZEPINES CHEZ LES PERSONNES AGEES ET PERSONNES A PROFIL GERIATIQUE**

#### **I.1 Personnes âgées et personnes à profil gériatrique**

##### **I.1.1 Notion de personne âgée**

« Pour l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), une personne est qualifiée d'âgée à partir de 65 ans » (De Blauwe, 2020, p. 33). Dans les pays industrialisés, avec les avancées scientifiques et le développement socio-économique, « l'espérance de vie a progressé de 30 ans au cours du XX<sup>e</sup> siècle » (Belmin et al., 2019, p. 4). Ainsi, par exemple, continue Belmin et al., « plus de 15% des français ont plus de 65 ans et plus (soit un habitant sur 6) et 4,4% (soit plus de millions de personnes) ont plus de 80 ans ».

Selon Pelemans (2022, p. 50) « Les personnes âgées sont réparties en deux groupes selon leur âge : les personnes âgées et les personnes très âgées. Ce deuxième groupe comprend les personnes de plus de 75 ans ». Plus précisément, « en Belgique, le programme de soins du patient gériatrique a défini la personne âgée par le seuil de 75 ans (âge chronologique), ce qui correspond aux réalités de la biologie (le vieillissement s'accélégrant après cet âge) et de l'épidémiologie (l'espérance de vie moyenne en Belgique approchant les 85 ans) » (De Blauwe, 2020, p. 33). De fait, « le grand âge modifie la physiologie de l'organisme, et notamment ses capacités d'adaptation face à des maladies et/ou des stress, ainsi que certains processus qui régulent la pharmacologie des médicaments (Belmin et al., 2019, p. 5).

L'âge n'est cependant pas le seul critère de définition d'un « patient gériatrique ». Quelle est alors la définition de la personne gériatrique ?

##### **I.1.2 Notion de personnes à profil gériatrique**

L'Arrêté royal du 29 Janvier 2007, chapitre II. Art. 3, apparut au moniteur belge, définit la population de patients gériatriques comme des personnes « ayant une moyenne d'âge de plus 75 ans et qui requiert une approche spécifique pour plusieurs des raisons suivantes : 1° fragilité et homéostasie réduite ; 2° polypathologie active ; 3° tableau clinique atypique ; 4° pharmacocinétique perturbée ; 5° risque de déclin fonctionnel ; 6° risque de malnutrition ; 7° tendance à être inactif et à rester alité, avec un risque accru d'institutionnalisation et de

dépendance dans la réalisation des activités de la vie quotidienne ; 8° problèmes psychosociaux ».

Le gériatre Pelemans (2022, p. 50) explique que « Le profil gériatrique est plutôt déterminé par la coexistence de certaines caractéristiques. A mesure qu'elles avancent en âge, de plus en plus de personnes âgées correspondent à ce profil, mais toute personne âgée n'est pas nécessairement un patient gériatrique ». Pour prendre en charge ces personnes fragiles, il faut une équipe avec des compétences spécifiques.

« Une compétence spécifique étant requise pour l'accompagnement médical de ces patients, ces personnes âgées sont classées dans un groupe distinct (...). L'équipe gériatrique, étant donné le nombre de problèmes tant somatiques que psychosociaux et leur corrélation mutuelle, le traitement du patient gériatrique nécessite une approche large impliquant souvent plusieurs prestataires de soins. Ainsi, en clinique, médecin responsable, infirmiers, psychologue, assistants sociaux, kinésithérapeute, ergothérapeute, médecin de famille et, si nécessaire, gérontopsychiatre et logopède, travailleront en collaboration » (Pelemans, 2022, p.53).

### **I.1.3 Notion de gériatrie**

« La population âgée mérite une attention particulière dans le système de soins. Tout d'abord parce qu'elle représente une partie importante de la population. En 2018, plus de deux millions de personnes en Belgique étaient âgées d'au moins 65 ans, ce qui représente 19 % de la population totale. Ensuite parce que les personnes âgées nécessitent des services de santé particuliers. D'une part, l'avancée en âge est fortement corrélée à une augmentation des besoins en soins médicaux aigus, et d'autre part, de nombreuses personnes âgées ont besoin d'un accompagnement dans leurs activités quotidiennes, et ce, sur le long terme » (Devos et al., 2019, p. 74).

C'est ainsi que « l'Arrêté royal du 29 janvier 2007 fixe, d'une part, les normes auxquelles le programme de soins pour le patient gériatrique doit répondre pour être agréé et, d'autre part, des normes complémentaires spéciales pour l'agrément d'hôpitaux et de services hospitaliers ». Le programme de soins pour le patient gériatrique « est axé sur le processus pluridisciplinaire diagnostique, thérapeutique ainsi que sur la réadaptation fonctionnelle et le suivi du patient gériatrique. Le programme de soins garantit également le dépistage des patients gériatriques et la continuité des soins, en concertation avec le médecin généraliste et les autres prestataires de

soins. L'objectif principal du programme de soins est d'obtenir, à travers une approche pluridisciplinaire, la récupération optimale des performances fonctionnelles et de la meilleure autonomie et qualité de vie de la personne âgée » (chapitre III. Art. 5).

« La gériatrie, spécialité hospitalière, vise avant tout l'amélioration ou la préservation des capacités fonctionnelles des personnes âgées, malgré leurs problèmes de santé. Elle évalue leurs ressources autant que leurs déficits, et essaie de promouvoir leurs ressources et leur insertion sociale. (...) en Belgique le programme de soins pour les patients gériatriques (PSG) à l'hôpital repose sur cinq axes. Les unités d'hospitalisation, l'hôpital de jour gériatrique, les consultations, la liaison interne (équipe mobile, de consultance), et la liaison externe » (Pepersack, 2016, p. 466).

## **I.2 Troubles du sommeil chez la personne âgée**

Selon Lüllmann et ses coauteurs (2017, p. 344), « le sommeil est une pause du SNC, et donc de l'individu, qui doit représenter environ 7 heures par jour ». D'après certains auteurs, « chez la personne âgée, certaines modifications du sommeil pourraient être liées au vieillissement normal des différentes structures cérébrales, avec notamment des altérations morphologiques et neurochimiques des noyaux suprachiasmatiques » (Belmin et al., 2019, p. 559). Mais, « un manque de sommeil peut avoir des origines très différentes » liées à des pathologies (Lüllmann et al., 2017, p. 344).

Dans tous les cas, Lüllmann et ses coauteurs (2027) soutiennent que « les troubles du sommeil conduisant à un déficit chronique de sommeil sont fréquents, ils diminuent les capacités de travail et empêchent toute sensation de bien-être » (Lüllmann et al., 2017, p. 344). En particulier, des auteurs ont constaté « une altération de la continuité du sommeil et du maintien de l'éveil (...) chez la personne âgée ». Ce qui amène ces personnes âgées à se plaindre « souvent d'un sommeil non réparateur et de réveil matinal précoce. Cette fragmentation du sommeil nocturne s'accompagne souvent d'une incapacité à maintenir un niveau d'éveil diurne suffisant pour participer pleinement à toutes les activités sociales » (Belmin et al., 2019, p. 560).

Au regard de ce qui précède, il est clair que les troubles du sommeil chez la personne âgée comportent des conséquences et nécessitent une prise en charge adéquate. Toutefois, dans la démarche de prise en charge, la prescription médicamenteuse ne devrait pas être systématique ;

compte tenu de la complexité des causes à l'origine des troubles du sommeil. Une complexité « liée, d'une part, à la grande variabilité interindividuelle du vieillissement et, d'autre part, à l'apparition de maladies cérébrales fréquentes chez les personnes âgées (troubles neurocognitifs majeurs, accidents vasculaires cérébraux, dépression et maladie de Parkinson) (Belmin et al., 2019, p. 559).

C'est pourquoi, selon la recommandation de Pottie et ses coauteurs, « lors de l'évaluation diagnostique détaillée, il faut tenir compte des comorbidités de santé mentale pouvant contribuer à l'insomnie avant d'instaurer le traitement ou d'envisager la déprescription » (Pottie et al., 2018). Et d'autres auteurs ajoutent : « Lorsqu'aucune affection sous-jacente n'est pas retrouvée, on optera de préférence pour une approche non médicamenteuse » (Christiaens et al., 2021, p. 329).

### **I.3 Consommation des hypnotiques dans le traitement de l'insomnie chez la personne âgée**

« L'insomnie est une plainte subjective de difficultés d'endormissement, de maintien du sommeil et/ou de réveils précoces. C'est une problématique quotidienne pour qui soigne des personnes âgées » (...). Dans le traitement de ces insomnies, une revue systématique a conduit des auteurs à découvrir une évolution importante dans la quantité de la prescription des médicaments hypnotiques ; notamment, les benzodiazépines (Votaw et al., 2019, p. 95). Les données, ci-après, présentent un aperçu de l'ampleur de la problématique de la consommation des médicaments hypnotiques.

#### **I.3.1 Consommation des hypnotiques**

Les insomnies constituent un problème de société dans les pays industrialisés. Par exemple, « au Canada, 13 % de la population répond aux critères de l'insomnie, alors que la prévalence de l'insomnie oscille autour de 11% aux États-Unis et à Hong Kong » (Pottie et al., 2018, p. 210). Pour la prise en charge de ces insomnies ; notamment, chez les personnes âgées, des auteurs rapportent que « près de 25% des personnes âgées consomment quotidiennement des anxiolytiques ou des hypnotiques » (Belmin et al., 2019, p. 784).

Le cas des benzodiazépines qui nous intéresse particulièrement est examiné plus en détail dans le paragraphe suivant.

### **I.3.2 Cas particulier des Benzodiazépines**

Votaw et ses coauteurs (2019, p. 95) décrivent les benzodiazépines comme étant « une classe de médicaments sur ordonnance qui se lie au récepteur GABA<sub>UN</sub>, ce qui entraîne des effets anxiolytiques (anti-anxiété), hypnotiques (induisant le sommeil), anticonvulsivants et relaxants musculaires. Ils font partie des médicaments psychiatriques les plus couramment prescrits (Moore et Mattison, 2017), avec plus d'une personne sur 20 aux États-Unis remplissant une ordonnance chaque année (Bachhuber et coll., 2016) ».

De plus, les auteurs constatent que « le nombre d'ordonnances de benzodiazépines a non seulement augmenté de 67 % entre le milieu des années 1990 et 2013, mais la quantité (c.-à-d. les équivalents de dose) a été multipliée par plus de 3 au cours de cette période » (Votaw et al., 2019, p. 95).

Au Canada, en 2012, « plus de 30 % des personnes âgées vivant en établissement de soins prolongés et plus de 15% de celles vivant dans la communauté avaient fait usage de BZRA » (Pottie et al., 2018, p. 210) [BZRA : Agonistes des Récepteurs aux Benzodiazépines].

En Norvège également, « les médicaments de type benzodiazépine (z-hypnotiques) sont les médicaments les plus couramment utilisés pour le traitement de l'insomnie » (Sakshaug et al., 2017, p. 292). Par exemple, les auteurs « ont constaté que la prévalence sur 1 an de l'utilisation de z-hypnotiques dans la population adulte en Norvège était relativement stable autour de 9% au cours de la période 2007-2013 (Sakshaug et al., 2017, p. 296).

« Les benzodiazépines présentent un large spectre d'action ». Toutefois, leurs propriétés agissent sur les symptômes « sans résoudre le problème » (Lüllmann et al., 2017, p. 222). En conséquence, « Les benzodiazépines doivent être prescrites à la dose la plus faible possible et pendant une période aussi courte que possible, en raison des effets indésirables et de l'apparition rapide d'une dépendance (déjà après 1 à 2 semaines) » (...) « Des propriétés pharmacocinétiques comme la demi-vie et la formation ou non de métabolites actifs sont susceptibles d'influencer la durée des effets. » (Christiaens et al., 2021, p. 330).

« On subdivise classiquement les benzodiazépines en benzodiazépines à courte durée d'action (demi-vie, T<sub>1/2</sub>, moins de 10 heures), les benzodiazépines à durée d'action intermédiaire (T<sub>1/2</sub> 10-20 heures) et les benzodiazépines à longue durée d'action (T<sub>1/2</sub> > 20 » (Christiaens et al.,

2021, p. 330). Sur la base des travaux de Christiaens et ses coauteurs (2021), le tableau 1 reporte les indications des benzodiazépines et leurs effets secondaires.

*Tableau 1: Indications / Effets indésirables des benzodiazépines*

Indications des benzodiazépines (Synthèse du RCP (Résumé des Caractéristiques du Produit))	Effets indésirables des Benzodiazépines
Insomnie. – Anxiété. – Spasticité, dystonies, myoclonies. – Épilepsie.	– Sédation excessive, somnolence, troubles de la mémoire et de la concentration, effet délétère sur l’aptitude à la conduite, diminution du sommeil paradoxal et du sommeil profond. – Confusion, surtout chez les personnes âgées. – Effet résiduel pendant la journée (hangover) en cas d’utilisation comme hypnotique. – Réactions paradoxales surtout chez les personnes âgées et les enfants, avec aggravation de l’insomnie, angoisse et même agitation et agressivité. – Dépendance psychique et physique après 1 à 2 semaines de traitement.

### I.3.3 Risques liés à la consommation des Benzodiazépines (spécificité de la personne âgée)

La consommation excessive de benzodiazépines chez les personnes âgées comporte de nombreux risques. Ces risques peuvent être classés dans les deux catégories reprises dans le tableau 2.

*Tableau 2: Risques liés à la consommation inappropriée des Benzodiazépines chez les personnes âgées*

Risques somatiques (D’après le Collège national de pharmacologie médicale (2020))	Risques de santé publique (Johnell et al., 2017, p. 420 ; Pottie et al., 2018, p. 215 ; Votaw et al., 2019, p. 95)
- <b>Dépendance</b> (grande difficulté de sevrage) - <b>Syndrome de sevrage</b> (risque important de crise de convulsive en cas d’arrêt brutal) - <b>Troubles mnésiques</b> (altération de la	- Chutes – Fractures - Visites aux services d’urgence - Hospitalisations

mémoire est constante) – <b>Surdosage</b> (en particulier volontaire en cas de tentative de suicide)	- Décès (en fonction de la dose-réponse).
---	---

Relativement aux risques de santé publique, les tendances révèlent une situation préoccupante. Par exemple, aux Etats-Unis d'Amérique, « les décès par surdose liés aux benzodiazépines ont augmenté de plus de 400 % entre 1996 et 2013 et les visites aux services d'urgence pour les benzodiazépines ont augmenté de plus de 300 % de 2004 à 2011 » (Votaw et al., 2019, p. 95).

En Suède, une « vaste étude nationale sur une population générale de personnes âgées suggère que la consommation multiple de psychotropes est associée à un risque plus élevé de chutes, d'hospitalisations et de décès en fonction de la dose-réponse » (Johnell et al., 2017, p. 415).

A ce stade, nous pouvons conclure qu'étant « donné leurs effets indésirables, les benzodiazépines et les Z-drugs sont particulièrement problématiques dans la prise en charge de l'insomnie chez les personnes âgées » (Christiaens et al., 2021, p. 329). C'est pourquoi, comme le suggèrent certains auteurs, nous supportons l'idée que, pour le traitement uniquement de l'insomnie, « Lorsqu'aucune affection sous-jacente n'est pas retrouvée, on optera de préférence pour une approche non médicamenteuse » (Christiaens et al., 2021, p. 329).

Les risques de santé publique associés à la consommation abusive de benzodiazépines chez la personne âgée entraînent des coûts et une pression sur le système de soins. Dans les pays où la sécurité sociale subventionne ce type de médicaments, les coûts peuvent en être très élevés, compte tenu des volumes de consommation. Par exemple, « entre 2012 et 2013, les dépenses en BZRA s'élevaient au Canada à 330 millions de dollars » (Pottie et al., 2018, p. 215).

Pour Ryan et al. (2019, p. 50), étant donné le nombre important des effets indésirables et des risques associés à la consommation excessive des benzodiazépines dans la prise en charge de l'insomnie chez la personne âgée, le caractère « potentiellement inapproprié » de leur prescription « chez les personnes âgées a été identifiée comme l'une de ces opportunités (...) de réduire les coûts pour les patients sans sacrifier les résultats ». En effet, « une étude menée au Canada a révélé que les médicaments inappropriés utilisés chez les personnes âgées ont entraîné un gaspillage de 419 millions de dollars » (Ryan et al., 2019, p.50). Dans le même

temps, une autre étude menée en 2015 a révélé qu'une alternative aux benzodiazépines telle que « la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) pour le traitement de l'insomnie chez les personnes entraînait une réduction des coûts des soins de santé et une amélioration de la qualité de vie par rapport aux hypnotiques sédatifs » (Ryan et al., 2019, p. 50).

Au regard des développements qui précèdent, dans le traitement de l'insomnie chez la personne âgée, je rejoins la littérature pour soutenir la recommandation d'une « prescription prudente de plusieurs médicaments psychotropes aux patients plus âgés. Des solutions de rechange non pharmacologiques plus sûres peuvent être envisagées compte tenu de la souffrance individuelle et du lourd fardeau économique sociétal lié à ces effets indésirables graves » (Johnell et al., 2017, p. 420).

#### **I.4 Alternatives non médicamenteuses dans le traitement de l'insomnie**

Des approches non pharmacologiques existent pour lutter contre l'insomnie chez la personne âgée. Quelques-unes de celles-ci sont listées, ci-après :

##### **1. Recours à une activité physique régulière**

Belmin et ses coauteurs (2019) soutiennent que la pratique d'une « activité physique régulière peut améliorer la qualité du sommeil sans recourir à des médicaments » (Belmin et al., 2019, p. 7). La pratique des activités sportives est également recommandée par les autorités de santé belges ; notamment, dans le « manuel d'aide en ligne développé dans le cadre de la campagne « **Somnifères & calmants, pensez d'abord aux autres solutions** », coordonnée par le SPF Santé publique » (SPF Santé Publique, 2021) ;

##### **2. Correction des facteurs extérieurs défavorables**

D'après Belmin et al. (2019), dans certains cas « d'insomnies à court terme », les facteurs extérieurs défavorables sont identifiables « (mauvaise hygiène, de sommeil, bruit, lumière, température ambiante) ». Dans ces cas, ces insomnies « disparaissent habituellement avec leur cause » (Belmin et al., 2019, p. 561).

Parfois, le mode d'alimentation peut aussi être un facteur extérieur défavorable au sommeil (SPF Santé Publique, 2021). Dans le même sens, certains auteurs pointent ce qu'ils appellent « un mode de vie aberrant : repas lourd ou abus de café avant d'aller dormir (...) » (Lüllmann et al., 2017, p. 344).

### 3. Recours à des thérapeutiques non médicamenteuses

Au titre des thérapeutiques non médicamenteuses, « une gamme de stratégies et d'interventions de prise en charge comportementale, comme la TCC, est utilisée pour contrer l'insomnie et peut être envisagée à titre d'option non pharmacologique dans les cas de récurrence de l'insomnie durant ou après la déprescription des BZRA » (Qaseem et al. (2016), cité par Pottie et al. (2018, p.220)).

#### I.5 Notion de déprescription

Pour Scott et ses coauteurs (2018), le terme « déprescription » désigne le « processus systématique d'identification et d'arrêt des médicaments dans les cas où les méfaits existants ou potentiels l'emportent sur les avantages existants ou potentiels » (Scott et al., 2018, p. 992). Dans le même sens, Ulley et ses coauteurs (2019) soulignent que « La déprescription, c'est-à-dire le retrait progressif des médicaments sous la supervision d'un professionnel de la santé, est considérée comme un moyen de réduire les effets indésirables de plusieurs médicaments ». (Ulley et al., 2019, p.1).

La littérature converge pour retenir que « La déprescription désigne le processus planifié et supervisé de réduction de la dose ou d'arrêt d'un médicament qui pourrait causer un tort ou ne plus être bénéfique » (Pottie et al., 2018, p. 210). Pour Sibille et al., « La déprescription est le processus d'arrêt, de diminution ou de conversion d'une médication inappropriée, supervisé par un professionnel de la santé, qu'il soit médecin, pharmacien ou infirmier, dans le but d'améliorer la santé et de réduire les coûts. Cette démarche est devenue un sujet majeur de la prescription (appropriée), particulièrement chez le patient âgé et le patient en fin de vie » (Sibille et al., 2020, p. 71)

« Les agonistes des benzodiazépines sont une classe médicamenteuse privilégiée pour la déprescription chez le sujet âgé étant donné leur profil bénéfices-risques nettement défavorable et la dépendance rapidement induite » (Sibille et al., 2020, p. 74). Le Collège national de pharmacologie médicale (2020) considère qu'il y a « dépendance » lorsque le diagnostic révèle trois ou plus des critères suivants :

« **1. Tolérance** manifestée par le besoin d'accroître les doses consommées pour obtenir une intoxication ou un effet désiré ou par une diminution des effets à dose consommée constante. **2. Symptômes de sevrage** à la suite d'une période d'abstinence, évités ou améliorés par une nouvelle prise de la substance psycho-active. **3. Prise de la substance**

**en plus grande quantité** ou pendant plus longtemps que prévu. **4. Un désir persistant** ou des **efforts infructueux** pour diminuer ou contrôler la consommation. **5. Temps passé** important à utiliser ou à se procurer la substance. **6. Abandon** ou réduction des activités sociales, professionnelles ou de loisir à cause de l'usage de la substance. **7. Prise de la substance malgré la connaissance des risques** pour la santé. » (Collège national de pharmacologie médicale, 2020, p. 104).

Le processus de sortie de la dépendance ou de sevrage peut suivre trois modalités.

**1. Le sevrage lent** : on réduit très progressivement les doses de traitement. C'est notamment le cas dans les toxicomanies aux benzodiazépines. On peut aussi introduire une benzodiazépine à demi- vie longue. **2. Le sevrage rapide en ambulatoire.** **3. Le sevrage rapide en hospitalisation** : il permet une surveillance plus rapprochée des signes de sevrage, de rebond, permet aussi de vérifier le sevrage, et d'administrer des traitements si besoin (antidépresseurs ou beta bloqueuse dans le cas du sevrage en antalgiques dans la migraine) » (Collège national de pharmacologie médicale, 2020, p. 112).

Toutefois, Ulley et al. relèvent que « Malgré leur potentiel d'amélioration de la sécurité, il existe des obstacles importants à la déprescription » (Page et al. (2016), cité par Ulley et al. (2019, p. 2)). Dans le cadre de la mise en œuvre de la déprescription hospitalière, Scott et al. (2019, p.102) ont mis en exergue des obstacles qui freinent cette démarche : « l'attachement des patients et des soignants aux médicaments (influence sociale) ; la perception selon laquelle la déprescription est plus risquée que de continuer à prescrire (croyances sur les conséquences) ; les habitudes de travail des pharmaciens limitent leur capacité à soutenir la déprescription (contexte environnemental et ressources), la déprescription n'étant pas une priorité de l'hôpital (objectifs) et les incitations à la déprescription (renforcement) ».

De manière générale, dans une démarche de déprescription, aussi bien au niveau des patients qu'à celui des prescripteurs, certains facteurs constituent des obstacles alors que d'autres représentent des leviers en faveur de la déprescription (Sirois et Ouellet, 2018, pp. 23 et 25 ; Wright et al., 2019, pp. 4-5). Ainsi, pour les patients, selon le cas, les obstacles ou leviers peuvent s'observer sur les points suivants : « Pertinence des médicaments et de la cessation, Peurs et perceptions, Influences, Processus de déprescription ». Concernant les prescripteurs, les obstacles ou leviers se rattachent aux éléments d'analyse suivants : « Conscience du

problème, Inertie, Habiletés à déprescrire, Processus de déprescription (faisabilité) ». Les tableaux adaptés de la revue de littérature de Sirois et Ouellet (2018, pp. 23 et 25), en annexe (Annexes 1 et 2), donnent des détails sur ces obstacles et leviers de la déprescription.

Face aux obstacles, quelques lignes directrices ressortent de la littérature visant à faciliter le processus de déprescription. Celles-ci « préconisent d’impliquer la personne elle-même dans les décisions relatives à sa prescription » (Ulley et al., 2019, p. 2). En pratique, cela consiste à informer et à sensibiliser « les patients sur le processus de sevrage, l’hygiène du sommeil et les symptômes de sevrage » afin de le faire participer au processus de décision (Curran et al. (2003) et Belleville et al. (2007), cités par Pottie et al. (2018, p. 219)). En outre, concernant la démarche de déprescription, Ulley et ses coauteurs (2019) rapportent que « les modèles internationaux de pratique continuent d’adopter une approche d’équipe interdisciplinaire » (...). « Une étude a commenté que le succès de l’intervention dépendait, en grande partie, de l’acceptation par le médecin des changements recommandés dans les médicaments d’une personne (Basheti et al., 2016). Le travail collaboratif entre professionnels pour obtenir la déprescription ou une observance accrue peut être la clé du succès de ces interventions ». (Ulley et al., 2019, p.10).

Au total, les lignes qui précèdent montrent qu’il y a des effets bénéfiques à la déprescription des benzodiazépines. Concernant le pronostic global de la démarche de déprescription, d’après une revue de littérature systématique, Pottie et ses coauteurs relèvent que « beaucoup de patients réussissent à arrêter de prendre les BZRA ; quelque 60 à 80 % des patients arrêtent effectivement de prendre les BZRA après une intervention de déprescription. Cela corrobore les résultats d’autres revues systématiques ayant démontré un taux moyen de réussite de 25 à 80 % avec la réduction de la dose de BZRA (comparativement à un taux d’abandon de 10 à 20 % sous les soins habituels sans instaurer la déprescription) » (Pottie et al., 2018, p. 215).

## **I.6 Rôle et participation des infirmiers (ères) à la déprescription des benzodiazépines**

En Belgique, l’exercice de la profession d’infirmiers (ères) est réglementé. Ce paragraphe donne un aperçu de cette réglementation. Cet éclairage aide à relever la participation des infirmiers (ères) dans une démarche de déprescription des benzodiazépines.

### **I.6.1 Rôle des infirmiers (ères) en matière de déprescription**

En Belgique, les activités dont l'accomplissement relève de l'art infirmier sont énumérées par la loi ; notamment, la Loi relative à l'exercice des professions des soins de santé, coordonnée par l'Arrêté royal du 10 mai 2015. L'article 46 de cette loi qui traite du rôle des infirmiers est reproduit, ci-dessous.

46.§ 1er. On entend par exercice de l'art infirmier, l'accomplissement des activités suivantes :

1° a) observer, identifier et établir l'état de santé sur les plans psychique, physique et social ;

b) définir les problèmes en matière de soins infirmiers ;

c) collaborer à l'établissement du diagnostic médical par le médecin et à l'exécution du traitement prescrit ;

d) informer et conseiller le patient et sa famille ;

e) assurer une assistance continue, accomplir des actes ou aider à leur accomplissement en vue du maintien, de l'amélioration et du rétablissement de la santé de personnes et de groupes qu'ils soient sains ou malades ;

f) assurer l'accompagnement des mourants et l'accompagnement lors du processus de deuil ;

[g) engager de façon indépendante des mesures immédiates destinées à préserver la vie et appliquer des mesures dans les situations de crise ou de catastrophe ;

h) analyser la qualité des soins afin d'améliorer sa propre pratique professionnelle en tant qu'infirmier/-ière.]

2° les prestations techniques de l'art infirmier qui ne requièrent pas de prescription médicale ainsi que celles pour lesquelles elle est nécessaire.

Ces prestations peuvent être liées à l'établissement du diagnostic par le médecin, [ou par le dentiste] à l'exécution d'un traitement prescrit par le médecin [ou par le dentiste] ou à des mesures relevant de la médecine préventive.

3° les actes pouvant être confiés par un médecin [ou par un dentiste] conformément à l'article 23, § 1er, alinéas 2 et 3.

§ 2. Les prestations de soins infirmiers, tel que visées au paragraphe 1er, 1°, 2° et 3°, sont consignées dans un dossier infirmier.

§ 3. Le Roi peut, conformément aux dispositions de l'article 141, fixer la liste des prestations visées au paragraphe 1er, ainsi que leurs modalités d'exécution et les conditions de qualification requises.

Il apparaît des termes de cet article que la prescription ou la déprescription des médicaments n'est pas de la compétence des infirmiers (ères). C'est un acte médical. Cependant, l'accomplissement des activités qui leur sont reconnues permettent aux infirmiers (ères) de jouer un rôle dans la prescription et, plus particulièrement, dans la déprescription qui intéresse ce travail. En effet, en milieu hospitalier, l'infirmier (ère) « assure une assistance continue » des patients. Ce faisant, il a pour rôle « d'observer, identifier et établir l'état de santé sur les plans psychique, physique et social ». Sur la base de ses constats, la loi autorise l'infirmier (ère) à « informer et conseiller le patient et sa famille ».

Certes, l'infirmier (ère) n'est pas compétent pour faire une prescription médicale. Cependant, ayant pour rôle de « collaborer à l'établissement du diagnostic médical par le médecin et à l'exécution du traitement prescrit », dans le cas de la Belgique, l'infirmier est en position de participer à la déprescription en tant que « mesure relevant de la médecine préventive ».

Par ailleurs, l'Arrêté royal du 18 juin 1990 « portant fixation de la liste des prestations techniques de l'art infirmier et de la liste des actes pouvant être confiés par un médecin à des praticiens de l'art infirmier, ainsi que des modalités d'exécution relatives à ces prestations et à ces actes et des conditions de qualification auxquelles les praticiens de l'art infirmier doivent répondre » distingue parmi les prestations de l'art infirmier, celles « requérant une prescription médicale » et les « prestations ne requérant pas de prescription médicale ». Précisément, ces actes autonomes sont énumérés dans un tableau annexé à l'Arrêté royal. En situation, les infirmiers (ères) peuvent accomplir certains de ces actes autonomes pour soigner aussi autrement qu'avec des médicaments. Ainsi, par exemple, quand un infirmier trouve que l'ampoule rectale d'un patient est remplie de fécalome, de manière autonome, il enlève ce fécalome manuellement. Un tel soin autrement qu'avec des médicaments améliore le confort du patient et peut l'aider à dormir sans avoir besoin de somnifères.

### **I.6.2 Participation des infirmiers (ères) à la déprescription des Benzodiazépines**

Comme il a été relevé plus haut, le rôle des infirmiers (ères) est défini par la loi et les activités qu'ils peuvent accomplir sont encadrées. Il peut donc y avoir quelques différences d'une

législation à l'autre, en fonction du pays. En gardant en esprit cette prudence, la consultation de la littérature offre quelques points de repères qui peuvent aider à identifier la participation des infirmiers (ères) en matière de déprescription dans des unités de gériatrie à Bruxelles.

A cet égard, Sirois et Ouellet (2018, p. 27), après une revue narrative de littérature, soutiennent que « les activités de l'infirmière en pharmacovigilance impliquent nécessairement la déprescription lorsque c'est nécessaire » ; car, en la matière, « le rôle de l'infirmière va bien au-delà de l'administration du médicament, puisqu'elle assure une surveillance étroite et soutenue du patient afin de maximiser l'effet des traitements médicamenteux reçus ».

Concernant les modalités de cette participation, plusieurs auteurs notent que la participation des infirmiers (ères) à la déprescription doit se faire en collaboration avec le médecin et/ou l'équipe interdisciplinaire (Sirois et Ouellet, 2018, p. 27 ; Martin, 2018 ; Carreau-Boudreau et Sirois, 2019, p. 46 ; Wright et al., 2019, pp. 6-7). Concrètement, la littérature présente cette participation en trois points.

D'abord, un recueil d'informations, à l'entrée du patient dans l'unité, au moment de l'anamnèse ; à savoir « effectuer une anamnèse complète comprenant une investigation pharmacologique (changements récents de médication, ajout de nouveaux médicaments, prise de nouveaux produits de santé naturels, autres modifications pharmacologiques récentes [ $\leq 2$  semaines]) » (Carreau-Boudreau et Sirois, 2019, p. 37). Dans le cas de mon travail, ce sera l'occasion de demander aux patients s'ils prennent ou non des médicaments pour dormir. Si oui, il sera aussi intéressant d'avoir des renseignements sur les produits, les circonstances de la première prescription, les échanges d'avis avec le médecin dans le cours du traitement, etc.

Ensuite, une fois qu'ils sont admis dans l'unité, les infirmiers (ères) peuvent intervenir lors de la revue des patients. D'après Wright et al. (2019, p. 6), la revue des patients est une occasion idéale pour les infirmiers (ères) d'échanger avec eux sur leurs avis sur leurs médicaments et leur participation éventuelle à un projet de déprescription. C'est le lieu, également, selon Carreau-Boudreau et Sirois (2019, pp. 37-38), de « renseigner le patient des effets indésirables principaux » de ses médicaments et de le sensibiliser sur la nécessité d'une « prise optimale des médicaments, afin qu'il retire le maximum de bienfait de son traitement pharmacologique (posologies, raison des médicaments, etc.) ».

Enfin, le troisième niveau de participation met en lumière le rôle pivot des infirmiers (ères) dans le processus de déprescription (Wright et al., 2019, p. 6). Le caractère pivot consiste à assurer « l'interaction entre les différentes parties » au processus (Sirois et Ouellet, 2018, p. 27). Ainsi, l'infirmier (ère) communiquera les informations recueillies avec le patient au médecin prescripteur et/ou à l'équipe interdisciplinaire. Par exemple, il pourrait informer le médecin et les autres professionnels de l'équipe interdisciplinaire des patients qui désireraient s'engager dans un processus de déprescription par une note dans le dossier (Wright et al., 2019, p. 6). Particulièrement, l'infirmier (ère) peut rencontrer le médecin, lui faire part de la volonté du patient d'entrer dans une démarche de déprescription. Dans ce cas, le médecin peut rencontrer le patient pour en discuter avant de prendre sa décision. A défaut, l'infirmier (ère) peut porter la décision du médecin au patient.

Selon Sirois et Ouellet (2018, p. 27), la participation des infirmiers (ères) à la déprescription relève de la pharmacovigilance qu'implique le suivi des patients ; c'est-à-dire, « des activités de détection, d'évaluation, de compréhension et de prévention des effets indésirables ou de tout autre problème lié aux médicaments ».

Au regard de ce qui précède, l'objectif de mon travail est d'étudier ce qu'il en est des pratiques professionnelles des infirmiers (ères) en matière de déprescription des benzodiazépines comme somnifères dans les deux unités de gériatrie d'un hôpital à Bruxelles. Les résultats pourraient aider à faire avancer les connaissances sur le sujet ; car, dans l'état actuel, la littérature souligne qu'il y a peu de travaux dans la recherche sur la déprescription qui touchent spécifiquement le rôle et la participation des infirmiers (ères) (Sirois et Ouellet, 2018, p. 27 ; Wright et al., 2019, p. 7).

## **II. APPROCHE DE TYPE « RECHERCHE-ACTION »**

Le phénomène de la consommation excessive des benzodiazépines chez les personnes âgées est une problématique complexe, compte tenu de la variabilité des cas individuels. De plus, le contexte hospitalier que j'ai choisi pour ma recherche nécessite de prendre en compte les situations de fait vécues par les équipes interdisciplinaires impliquées dans les soins aux personnes âgées. En conséquence, un programme de type « recherche-action » au sein des services de gériatrie de l'hôpital, lieu de mon étude, me semble indiqué pour faire des apports intéressants sur la problématique de la déprescription des benzodiazépines en milieu hospitalier.

Les sections suivantes ont pour objet de rappeler quelques informations sur l'approche des programmes de type « recherche-action » ; notamment : la définition et les caractéristiques de la « recherche-action », la description de la démarche de recherche, les avantages qui sont associés à ce type de recherche et le rapport de quelques cas d'application de la « recherche-action » en matière de recherche en soins de santé.

### **II.1 Définition et caractéristiques de la « recherche-action »**

#### **II.1.1 Définition de la « recherche-action »**

« Le terme de « recherche-action » (RA) est apparu dans les années 1940 à travers les travaux de Lewin, enseignant en sciences sociales à l'Institut de technologie du Massachusetts (MIT) (Clavreul et Albuquerque, 2020, p. 94). Selon Hugon et Seibel (1988, p. 13) cités par Clavreul et Albuquerque (2020, p. 94), la « recherche-action » est définie comme des « recherches dans lesquelles il y a une action délibérée de transformation de la réalité ; ces recherches ont un double objectif : transformer la réalité et produire des connaissances concernant ces transformations ». Pour Desroche (1982), il s'agit d'une « recherche dans laquelle les auteurs de recherches et les acteurs sociaux se trouvent réciproquement impliqués : les acteurs dans la recherche et les auteurs dans l'action » (Clavreul et Albuquerque, 2020, p. 94).

Pour Aujoulat, « la recherche action est un « style » de recherche, plutôt qu'une méthode bien précise et que la finalité est d'agir pour changer et d'améliorer la pratique. La recherche-action est particulièrement appropriée dans un contexte de mise en œuvre d'une innovation, c'est une expérience pilote, au terme de laquelle on souhaite comprendre non seulement SI « ça marche » mais aussi COMMENT « ça marche » ? (Évaluation de processus) » (Aujoulat, 2019, p.2).

### **II.1.2 Caractéristiques de la « recherche-action »**

La « recherche-action » tente de combler le fossé entre, d'une part, les participants à la recherche (dans mon cas : les équipes de soins, les patients en unité de gériatrie ; voire, leurs familles) et, d'autre part, les chercheurs (Dans mon cas, l'étudiante-chercheuse et l'équipe interdisciplinaire). D'après Neuman (2014, p. 30), « la plupart des recherches-actions partagent cinq caractéristiques : 1. Les personnes étudiées sont des participants actifs dans le processus de recherche ; 2. L'étude intègre les « connaissances et préoccupations » de ces participants ; 3. L'étude examine le phénomène en situation et en documente les caractéristiques ; 4. « Les résultats de l'étude sont partagés pour sensibiliser et responsabiliser les gens » impliqués dans la recherche et 5. « La recherche est directement liée à l'action et à la réalisation d'objectifs » d'amélioration des pratiques.

### **II.2 Description de la démarche de « recherche-action »**

D'après Aujoulat (2019, p. 8) : « le chercheur = facilitateur de changement, qui apporte ses connaissances personnelles, son énergie et les informations théoriques et méthodologiques auxquelles il a accès. Les participants sont associés à la réflexion tout au long de la recherche : Le chercheur présente systématiquement ses résultats pour les faire valider et les décisions concernant les étapes suivantes sont prises en commun ».

Cassell et Johnson (2006, p. 791) rapportent que, dans ses travaux, Lewin (1946 : 38) décrit une démarche qui se présente sous la forme d'une « spirale d'étapes » ; c'est-à-dire, un processus cyclique ou itératif. D'autres auteurs corroborent cette évolution en boucle continue en précisant : « Une fois un cycle était terminé, il était répété pour affiner les stratégies » (Bourbonnais et al., 2020, p. 121).

D'après la littérature, ce cycle d'étapes peut se décliner comme suit :

- 1. Diagnostic :** la recherche-action accorde une place importante à la contextualisation de l'étude ; à savoir, la détermination du « caractère spécifique de la situation en question ». « Ce caractère est déterminé par une recherche scientifique des faits appelée diagnostic (1946 : 38) ». Cette étape permet de savoir si les résultats diagnostiques sont « supérieurs ou inférieurs aux attentes » (Cassell et Johnson, 2006, p. 791) ;
- 2. Planification de l'intervention :** le diagnostic et les nouvelles connaissances acquises servent « de base à la planification correcte de l'étape suivante » (Cassell

et Johnson, 2006, p. 791) ; c'est-à-dire, la définition des actions à entreprendre pour corriger les éléments insatisfaisants du diagnostic ;

3. **Action** : cette étape consiste à appliquer les stratégies planifiées (Bourbonnais et al., 2020, p. 121) ;
4. **Evaluation** : il s'agit de « l'observation de l'impact des stratégies » (Bourbonnais et al., 2020, p. 121) qui ont été appliquées. A cette étape, le cycle peut être repris pour affiner les stratégies.

A la lumière de la description de la démarche, la littérature semble conforter le choix d'un programme de type « recherche-action » pour ma recherche sur la problématique de la déprescription des benzodiazépines en milieu hospitalier. En effet, « le format du cycle de recherche-action, qui comprend l'enquête, l'intervention et l'évaluation, peut refléter les processus itératifs employés par les professionnels de la santé et de l'aide sociale (HSCP) lorsqu'ils évaluent les besoins des personnes vulnérables, y répondent et examinent les progrès accomplis (Hart & Bond, 1995) » (Donnelly et Morton, 2019, p. 452).

### **II.3 Avantages de la « recherche-action »**

Les avantages de la « recherche-action » reposent sur ses deux postulats fondamentaux. Premièrement, la « recherche-action » s'appuie « sur le postulat que l'action (l'expérience, l'activité) produit des connaissances. L'autre principe souvent énoncé est que la valeur des savoirs dépend de leur efficacité pratique. En d'autres termes, théorie et pratique peuvent se transformer réciproquement. À la différence de la recherche « traditionnelle », (...) La recherche a lieu dans l'action (Desroche, 1982) » (Clavreul et Albuquerque, 2020, p. 94).

Suivant ces principes, ma recherche a l'avantage de viser une utilité pratique immédiate en tentant de mobiliser les connaissances acquises par les équipes de terrain, les patients et leurs familles, pour améliorer les pratiques dans un sens soutenu par la littérature académique. Dans le cadre de la « recherche-action », « L'implication et le contrôle des participants locaux signifient une appropriation commune des résultats » (Neuman, 2014, p.31) qui pourrait garantir une mise en œuvre pérenne des découvertes de la recherche.

## **II.4 Application de la « recherche-action » au domaine particulier des soins de santé et en milieu de soins gériatriques**

« Les approches de recherche-action dans le domaine de la santé et des soins sociaux offrent la possibilité de comprendre le jugement professionnel, les expériences vécues et les multiples façons de connaître lorsqu'on cherche à développer une pratique efficace (Gaventa & Cornwall, 2008 ; Reason & Bradbury, 2008) » (Donnelly et Morton, 2019, p. 452). Elle y « est un outil pour contribuer à développer des pratiques professionnelles de coopération plus horizontales » en créant « un cadre privilégié de partage entre les « savoirs professionnels » et les « savoirs expérientiels » (...) dans une perspective de « démocratie sanitaire », dont la participation volontaire des personnes concernées est le socle (Gross, 2017 ; Greacen et Jouet, 2019) » (Clavreul et Albuquerque, 2020, p. 99).

A titre d'illustration, Clavreul et Albuquerque (2020, p. 95-96) rapportent la recherche-action conduite par Barbier (1996) « impliquant des soignantes dans le cadre de l'accompagnement de fin de vie » qui a abouti à la production de « connaissances et une transformation de leurs représentations, par exemple sur la mort et le sens de leur travail ». Dans le même sens, la « recherche-action » conduite par De Bruycker (2018, p. 81) sur « l'utilisation de la contention physique dans un service de Gériatrie » a permis d'observer l'impact favorable de la « participation des professionnels à l'adaptation de leurs pratiques » qui s'est traduit par, « à court terme, (...) la réduction de l'utilisation de la contention physique de 59%, malgré des profils de patients similaires » et « un changement significatif au niveau de la compliance des soignants aux recommandations de bonne pratique publiées par l'ANAES (amélioration en moyenne de 4 à 5 recommandations sur 10) ».

## **Deuxième Partie : DEROULEMENT PRATIQUE DE LA RECHERCHE**

Cette partie empirique de mon travail comprend cinq chapitres. Le premier chapitre (III) rappelle la problématique de l'étude, la question de recherche, l'objectif général et précise les objectifs spécifiques. Le chapitre suivant (IV) se consacre au contexte et aux méthodes. Ensuite, le chapitre (V) rend compte de l'application de la démarche de « recherche-action. Puis, le chapitre (VI) présente les résultats de l'étude. Enfin, le cinquième et dernier chapitre (VII) discute les résultats observés.

### **III. PROBLEMATIQUE ET OBJECTIFS DE LA RECHERCHE : RAPPELS**

#### **III.1 Problématique**

En Belgique, les données des services publics indiquent que la consommation des benzodiazépines comme somnifères est une problématique de santé publique. En particulier, étant donné le nombre important des effets indésirables et des risques associés à la consommation excessive des benzodiazépines dans la prise en charge de l'insomnie chez la personne âgée, la littérature considère leur prescription comme « potentiellement inappropriée » (SPF Santé Publique, 2022).

Cette littérature rapporte, par ailleurs, qu'il existe des solutions de rechange non pharmacologiques plus sûres. Mais, relève la littérature, la démarche de déprescription des benzodiazépines et, éventuellement, de leur remplacement par ces solutions non pharmacologiques rencontre, comme souligné plus haut, des « obstacles importants ».

#### **III.2 Question de recherche**

Face à cette problématique, étant infirmière dans un service de gériatrie aigüe, il m'est apparu important de contribuer à la recherche sur l'aide qui pourrait être apportée pour la diminution de la prescription des benzodiazépines comme somnifères chez les personnes âgées en milieu hospitalier à Bruxelles.

Pour ce faire, ma question de recherche est formulée comme suit :

*« Au regard du rôle des infirmiers (ères), quelle participation peuvent-ils apporter dans la déprescription des benzodiazépines comme somnifères, dans les services de gériatrie des hôpitaux, à Bruxelles ? »*

### **III.3 Objectifs de la recherche**

#### **III.3.1 Objectif général**

L'objectif général de l'étude est d'identifier le rôle et la participation que peuvent apporter les infirmiers (ères), en gériatrie, à la déprescription des benzodiazépines comme somnifères chez les personnes âgées en milieu hospitalier à Bruxelles.

#### **III.3.2 Objectifs spécifiques**

Dans la poursuite de l'objectif général, les objectifs spécifiques suivants sont visés :

1. Identifier le niveau de sensibilité des infirmiers (ères) en gériatrie face à la consommation des benzodiazépines.
2. Comprendre les perceptions des patients hospitalisés en gériatrie vis-à-vis de la déprescription des benzodiazépines.
3. Développer, avec l'équipe interdisciplinaire (médecins, infirmiers, neuropsychologue, ergothérapeute, kinésithérapeute) de mon service, un plan d'intervention visant à favoriser la déprescription des benzodiazépines ;
4. Evaluer l'efficacité de l'intervention sur les deux variables, ci-après :
  - i. Y a-t-il eu, ou non, réduction de la prescription des benzodiazépines ?
  - ii. Y a-t-il eu, ou non, des changements de pratiques professionnelles des infirmiers (ères), en lien avec la problématique de la consommation des benzodiazépines comme somnifères chez les personnes âgées et leur déprescription, en milieu hospitalier, à Bruxelles ?

## **IV. CONTEXTE ET METHODES DE COLLECTE ET D'EXPLOITATION DES DONNEES**

Dans ce chapitre, d'abord, la section concernant le contexte a pour objectif de présenter la structure hospitalière et les unités de gériatrie au sein desquelles se déroule cette recherche. Ensuite, la seconde section expose les méthodes de collecte et d'exploitation des données.

### **IV.1 Présentation du terrain de la recherche**

Mon étude s'est déroulée dans une clinique hospitalière située dans la région bruxelloise, plus précisément dans ses deux services de gériatrie. Pour plus de discrétion, les responsables de cette clinique ont tenu à garder l'anonymat. La politique de cet hôpital renvoie à un système centré sur le patient.

Ces deux services de gériatrie, que nous allons nommer unité **X** et unité **Y**, pour préserver l'anonymat demandé par les responsables, sont agréés et disposent d'un programme de soins pour le patient gériatrique conformément à l'Arrêté royal du 29 janvier 2007, chapitre premier, Art.2.

Dans ces deux unités (**X** et **Y**), la nature et le contenu des soins suivent « le programme de soins pour le patient gériatrique axé sur le processus pluridisciplinaire diagnostique, thérapeutique ainsi que sur la réadaptation fonctionnelle et le suivi du patient gériatrique. Le programme de soins garantit également le dépistage des patients gériatriques et la continuité des soins, en concertation avec le médecin généraliste et les autres prestataires de soins. L'objectif principal du programme de soins est d'obtenir, à travers une approche pluridisciplinaire, la récupération optimale des performances fonctionnelles et de la meilleure autonomie et qualité de vie de la personne âgée » (Arrêté royal du 29 janvier 2007, chapitre III, Art.5).

Les unités **X** et **Y** comportent chacune vingt – cinq lits. Chaque service a son personnel distinct, à l'exception de la neuropsychologue, des diététiciennes, des psychologues et de 4 médecins spécialistes agréés en gériatrie qui consultent dans les deux services. Les médecins sont secondés par un médecin-assistant, en médecine générale, qui effectue un stage dans l'unité **X** pour une durée de six mois ; mais, comme les gériatres, elle consulte dans les deux unités.

Le tableau 3 présente le personnel qui compose les équipes pluridisciplinaires de chaque unité.

Tableau 3: Composition du personnel pluridisciplinaire des unités X et Y

Unité X		Unité Y	
Catégorie professionnelle	Nombre	Catégorie professionnelle	Nombre
Infirmiers (ères)	11	Infirmiers (ères)	12
Aides-soignantes	4	Aides-soignantes	4
Kinésithérapeutes	2	Kinésithérapeutes	3
Logopède	1	Logopède	1
Ergothérapeute	1	Ergothérapeute	1
Aides logistiques	2	Aides logistiques	2
Secrétaire	1	Secrétaire	1
Assistante sociale	1	Assistante sociale	1

Le tableau 4 traduit les effectifs du personnel pluridisciplinaire des deux unités X et Y en ETP (Equivalent Temps Plein).

Tableau 4: Personnel pluridisciplinaire des unités X et Y en ETP

Unité X		Unité Y	
Catégorie professionnelle	ETP	Catégorie professionnelle	ETP
Infirmiers (ères)	9,53	Infirmiers (ères)	11,90
Aides-soignantes	3,60	Aides-soignantes	3,60
<b>TOTAL SOIGNANTS</b>	<b>13,13</b>	<b>TOTAL SOIGNANTS</b>	<b>15,5</b>
Aides logistiques	1,60	Aides logistiques	1,60
Secrétaire	1	Secrétaire	1
<b>TOTAL PARAMEDICAUX</b>	<b>1,76</b>	<b>TOTAL PARAMEDICAUX</b>	<b>2,29</b>
<b>TOTAL UNITE X</b>	<b>17,49</b>	<b>TOTAL UNITE Y</b>	<b>20,39</b>

Il faut préciser que malgré la distinction du personnel, les deux services travaillent dans un esprit de collaboration. Par ailleurs, relativement au nombre des infirmiers, il faut préciser que l'administration fait appel, dans les cas de besoin, à l'équipe volante de l'hôpital ou à des intérimaires afin d'avoir le nombre nécessaire à une prise en charge optimale des patients.

Une fois par semaine, chaque service tient sa réunion pluridisciplinaire. A cette réunion, une évaluation est faite pour chaque patient. Cette évaluation permet de poser un diagnostic qui permettra une intervention thérapeutique. L'unité gériatrique X tient sa réunion tous les jeudis et l'unité Y tous les mercredis.

## **IV.2 Méthodologie de la recherche**

Cette recherche utilise une méthode « qualitative ». Les outils et instruments méthodologiques utilisés sont donc ceux attachés à cette méthode de recherche. Dans les lignes qui suivent, j'expose ma justification du choix de cette méthode. En outre, je décris les outils et instruments méthodologiques.

### **IV.2.1 Justification du choix de la méthode qualitative**

Il convient de rappeler que, pour les raisons qui ont été exposées plus haut, j'ai choisi pour cette étude, l'approche « recherche-action ». La « recherche-action » s'inscrit dans un processus cyclique en plusieurs étapes. Par exemple, pour les étapes « Diagnostic » et « Planification de l'intervention », les objectifs spécifiques visés, ci-dessus, justifient l'utilisation de la méthode « qualitative ».

En effet, à l'étape du « diagnostic », il s'agit de saisir le phénomène et de bien le comprendre ; tel qu'il se déroule au moment précis, dans le milieu particulier, terrain de la recherche. La méthode « qualitative » permet donc, non seulement, d'exploiter les documents administratifs de gestion dans l'institution ; mais également, de questionner et de s'entretenir avec les professionnels des soins et les patients pour recueillir leurs compréhension et perception de la problématique de la consommation inappropriée des benzodiazépines chez les personnes âgées.

En outre, dans la « recherche-action », l'étape de la « planification de l'intervention » est une démarche participative qui, compte tenu des caractéristiques du terrain, des attentes et besoins exprimés par les professionnels et les patients, permet de construire avec ces acteurs une intervention qui est adaptée aux circonstances.

La démarche de « recherche-action » comporte, en dernière étape, l'évaluation de l'action. A ce niveau, il s'agit de se prononcer sur l'efficacité du plan d'intervention eu égard aux résultats. En présence de données statistiques suffisantes, cette évaluation peut prendre la forme de tests d'hypothèses avec des logiciels de traitement statistique tels que STATA ou IBM Statistics SPSS®. Ces outils d'analyse quantitative permettent de vérifier si les observations obéissent à des modélisations mathématiques. Les réponses aux hypothèses sur la base des ratios des régressions linéaires ont une valeur justificative plus objective qu'une évaluation qualitative.

En ce qui concerne ma recherche, sa durée limitée et ses critères cumulatifs d'inclusion n'ont pas permis de recueillir de données suffisantes pour envisager une analyse quantitative des résultats pour en une étude d'impact du plan d'intervention sur les points de la déprescription et du changement des pratiques professionnelles. En conséquence, j'ai étendu l'analyse qualitative à l'évaluation des résultats. Les lignes qui suivent précisent les éléments d'appréciation qui ont servi à cette évaluation.

#### **IV.2.2 Outils et instruments méthodologiques**

Concernant les outils et instruments méthodologiques, deux catégories peuvent être distinguées. D'abord, ceux destinés à la collecte et à l'analyse des données. Puis, les moyens utilisés pour l'évaluation des résultats.

##### ***IV.2.2.1 Collecte et analyse des données***

Pour la collecte des données, trois outils et instruments ont été utilisés : réunions de discussions en équipe interdisciplinaire, entretiens semi-directifs et observations. Le guide d'entretien destiné aux patients a été testé avec collègues infirmiers (ères) et validé par la neuropsychologue du service. Des copies des documents définitifs sont jointes en annexe (Annexe 3). Les entretiens se déroulent avec tous les patients, en fonction des critères d'inclusion et d'exclusion, ci-dessous :

##### Critères d'inclusion :

- Personne à profil gériatrique hospitalisée dans les deux unités de recherche consommant des benzodiazépines comme somnifère.
- Personne à profil gériatrique ayant un MMSE (mini-mental state (MMS) ou mini-mental state examination (MMSE) ou test de Folstein) supérieur ou égal à 24.

Selon Ceulemans et Petermans (2022, p. 63) « Le Mini Mental Status Test (MMS) de Folstein permet en dix minutes d'explorer les fonctions dites cognitives (orientation, mémoire, concentration, langage, praxie). Une valeur inférieure à 24 permet d'affirmer une atteinte cognitive sans préjuger de son étiologie ». Le questionnaire pour effectuer ce test, extrait de Ceulemans et Petermans (2022, p. 64), est joint au mémoire (Annexe 4). Sur cette base, je considère que les patients à profil gériatrique du service, ayant un MMSE supérieur ou égal à 24, sont des personnes dont les fonctions cognitives ne sont pas atteintes et qui peuvent fournir des informations pertinentes pour ma recherche.

De plus, les considérations éthiques exigent de recueillir le consentement éclairé des participants à une étude. Avec un score de MMSE égal à 24 ou plus, cette exigence est prise en compte. Une copie du formulaire qui est soumis aux patients pour recueillir formellement leur consentement est joint en annexe (Annexe 5).

Critères d'exclusion :

- Les personnes à un profil gériatrique ayant une incapacité cognitive ou d'expression orale (score inférieur ou égale à 23 points, évalué par l'échelle Mini Mental State)
- Personne ne consommant pas de benzodiazépines comme somnifères

***IV.2.2.2 Résultats et évaluation du plan d'intervention***

Deux types de résultats sont visés par la recherche. Premièrement, en fonction des constats du diagnostic, il s'agit de relever la participation des professionnels à un changement des pratiques. Pour ce faire, je me sers de deux sources de données : les dossiers patients pour les médecins et, plus particulièrement, les contenus des anamnèses pour les infirmiers.

Dans les dossiers patients, il s'agit de relever comment a évolué les prescriptions des médecins. En ce qui concerne les infirmiers (ères), il s'agit de noter le niveau d'application du protocole établi par le plan d'intervention pour la conduite des anamnèses. A cet effet, j'exploite le système informatisé de gestion sur la période de mon étude, relativement aux données renseignées dans l'anamnèse.

De fait, le système informatique permet de renseigner des informations recueillies au cours de l'anamnèse sur le patient, en ce qui concerne les fonctions « Dormir et se reposer ». A ce niveau, le protocole demande aux infirmiers (ères) de poser la question à tous les patients à profil gériatrique qui sont reçus à l'admission. La question précise est de savoir si le patient rencontre des « Problèmes de sommeil ». La réponse, oui ou non, doit être renseignée. En outre, si la réponse est oui, les questions additionnelles permettent de mentionner, dans le champ « commentaire », les médicaments utilisés, ce qui permettra de savoir si le patient consomme des benzodiazépines. A titre d'illustration, des captures d'écran de la boîte de dialogue vide (Annexe 6) et renseignée (Annexe 7) sont jointes au mémoire.

L'évaluation consistera à apprécier, sur la population des patients admis dans la période de l'étude, ceux pour lesquels ce protocole a été appliqué.

En second lieu, les résultats visés concernent les réponses des patients au plan d'intervention. Ici, il s'agit d'apprécier sur l'ensemble de la population des patients qui sont inclus dans l'étude, la proportion de ceux qui ont suivi le plan de sevrage jusqu'à leur sortie d'hospitalisation. Car, pour cette étude en milieu hospitalier, je considère la sortie d'hospitalisation comme la borne qui marque la fin du projet de déprescription.

## **V. APPLICATION DE LA DEMARCHE DE « RECHERCHE-ACTION »**

Conformément aux recommandations de la « recherche-action », il était essentiel pour moi, à travers une équipe interdisciplinaire, d'impliquer les personnes concernées par mon thème dans le déroulement des différentes étapes de la recherche ; à savoir : Diagnostic, Planification de l'intervention, Action et Evaluation (La partie évaluation devant se faire au moment de l'exposé des résultats).

Afin de pouvoir tenir compte des connaissances expérientielles dans la composition même de mon équipe interdisciplinaire, j'ai observé une étape 0 avant celles susvisées, prévues par la « Recherche-action ».

### **V.1 Etape 0 : Réunion d'aide à la composition d'une équipe interdisciplinaire**

**Le jeudi 20 Janvier 2022, de 13H45 à 14H30, j'ai organisé une réunion préliminaire.** Cette réunion s'est tenue avec l'équipe soignante de l'unité de gériatrie qui sert de base à ma recherche. En effet, comme mentionné plus haut, les patients des deux unités de gériatrie de l'hôpital sont pris en compte dans ma recherche. Cependant, concernant les réunions interdisciplinaires, j'ai décidé de travailler uniquement avec l'équipe de l'unité où je suis en service, pour des raisons de commodité.

A cette réunion, il y avait 11 participants : 6 infirmiers (ères) de l'équipe, 4 étudiantes infirmières en stage dans le service et 1 aide-soignante. L'objet de cette réunion visait à constituer une équipe interdisciplinaire pour participer à la recherche. Après avoir exposé mon projet d'étude et mon souhait de suivre une démarche de « recherche-action », la discussion a tourné autour des professions à inclure dans cette équipe. Les diapositives du document PowerPoint de soutien à mon exposé liminaire sont jointes au mémoire (Annexe 8).

Au terme des échanges, il a été décidé de la composition suivante : 05 Médecins, 01 neuropsychologue, 01 pharmacien, 11 infirmiers (ères) (y compris l'infirmière de la liaison gériatrique de l'hôpital), 01 ergothérapeute, 02 kinésithérapeute, 01 aide-logistique ; soit, au total, 22 membres.

A l'issue de cette réunion, les médecins, le neuropsychologue et le pharmacien ont été approchés individuellement. Les représentants des autres professions ont été directement conviés à la réunion de diagnostic.

## **V.2 Etape 1 : Diagnostic**

Le recueil des informations pour le diagnostic s'est opéré de deux manières : d'abord, des entretiens individuels avec les professionnels signalés plus haut ; puis, une réunion d'équipe avec les autres. Dans les deux cas, le fond de la rencontre suit la même structure. Je commence par une présentation du contexte de la recherche, la précision des objectifs, un exposé de la synthèse de la revue de littérature, en soulignant particulièrement les effets indésirables des benzodiazépines, de manière générale et, spécifiquement, ceux liés à leur consommation chez la personne gériatrique (Cf. Annexe 8). Dans les entretiens individuels, qui ont duré environ 20 minutes chacun, cette présentation constitue un exposé informel liminaire. Pour ce qui est de la réunion d'équipe, j'ai d'abord projeté un petit film de sensibilisation pris sur le site SPF Santé (Lien reporté sur les diapositives), puis j'ai fait un exposé avec support PowerPoint (Cf. Annexe 8).

Après cette intervention liminaire, dans les échanges, il s'agit de faire un diagnostic du terrain de recherche ; en particulier, les pratiques des professionnels concernés, relativement aux benzodiazépines, à travers les axes suivants :

- Sensibilité à la problématique de la recherche ;
- Pratiques actuelles des professionnelles ;
- Evaluation de la conformité des pratiques aux informations de la littérature

### **V.2.1 Etat des pratiques des médecins (3), neuropsychologue (1) des unités de gériatrie et d'un pharmacien de l'hôpital**

De mes entretiens, il ressort que ces professionnels ont, de manière générale, des informations sur les benzodiazépines. Cependant, concernant la déprescription, les pratiques sont diverses.

**Médecins :** Certains « n'y pensent pas toujours » et, pour les patients qui entrent dans les unités sous benzodiazépines, ils reconduisent la prescription. D'autres arrêtent systématiquement cette prescription ; notamment, lorsque les benzodiazépines sont prises comme somnifères. Selon ceux-ci, si ces patients ne dorment pas, « c'est parce qu'ils ne sont pas fatigués. S'ils sont fatigués, ils vont dormir ». Une dernière catégorie agit au cas par cas. Si l'hospitalisation

du patient gériatrique « est liée à une chute, j'arrête immédiatement ». A la lumière de la littérature, cette dernière réaction peut s'expliquer par le fait que les chutes constituent l'un des effets les plus problématiques de la consommation des benzodiazépines chez les personnes à profil gériatrique.

Par ailleurs, les médecins ont signalé qu'ils reçoivent, parfois, les plaintes des patients lorsqu'ils arrêtent la prescription. Dans ces cas-là, ils la rétablissent.

**Neuropsychologue :** Le test de Folstein (MMSE), qui est nécessaire pour déterminer si un patient peut avoir un consentement conscient à une éventuelle démarche de déprescription, n'est pas systématique. Il est fait uniquement lorsqu'il y a une demande.

**Pharmacien :** Le pharmacien, a été coopératif lors de l'entretien. Mais, selon lui, dans sa fonction de fournir le médicament prescrit, il n'a pas une vision claire du rôle qu'il peut jouer dans la déprescription des benzodiazépines comme somnifères.

#### **V.2.2 Etat des pratiques des membres de l'équipe de soins**

**Le 25 janvier 2022, de 12H15 à 13H20, j'ai tenu ma première réunion de discussion avec l'équipe interdisciplinaire.** Au terme des échanges, pour chaque catégorie de professionnels, le diagnostic se présente comme suit.

**Infirmiers (ères) :** Globalement, les infirmiers (ères) paraissent peu informés de la problématique liée à la consommation des benzodiazépines. Ils font une anamnèse à l'entrée des patients. Mais, ils ne ciblent pas les benzodiazépines dans cette anamnèse et ne visent pas à identifier les patients qui en consomment déjà comme somnifères. Les infirmiers (ères) administrent les médicaments prescrits, exercent le suivi des patients. Cependant, ils estiment que « le service est trop lourd » ; en conséquence, ils ne disposent pas de temps suffisant pour s'entretenir avec les patients. Toutefois, les infirmiers (ères) soutiennent qu'en règle générale, lorsqu'ils font des observations que les médecins jugent pertinentes, ces derniers en tiennent compte.

**Ergothérapeute :** l'ergothérapeute n'est pas suffisamment sensibilisée sur la question des benzodiazépines, selon elle. Néanmoins, elle sait que des somnifères affectent le quotidien de certains patients.

**Kinésithérapeutes :** D'après leurs propos, les kinésithérapeutes ne sont pas informés de la problématique de la consommation des benzodiazépines chez la personne gériatrique : « je ne sais pas ce que c'est les benzodiazépines et je ne veux pas savoir ; dans notre formation, on ne nous parle pas de médicament ». De toutes les façons, soutiennent-ils, « que le patient consomme les benzodiazépines ou pas, nous faisons des exercices de musculature à tous nos patients ».

**Aides-logistiques :** Dans le cas des unités de gériatrie qui concernent cette étude, ces professionnels assurent la logistique des médicaments entre les unités et la pharmacie, distribuent les repas, débarrassent les couverts, rangent les chariots ; etc. Il convient de noter que parmi les aides-logistiques, une personne a des compétences dans le massage corporel. Elle a accepté de mettre cette compétence à la disposition du projet, en ce qui concerne les activités de soutien aux patients engagés dans la déprescription.

### **V.2.3 Evaluation de la conformité des pratiques**

Aussi bien pour les entretiens individuels que pour la réunion de discussion, le dernier point a consisté à faire une évaluation du résultat diagnostique par rapport aux enseignements de la littérature, compte tenu des dangers liés à la consommation des benzodiazépines chez la personne gériatrique.

Sur ce point, tous les participants ont reconnu que les pratiques du service sont insuffisantes ; c'est-à-dire, ces pratiques ne sont pas suffisamment proactives par rapport à ce que recommande la littérature concernant la déprescription. L'équipe s'est donc mise d'accord pour réfléchir à un plan d'amélioration des pratiques qui a fait l'objet de la réunion de discussion suivante.

## **V.3 Etape 2 : Planification de l'intervention**

**Le 11 février 2022, de 12H30 à 13H15, a eu lieu ma deuxième réunion de discussion.** Cette réunion avait pour objet, la mise en commun des fruits des réflexions qu'il a été décidé de conduire sur les propositions de changement à apporter pour améliorer les pratiques professionnelles du service en vue de les faire évoluer vers les standards recommandés par la littérature. Il faut préciser que, outre les membres de l'équipe interdisciplinaire présentée plus haut, l'infirmière responsable de la liaison gériatrique de l'hôpital a été associée à cette réunion.

Ici, le choix s'est porté sur l'élaboration d'un plan d'intervention à l'attention des infirmiers (ères) qui sont visé (es) précisément par l'étude.

### **V.3.1 Plan d'intervention des infirmiers (ères) pour aider à la déprescription des benzodiazépines**

En référence aux points d'intervention signalés dans la littérature, la synthèse des apports des uns et des autres a permis de bâtir un plan d'intervention autour des infirmiers (ères) comme acteurs pivot de sa mise en œuvre. Dans le plan d'intervention validé par la réunion, la participation des infirmiers (ères) se situe, d'abord, au moment de l'anamnèse puis, lors de la revue des patients, également dans leurs rapports aux médecins et, enfin, dans le suivi des décisions du médecin (Annexe 9).

Schématiquement, la procédure de l'intervention est décrite de la manière suivante. D'abord, à l'admission, au moment de l'anamnèse les infirmiers (ères) interrogent les entrants pour savoir s'ils prennent des médicaments pour dormir. Si oui, ils demandent le nom de ces médicaments afin de savoir s'il s'agit de benzodiazépines. Dans tous les cas, les infirmiers (ères) renseignent le système informatisé de gestion. Ensuite, la mémorante rencontre les patients identifiés comme prenant des benzodiazépines en tant que somnifères. Elle leur applique le test MMSE. Les patients sont inclus dans l'étude lorsque les trois conditions cumulatives sont remplies ; à savoir, prendre des benzodiazépines comme somnifères, avoir un score de 24 ou plus au test MMSE et accepter d'entrer dans l'étude en signant le formulaire de consentement. Enfin, les patients qui entrent dans l'étude sous les conditions précisées ci-dessus font l'objet du suivi par l'ensemble des membres des équipes des soins. Le tableau joint à ce mémoire (Cf. Annexe 9) décrit le plan d'intervention, dans ses grandes lignes.

Il convient de signaler que, lors de la réunion de discussions du 11 février 2022, l'équipe interdisciplinaire a pris la décision de tenir une réunion à mi-parcours de la mise en œuvre du plan. Cette réunion aura pour objet de faire le point de l'avancement du plan d'intervention.

### **V.3.2 Protocole pour l'identification des patients sous benzodiazépines lors de l'anamnèse**

Afin d'avoir une intervention uniforme pour tous les infirmiers (ères) et dans les deux unités, les informations recueillies lors de la réunion, relatives à la façon de procéder dans l'anamnèse, ont été formalisées dans un protocole. Une copie de ce protocole est jointe à ce mémoire (Annexe 10).

Par ailleurs, il faut noter qu'à cette réunion, l'ergothérapeute s'est excusée de son absence. Aussi, pour clore la réunion, il a été retenu qu'une farde d'information doit être mise en place et disponible à l'attention de l'équipe interdisciplinaire pour recueillir tous les comptes rendus des réunions. Ce qui permettra aux absents à des réunions d'être informés au même titre que ceux présents.

## **V.4 Etape 3 : Mise en œuvre de l'action**

### **V.4.1 Conduite des actions initiales**

A cette étape, il s'agit d'appliquer les actions qui ont été planifiées (Cf. Annexe 9).

Pour le bon déroulement de la mise en œuvre des actions du plan, des éléments sont ressortis de la réunion de discussion n° 2, ci-dessus, qui ont permis d'élaborer une fiche pour recevoir les rapports des activités réalisées par les équipes de soins des unités de gériatrie. Deux copies des documents de suivi sont jointes à ce mémoire, à titre d'illustration (Annexes 11a, 11b).

Pour la circulation efficace des informations, une farde de suivi a été mise en place pour recueillir les fiches où sont inscrits tous les patients concernés. Cette farde est mise à disposition du personnel, ce qui permet à tous les participants d'être informés et d'adapter, au besoin, la surveillance de ces patients.

### **V.4.2 Réunion sur l'état de mise en œuvre du plan d'action à mi-parcours**

**Le 15 mars 2022, de 13 heures 15 minutes à 13 heures 45 minutes, l'équipe interdisciplinaire a tenu une troisième réunion de discussions.** Comme convenu à l'élaboration du plan d'action, cette réunion a eu pour objet de faire le point de l'avancement du plan d'intervention. A cet effet, les résultats à ce stade ont été exposés. Il en est ressorti que ceux-ci n'étaient pas satisfaisants. Dans l'analyse, il s'est avéré qu'un biais lié à la configuration du système informatique (Cf. Annexe 6) ne permettait pas d'apprécier ces résultats objectivement.

En effet, tel que configuré au niveau de l'anamnèse, si un patient a effectivement des « problèmes de sommeil », le système permet de le noter et de renseigner les médicaments qu'il prend, y compris les benzodiazépines (Cf. Annexe 7). Mais, dans le cas où le patient n'a pas de « problèmes de sommeil », la consultation du système ne permet pas de savoir si l'infirmier

(ère) a posé ou non la question sur ce point ; notamment, s'il a appliqué ou non le protocole établi à cet effet.

Pour réduire les effets de ce biais, l'équipe a pris la décision suivante. Lorsqu'un patient a des « problèmes de sommeil », les médicaments qu'il prend sont renseignés dans le champ « commentaire ». S'il n'en a pas, le champ « commentaire » étant libre, les infirmiers (ères) doivent y mentionner « Pas de problèmes de sommeil ». De la sorte, la consultation des dossiers électroniques pourra permettre de savoir le niveau d'application du protocole par les infirmiers (ères).

Compte tenu des contraintes de délais concernant la remise du mémoire aux responsables de l'université, l'application du plan d'intervention a duré un mois ; du 1<sup>er</sup> au 31 mars 2022. Les résultats de l'exploitation de l'ensemble des données récoltées par la recherche sont présentés dans le chapitre VI suivant.

Dans la démarche de « Recherche-action », l'étape qui suit celle de l'action est « l'évaluation » ; c'est-à-dire, une appréciation des résultats de l'application du plan d'intervention. C'est pourquoi, cette étape est traitée dans le chapitre VI consacré aux résultats.

## **V.5 Considérations éthiques**

Dans les démarches de recherche comme celles que j'utilise où les participants contribuent à éclairer la réalité diagnostique et prennent part à la construction des changements, ces derniers doivent être « toujours traités de manière éthique ou morale » (Neumann, 2013, p. 2), « dans un cadre éthique mutuellement acceptable » (Cassell et Johnson, 2006, p. 784). Une éthique de la recherche, en la matière, consiste en « une approche réflexive adoptée pour contrer les difficultés et s'efforcer de mettre en place un processus plus équitable qui serait mutuellement bénéfique à toutes les parties concernées ». Cette approche repose sur un ensemble de principes ; dont spécifiquement, les « principes (...) de prévention des préjudices, de confidentialité et de consentement éclairé » (Donnelly et Morton, 2019, p. 455).

Dans cette étude, je fais application de ces considérations éthiques, d'abord, par principe de recherche ; mais, également, par obéissance aux exigences de la charte des mémoires de Master de l'Université Catholique de Louvain (UCL). Ainsi, une lettre d'information a été rédigée pour détailler le thème de la recherche, son objectif général, son déroulement et, surtout, son

engagement à la confidentialité des données. A cet égard, au traitement, des codes d'anonymat sont attribués aux informations collectées.

De plus, après les informations nécessaires, un formulaire de consentement (Cf. Annexe 5) est soumis, pour signature, aux individus répondant aux critères de l'étude avant Leur enrôlement comme participants.

Au total, le document d'information, le formulaire de consentement, les questionnaire et guides d'entretiens des patients ont été joints à une demande d'avis adressée au Comité éthique de l'hôpital du lieu de la recherche le lundi 10 janvier 2022. Le Comité d'Ethique Hospitalo-facultaire m'a d'abord communiqué son accord de principe oralement en date du 24 février 2022. L'autorisation formelle, ci-joint, a été signée le 25 avril 2022 (Annexe 12).

## **VI. RESULTATS ET EVALUATION DE L'INTERVENTION**

Ce chapitre comprend deux sections. La première section présente les résultats de l'étude. Sur la base de ces résultats, la seconde section évalue l'efficacité du plan d'intervention.

### **VI.1 Résultats de l'étude sur la déprescription dans les unités de gériatrie d'un hôpital de Bruxelles**

Avant d'aborder l'exposé des résultats proprement dits, il me semble convenable de faire une description des données de base de l'étude.

#### **VI.1.1 Description des données de base de l'étude**

Concernant les données de base, d'abord, quelques précisions sont utiles sur la durée de l'étude. Ensuite, je présente les données relatives aux différentes populations de l'étude.

##### ***VI.1.1.1 Durée de l'étude***

En pratique, la recherche s'est déroulée sur trois mois ; de début janvier à fin mars 2022. Ce trimestre de recherche se subdivise en deux périodes. La première, qui a duré de début janvier à début mars 2022, est une période exploratoire. Elle a consisté à prendre contact avec des personnes ressources du terrain de recherche, à tenir des réunions de discussions préliminaires, à faire des entretiens préparatoires, en vue de la construction de mes outils de recherche.

Les résultats de cette première période sont constitués par mes questionnaires et guides d'entretiens définitifs, les comptes rendus de réunions ; plus particulièrement, la composition de l'équipe interdisciplinaire qui a accompagné la recherche.

La seconde période de la recherche, du début à la fin du mois de mars 2022, est consacrée à l'application de la démarche de « Recherche-action ». La description de la démarche, les outils pour la construction de la dynamique participative, le plan d'intervention et les fiches de suivi de la mise en œuvre des actions de ce plan sont exposés dans la partie dédiée aux méthodes. Les données de base auxquelles toute la démarche s'est appliquée sont décrites, ci-dessous.

##### ***VI.1.1.2 Différentes populations de l'étude***

Cette recherche a porté sur trois principales catégories de populations : les patients, les médecins et les infirmiers (ères).

**Populations des patients :** Au départ de l'étude le 1<sup>er</sup> mars, il y avait 24 patients présents dans l'unité X et 18 patients dans l'unité Y ; soit, 42 patients. Du 1<sup>er</sup> au 31 mars 2022, les deux unités

de gériatrie (X et Y) de l'hôpital (H) de Bruxelles ont reçu un total de 107 patients ; avec 60 patients pour l'unité X et 47, pour l'unité Y.

Sur cet ensemble, un total de 10 patients remplissaient les critères d'inclusion dans la recherche et ont donné leur consentement pour entrer dans l'étude. Le détail concernant le nom commercial des médicaments et les doses consommées est présenté, ci-dessous, pour chaque patient, en ce qui le concerne :

### **BENZODIAZÉPINES**

Patient 1 : dormonoct 1mg, 1 comprimé à 21H

Patient 2 : Temesta 1mg, 1 comprimé à 21H

Patient 4 : Rivotril gouttes (1 ml = 25 gouttes = 2,5 mg), 5 gouttes à 21h

Patient 6 : Lexotan 6 mg, ½ comprimé à 21H

Patient 7 : lexotan 6 mg, ½ comprimé à 21H

Patient 8 : Loramet 2mg, 1 comprimé à 21H

Patient 9 : Xanax 0,5mg, 1comprimé à 21H

Patient 10 : Loramet 2mg, 1 comprimé à 21H

### **MÉDICAMENTS APPARENTÉS AUX BENZODIAZÉPINES (Z-DRUGS)**

Patient 3 : Stilnoct 10mg, 1 comprimé à 21H

Patient 5 : Stilnoct 10mg, 1/2 comprimé à 21H

Patient 10 : Stilnoct 10mg, 1comprimé à 21H

*Tableau 5: Récapitulatif des populations des patients*

Période	Unités de gériatrie			Application du protocole			Patients inclus dans l'étude
	X	Y	Total	X	Y	Total	
Patients présents, au 01 mars 2022	24	18	42	-	-	-	6
Patients entrants, du 01 au 15 mars	31	25	56	0	2	2	3
Patients entrants, du 16 au 31 mars	29	22	51	9	6	15	1
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>47</b>	<b>107</b>	<b>9</b>	<b>8</b>	<b>17</b>	<b>10</b>

**Médecins :** L'ensemble des médecins gériatres des deux unités ; y compris le médecin qui effectue son stage dans l'unité X, a accepté de participer à la recherche ; à savoir : 05 médecins pour les deux unités X et Y.

**Infirmiers (ères) :** L'ensemble des infirmiers (ères) des deux unités de gériatrie de l'hôpital a accepté de participer à la recherche ; à savoir, 24 infirmiers (ères), y compris l'infirmière responsable de la liaison gériatrique de l'hôpital.

### **VI.1.2 Exposé des résultats de l'étude**

Cette recherche s'est déroulée autour de deux principaux axes. D'abord, à partir de leur rôle, la recherche vise à identifier la participation que les infirmiers (ères) peuvent avoir dans une démarche de déprescription des benzodiazépines comme somnifères dans les unités de gériatrie d'un hôpital à Bruxelles. A cet égard, la préoccupation sous-jacente est de savoir, par exemple, si les infirmiers (ères) sont disposés à opérer un changement de pratiques, dans le cas où les pratiques professionnelles diagnostiquées au départ de la recherche ne correspondent pas exactement aux éléments de la participation identifiés dans la littérature comme favorables à la déprescription ?

De l'autre côté, il s'agit d'observer comment les patients dans les unités de gériatrie réagissent à une démarche de déprescription des benzodiazépines comme somnifères. Les entretiens avec lesdits patients lors des revues permettent d'analyser les différentes réactions enregistrées.

#### **VI.1.2.1 Résultat du changement des pratiques des médecins et des infirmiers (ères)**

**Médecins :** J'ai noté que les médecins ont joué pleinement le rôle qui leur était dévolu par le plan. Notamment, lorsqu'ils reçoivent les rapports des infirmiers sur le choix de tel ou tel patient, soit ils suivaient directement les suggestions des infirmiers (ères). Soit, quand ils le jugeaient nécessaire, ils conduisaient eux-mêmes un entretien avec ces derniers avant de les admettre ou non dans le projet de déprescription.

Au-delà de la mise en œuvre du plan d'intervention, le changement de pratiques des médecins a été observé au niveau de leur approche générale de la déprescription. De fait, à travers l'analyse des dossiers des patients, j'ai pu observer que la pratique des médecins par rapport aux benzodiazépines de manière générale a été ; soit de ne pas reconduire la prescription, soit

de réduire la dose à administrer, soit encore à recommander une administration « si nécessaire ».

#### **Infirmiers (ères) :**

Le changement des pratiques au niveau des infirmiers (ères) s'est effectué de manière progressive. Au début du plan d'intervention, l'application du protocole (questionnaire sur la consommation des benzodiazépines comme somnifères par les patients gériatriques dans l'anamnèse) a été timide. Par exemple, **du 1<sup>er</sup> au 15 mars 2022, sur un total de 56 dossiers, seuls 2** font ressortir, dans l'anamnèse, des réponses à des questions relatives à la consommation de benzodiazépines ; soit, **un taux d'application du protocole de 3,57%**.

La réunion de mi-parcours a servi de cadre pour discuter de l'état d'avancement du plan d'intervention. Cette réunion nous a permis à l'équipe interdisciplinaire de faire le point, de relever les constats, les points forts, les points à améliorer et de prendre les bonnes décisions pour la suite ; notamment, la remobilisation de toutes les équipes des soins. Ces actions de remobilisation ont produit des résultats intéressants. De fait, sur la période **du 16 au 31 mars 2022, sur un total de 51 dossiers, 15** font application du protocole du plan d'intervention ; soit, **un taux de 29,41%**. Le taux d'application du protocole par les infirmiers (ères) est passé **de 3,57% à 29,41% progressant ainsi de plus 720%**.

Au regard des données qui précèdent, je peux conclure qu'au moment où s'achève le plan d'intervention, la dynamique du changement est lancée dans les pratiques des infirmiers (ères).

#### ***VI.1.2.2 Réponses des patients au plan d'intervention***

Ainsi que le prévoit le plan d'intervention, les infirmiers (ères) ont conduit des entretiens avec tous les patients identifiés lors de l'anamnèse comme inclus dans le périmètre de l'étude. Le tableau 6 présente un récapitulatif des résultats.

Tableau 6: Récapitulatifs des données des questionnaires et entretiens

Patient	Sexe	Prescripteur	Durée de consommation	Informations préalables sur les effets secondaires	Effets négatifs ressentis	Date entretien	Choix relatif au projet	Aides / Soutien	Date D'arrêt du sevrage	Observations
1	M	Médecin traitant	26 ans	Non	Néant	01-mars	Non	Néant	Néant	Je peux dormir sans, mais avec ce médicament je dors un peu plus et c'est plus confortable pour moi
2	M	Médecin traitant	20 ans	Non	Néant	01-mars	Oui	Thé	03-mars	Arrêt du sevrage; Décision à prendre en rapport avec mon médecin traitant
3	F	Médecin traitant	2 ans	Non	Instabilité (2 chutes)	01-mars	Oui	Surveillance de l'infirmier de nuit	12-mars	<b>Sortie d'hospitalisation</b>
4	F	Médecin traitant	Plusieurs années	Non	Néant	01-mars	Non	Néant	Néant	Ce médicament me soulage, j'ai trop souffert avec cette douleur au pied. Je ne veux pas arrêter. Si un médicament me va bien, je ne vois pas pourquoi je vais changer ou diminuer la dose

5	F	Médecin hospitalisation	2 ans	Non	Néant	01-mars	Oui	Pas besoin	11-mars	<b>Sortie d'hospitalisation</b>
6	M	Médecin traitant	15 ans	Non	Néant	01-mars	Oui	Pas besoin	01-mars	Revirement, à la rencontre avec le médecin. Ma consommation est seulement 1/2 comprimé. Décision à prendre en rapport avec mon médecin traitant
7	F	Médecin traitant	Plusieurs années	Non	Néant	05-mars	Oui	Surveillance de l'infirmier de nuit	17-mars	<b>Sortie d'hospitalisation</b>
8	M	Médecin traitant	Plusieurs années	Non	Néant	14-mars	Non	Néant	Néant	Décision à prendre en rapport avec mon médecin traitant
9	F	Médecin traitant	3	Non	Néant	14-mars	Non	Néant	Néant	Décision à prendre en rapport avec mon médecin traitant
10	F	Médecin traitant	40 ans	Non	Néant	27-mars	Non	Néant	Néant	Craintes des effets du sevrage; Décision à prendre en rapport avec mon médecin traitant

Les conclusions de ces entretiens reprises synthétiquement dans le tableau 6 aboutissent à une classification des patients en trois groupes de populations que je dénomme : « Non », « Oui, puis interruption » et « Déprescription ». En somme, au terme de l'intervention, les résultats sont répartis dans les différents groupes de la manière suivante : **« Non » : 05 ; « Oui, puis interruption » : 02 ; « Déprescription » : 03.**

Pour comprendre les différents choix opérés par les patients, j'ai effectué une analyse de contenu portant sur les corpus recueillis lors des entretiens (Cf. Annexe 3). Pour chaque catégorie de réponse à l'intervention, les résultats de cette analyse se présentent comme suit :

**« Non ».** J'ai dénommé « Non », la population des patients qui font le choix de ne pas entrer dans le projet de déprescription. A l'analyse, certains de ces patients craignent les effets négatifs qui seraient liés au sevrage : « Il y a 2 ans, j'étais hospitalisée à Erasme, il y a eu un médecin qui a voulu arrêter le somnifère que je prends et ses collègues ont refusé parce qu'ils ont peur que je pique une crise, vue mes antécédents » (Patient 10). D'autres considèrent que si leur médecin leur a prescrit ce médicament, c'est qu'il est nécessaire : « Je peux dormir sans, mais avec ce médicament je dors un peu plus et c'est plus confortable pour moi » (Patient 1). Dans le même sens, d'autres encore disent « Ce médicament me soulage, j'ai trop souffert avec cette douleur au pied. Je ne veux pas arrêter, j'ai changé de médecin traitant, le nouveau n'a pas vu d'inconvénients il a continué à prescrire la même chose. Si un médicament me va bien je ne vois pas pourquoi je vais changer pour un autre ou diminuer la dose » (Patient 4).

**« Oui, puis interruption ».** Cette catégorie regroupe les patients qui acceptent et entrent dans le projet à la suite des entretiens. Mais, après, ils demandent l'arrêt du processus avant leur sortie de l'hospitalisation. A l'analyse, ces patients démontrent une sensibilité aux conséquences de la consommation des benzodiazépines. Donc, lors des entretiens, ils sont convaincus des avantages à arrêter cette consommation. Mais, d'après les données, le revirement de position de certains peut être lié au fait qu'ils relativisent les dangers, compte tenu de la faiblesse des doses consommées : « Après tout, ma consommation est seulement d'un ½ comprimé » (Patient 6).

**« Déprescription » :** Le groupe « Déprescription » comprend les patients qui font le choix d'entrer dans le projet de déprescription et y demeurent jusqu'à la sortie de l'hospitalisation. Ceux-ci ont également une sensibilité aux dangers liés à la consommation des benzodiazépines.

Par exemple, un patient semble avoir réalisé un rapport bénéfices/risques favorable, compte tenu de ses chutes fréquentes (2 fois, en 6 mois) : « J'ai une instabilité à la marche depuis un moment. Quand je reste longtemps en position debout, je perds l'équilibre, ma tête tourne. En moins de 6 mois, je suis tombée 2 fois » (Patient 3). D'autres ont poursuivi le projet de déprescription parce qu'ils ne trouvaient aucun intérêt à leur consommation de benzodiazépines ; « Je veux bien l'arrêter, je n'en vois pas l'utilité » (Patient 5).

Pour l'ensemble des patients inclus dans l'étude, la tonalité générale qui ressort de leurs propos est qu'ils ont une grande confiance en leurs médecins traitants (généralistes). En effet, même si certains disent qu'ils ne savent pas pourquoi ces médecins leur ont prescrit une molécule de benzodiazépine comme somnifère, ils soutiennent tous que si ceux-ci l'ont fait, « ils savent pourquoi ». De plus, les patients appréhendent l'hospitalisation comme un épisode passager ; y compris, leurs rapports avec le médecin de l'hôpital. Donc, ils estiment que s'ils doivent prendre des décisions sur le long terme, ils vont le faire en rapport avec leurs médecins traitants (généralistes) ; comme ce patient qui soutient : « Je suis pour l'arrêt, j'en parlerai avec mon médecin une fois de retour à la maison. Je préfère que ce soit lui qui prenne la décision » (Patient 8).

## **VI.2 Evaluation qualitative de l'efficacité du plan d'intervention**

En vue du traitement de ce point, **l'équipe interdisciplinaire a tenu sa quatrième réunion de discussions, le 1<sup>er</sup> avril 2022, de 13 heures 10 minutes à 13 heures 30 minutes.** Cette réunion avait pour objet de faire le bilan de l'étude ; à savoir, examiner les résultats et en faire une évaluation. Au regard des résultats, il s'agissait de se prononcer sur l'efficacité du plan d'intervention ; notamment, concernant la déprescription chez les patients et le changement des pratiques professionnelles chez les équipes de soins.

Sur le premier point, l'équipe interdisciplinaire note, entre autres éléments, deux faits :

- ✓ 9 prescriptions sur 10 de benzodiazépines sont faites par les médecins traitants (généralistes) ;
- ✓ La majorité des patients interrogés sont pour le sevrage de benzodiazépine, mais c'est une décision à prendre avec le médecin traitant (généraliste).

En conséquence de ces constats, l'équipe interdisciplinaire a décidé de s'entretenir avec un ou deux médecins traitants pour mieux comprendre ; d'une part, les conditions de prescription des

benzodiazépines comme somnifères et, d'autre part, s'ils seraient prêts à intervenir dans un projet de déprescription mené à partir de l'hospitalisation.

En ce qui concerne le changement des pratiques professionnelles, l'équipe a estimé que le message sur la problématique de la consommation des benzodiazépines en tant que somnifères est bien passé. Cependant, pour ce qui est des infirmiers (ères), le biais de mesure lié à la configuration du système informatique (Cf. Annexe 6) ne permet pas de noter des résultats satisfaisants. Les lignes qui suivent exposent le détail de cette évaluation.

### **VI.2.1 Efficacité du plan d'intervention auprès des patients : Résultats mitigés**

Auprès des patients, les résultats me semblent mitigés.

Un point de satisfaction est l'information et la sensibilisation que le plan a effectuées auprès des patients. En effet, il y a lieu d'observer que selon les résultats, les patients soutiennent qu'ils n'ont pas été informés par leur médecin prescripteur sur les benzodiazépines et leurs effets indésirables avant l'instauration du traitement. Un des patients révèle : « Lors d'une hospitalisation, j'ai commencé à prendre ce médicament. Les infirmiers m'en donnaient tous les soirs, mais je ne savais pas ce que c'était ». Il va jusqu'à penser que ces prescriptions sont faites parce que « les médecins ont un pourcentage sur les médicaments » (Patient 5).

Grâce au plan d'intervention, désormais, ces patients sont informés et sensibilisés. Un patient, satisfait des informations, a fait ce retour à un membre de l'équipe de soins : « Je suis content que tu viennes me parler de ce médicament et de ses effets indésirables. En général, les médecins ne nous expliquent rien » (Patient 8).

Concernant l'arrêt de la consommation proprement dit, le plan n'a pas été assez efficace. De fait, sur une population de 10 patients dans le projet, seulement trois patients (Patients 3, 5 et 7) ont suivi le plan de déprescription jusqu'à leur sortie d'hospitalisation. Pour cette étude qui considère la sortie d'hospitalisation comme la ligne d'arrivée de leur projet, ces trois patients constituent le nombre de réussite. Ce qui correspond à un taux de d'efficacité de 30%.

Du reste, ce taux représente une efficacité à très court terme. Sur le moyen et le long terme, il serait intéressant de voir si ces patients ont maintenu leur arrêt de la consommation de benzodiazépines après leur sortie de l'hospitalisation.

### **VI.2.2 Efficacité du plan d'intervention concernant le changement de pratiques des professionnels : Des résultats, à court terme, encourageants**

Parmi les professionnels, les infirmiers (ères) sont ceux pour qui le plan d'intervention a produit les résultats positifs les plus importants. En effet, la sensibilité de cette catégorie professionnelle à la problématique de la consommation des benzodiazépines par les patients à profil gériatrique n'était pas suffisante au moment du diagnostic. La conduite de la recherche de manière générale a contribué à combler cette insuffisance. Au niveau des médecins, il ne se posait pas de problème de sensibilité à la problématique de la consommation des benzodiazépines par les patients à profil gériatrique. Ils étaient tous suffisamment informés.

En ce qui concerne le changement des pratiques, pour les deux catégories de professionnels (médecins et des infirmiers (ères)), les résultats qui ont été exposés plus haut permettent de conclure que le plan d'intervention a produit des résultats, à court terme, encourageants. Cependant, l'efficacité du plan d'intervention me paraît relative.

En effet, pour les médecins, comme ils étaient déjà informés avant la recherche, il m'est difficile d'attribuer totalement leurs pratiques au plan d'intervention. Il en va différemment des infirmiers (ères) dont la sensibilité n'était pas suffisante. Pour ces derniers, le plan d'intervention aurait eu une efficacité sans conteste si le taux d'application du protocole était bien élevé. Mais, il se trouve que le taux d'application du protocole, au moment de la fin de la recherche, se situe à 29,41%. La faiblesse de ce taux m'amène à relativiser également l'efficacité du plan d'intervention pour le changement des pratiques des infirmiers (ères). Toutefois, il est encourageant de noter qu'entre la réunion de mi-parcours et la fin de la recherche le taux d'application du protocole par les infirmiers (ères) a évolué de plus 720%.

Dans les deux cas, une recherche sur une période plus longue qui pourrait avoir des données nécessaires pour des études de corrélations permettrait de répondre objectivement à la question de l'impact du plan d'intervention sur les changements des pratiques des professionnels.

### **VI.2.3 Pour approfondir : entretiens avec des médecins traitants**

En application de la décision de l'équipe interdisciplinaire à la réunion d'évaluation (1<sup>er</sup> avril 2022), j'ai conduit des entretiens avec deux médecins traitants (généralistes) dans leur cabinet de consultation respectif, le premier entretien, le 08 et le second, le 11 avril 2022. Une copie du guide d'entretien élaboré à cet effet est jointe à ce mémoire (Annexe 13). Pour des raisons

d'anonymat, je désigne ces médecins, dans l'ordre des entretiens, Dr. A et Dr. B. Ces entretiens permettent d'approfondir les informations sur les points suivants.

**Motivations des prescriptions :** Trois motifs ressortent des entretiens ; le diagnostic du médecin, la demande du patient et la pression des infirmiers (ères). Premièrement, concernant le diagnostic, Dr. A indique que lorsqu'un patient se plaint d'insomnie, « Il faut poser le bon diagnostic, c'est très important ». Après le « bon diagnostic », par exemple, selon le cas, Dr. A commencerait avec « du xanax, une petite dose, pour 15 jours ; maximum 1 mois ». Quant au Dr. B, il ne commence pas immédiatement avec des benzodiazépines. Son « premier choix se porte sur la mélatonine (Circardin) ». C'est en cas d'échec qu'il se tourne vers les benzodiazépines.

Deuxièmement, la prescription de benzodiazépines peut intervenir à la demande des patients. « Il y a une pression des patients, ils font des recherches sur l'internet et ce n'est pas facile pour nous les prescripteurs » (Entretien, Dr. A). Ainsi, selon Dr. B, « Personnellement, je suis pour l'arrêt des somnifères ». Mais, cela doit se faire au cas par cas avec les précautions nécessaires ; sinon, « Je trouve que c'est de la maltraitance ».

Enfin, la pression des infirmiers (ères) en maisons de repos amène aussi à prescrire des benzodiazépines comme contention chimique. En effet, ils exercent cette pression par des arguments tels que « il est très agité la nuit, il déambule toute la nuit, prescrivez quelque chose pour la nuit » (Entretien, Dr. A).

**Informations du patient sur les effets négatifs des benzodiazépines :** Contrairement aux informations recueillies avec nos patients, les deux médecins soutiennent qu'ils informent les patients sur la problématique de la consommation des benzodiazépines chez la personne à profil gériatrique. « Ça m'arrive de prescrire les benzodiazépines, mais avant, je prends le temps de leur expliquer parce que je veux décourager ces gens-là. Je prends 30 minutes pour une consultation » (Entretien, Dr. A). Pour que le patient s'implique dans son traitement, « il est important qu'il comprenne à quoi s'attendre. C'est pour cela moi, je prends 20 minutes pour une consultation. Je prends mon temps pour écouter le patient, à mon tour je lui explique le choix du médicament, ses inconvénients, les précautions à prendre, la durée, la posologie » (Entretien, Dr. B).

**Participation des médecins traitants à une démarche de déprescription :** Si la conduite à tenir est inscrite dans le rapport médical de sortie d'hospitalisation, l'expérience des deux médecins montre qu'ils la suivent : « Je suis le même traitement qu'à la sortie de l'hospitalisation ». Mais, « Souvent les patients réclament certains médicaments. » (Entretien, Dr. A). « Je reconduis ce traitement, en général, je fais le STOPP/START (c'est un outil de détection de la prescription médicamenteuse potentiellement inappropriée chez la personne de 65 ans et plus) pour faire un tri dans les médicaments » (Entretien, Dr. B).

En soutien à une démarche de déprescription, les deux médecins trouvent idéale l'idée d'une participation aux réunions interdisciplinaires des unités de gériatrie. Cependant, en pratique, cela s'avérera difficile à réaliser ; surtout, par faute de temps. « C'est l'idéal, mais ce n'est pas possible, il n'y a pas de temps. Nous sommes débordés et c'est trop stressant pour nous. Il faut d'abord trouver une place de parking, c'est aussi un problème » (Entretien, Dr. A). « C'est l'idéal, mais en pratique, ce n'est pas possible. Nous les médecins traitants, nous sommes débordés (...). Je peux participer à une réunion à condition qu'il y ait un système de vidéo conférence, soit par Skype soit par Teams ou peut être par le téléphone. Avec un tel système, je peux facilement programmer quinze minutes dans mes horaires de consultations » (Entretien, Dr. B).

En définitive, cette démarche vers les médecins traitants a été très enrichissante pour ma recherche. Elle a permis de mettre en lumière un autre angle d'approche : par exemple, éviter de prescrire pour ne pas être enfermé dans les difficultés de la déprescription. Sur ce point, en effet, le constat est que les choses vont dans la bonne direction : « Il faut reconnaître que la jeune génération de médecin prescrit moins » de benzodiazépines comme somnifères, a terminé Dr. A.

## **VII. DISCUSSION : RETOUR RÉFLEXIF SUR LES RÉSULTATS**

Ce septième et dernier chapitre propose un retour réflexif sur la recherche. Dans ce sens, d'abord, je tente une réponse à la question fondamentale de la recherche. Ensuite, je discute les résultats en essayant de les situer par rapport aux connaissances de la littérature. Enfin, je relève les limites de l'étude et dessine quelques pistes de recherches futures.

### **VII.1 Réponse à la question de recherche**

Au terme de la recherche, que peut-on proposer comme réponse à cette interrogation ? D'abord, dans la législation belge, la recherche a permis de noter clairement que, dans leurs activités de suivi des patients et de collaboration avec les médecins, les infirmiers (ères) ont aussi un rôle de pharmacovigilance. De ce point de vue, ils ont un rôle à jouer dans un processus de déprescription dans les unités de gériatrie d'un hôpital à Bruxelles. Ensuite, la revue de littérature a mis en lumière la participation que les infirmiers (ères) peuvent apporter dans un tel processus. Dans un rôle pivot, cette participation se situe dans les activités à mener au niveau de l'anamnèse lors de l'admission et dans les entretiens avec les patients lors des revues.

Le plan d'intervention que l'équipe interdisciplinaire a bâti pour cette recherche a fondé sur ces enseignements de la littérature. Son application pratique dans deux unités de gériatrie d'un hôpital de Bruxelles, à travers une démarche de « Recherche-action », permet de formuler cette réponse à la question de recherche : *« Au regard de la législation belge sur « l'exercice de l'art infirmier », les infirmiers (ères) peuvent s'impliquer dans une démarche de déprescription des benzodiazépines comme somnifères dans les unités de gériatrie des hôpitaux de Bruxelles, en intégrant cette problématique dans leurs pratiques professionnelles au moment de l'anamnèse à l'admission et lors des entretiens avec les patients ».*

### **VII.2 Situation des résultats de la recherche par rapport à la littérature**

Dans cette section, j'examine les résultats de ma recherche par rapport à l'état de la littérature sur trois points : la réponse à la question de recherche, les leviers et freins à la déprescription et les découvertes qui me paraissent originales.

### **VII.2.1 Réponse à la question de recherche : Renforcement de connaissances de la littérature**

La réponse à la question de recherche renforce des connaissances déjà existantes. En effet, les textes législatifs comportent déjà un exposé du rôle des infirmiers (ères). En outre, l'on trouve dans la littérature une description de la participation possible des infirmiers (ères) à une démarche de déprescription (Sirois et Ouellet, 2018 ; Wright et al., 2019). En conséquence, sur ces deux points, ma recherche n'innove pas particulièrement. Elle a cependant le mérite de corroborer ces découvertes qui existent dans la littérature.

### **VII.2.2 Obstacles et facilitateurs de la déprescription**

La liste des obstacles et facilitateurs rencontrée dans la littérature (Sirois et Ouellet, 2018 ; Wright et al., 2019) est établie après une recension des travaux sur la déprescription. Il s'agit donc d'un répertoire de facteurs généraux. Par rapport à ces éléments de la littérature, ma recherche contribue à examiner dans le cas précis du terrain d'étude, quels sont ceux qui se sont manifestés plus ouvertement.

#### **VII.2.2.1 *Au niveau des patients***

##### **Obstacles à la déprescription**

Un obstacle important que j'ai noté chez les patients est leur « sentiment que le médicament est nécessaire ». Car, si les médecins traitants (généralistes) les ont prescrits, « ils savent pourquoi » disent les patients. De plus, un autre obstacle réside dans le fait que les patients ne perçoivent pas bien, pendant la période de leur hospitalisation, la « pertinence de la cessation » de la prise des médicaments (déprescription). De fait, ils sont en hospitalisation pour un autre problème de santé et non pas pour suivre un processus de déprescription. Par ailleurs, j'ai aussi ressenti chez les patients, « la peur du retour de la condition initiale et des effets du sevrage ».

En revanche, en hospitalisation, les obstacles liés aux « influences » ; en particulier, l'influence de la famille n'est pas observée. Plus spécifiquement, en cette période de crise sanitaire liée à la COVID-19, les membres des familles sont peu présents dans l'hôpital parce que les visites sont réglementées. La conduite du processus de déprescription elle-même n'a pas, non plus, semblé constituer un obstacle.

##### **Facilitateurs de la déprescription**

L'un des facilitateurs le plus efficace dans mon étude a été le « manque d'efficacité des médicaments » ressentie par les patients. Dans ces cas-là, les patients intègrent facilement le

processus de déprescription ; comme lorsqu'ils soutiennent : « Je veux bien l'arrêter, je n'en vois pas l'utilité » (Patient 5). L'autre facilitateur, c'est « l'influence » de l'équipe interdisciplinaire. Elle était présente pour informer et sensibiliser les patients. Elle leur précise bien qu'ils seront suivis et « que le médicament peut être repris au besoin » ; ce qui a été aussi un facilitateur.

### **VII.2.2.2      *Au niveau des prescripteurs***

#### **Obstacles à la déprescription**

Il faut préciser que les médecins des unités de gériatrie concernées par la recherche ne sont pas à l'origine de la prescription des benzodiazépines. En effet, la recherche porte sur les patients qui sont identifiés à leur admission dans les unités comme étant déjà sous la consommation de benzodiazépines. D'où l'intérêt que l'équipe interdisciplinaire de la recherche a trouvé de faire des entretiens avec des médecins généralistes.

Concernant les médecins de ces unités, le principal obstacle est observé dans la conduite même du processus. Cet obstacle peut être situé dans leur « respect de l'autonomie » des patients qui fait que lorsque ces derniers montrent une « résistance au changement » ; par exemple, lorsque les patients se plaignent de l'arrêt des médicaments (Patient 2), les médecins rétablissent la prescription.

#### **Facilitateurs de la déprescription**

En sens inverse du « respect de l'autonomie » qui amène les médecins à rétablir la prescription quand les patients se plaignent, le « sentiment que le patient est réceptif et motivé à changer » est un facteur qui a encouragé les médecins à continuer le processus de déprescription.

Plus manifestement, dans le cas de ma recherche, l'étude a bénéficié de « l'attitude positive face à la déprescription » des médecins et de leur conviction dans les « bénéfices à tirer de la déprescription ». En effet, lors des entretiens de diagnostic de départ, ces médecins ont démontré une sensibilité suffisante à la problématique de la consommation des benzodiazépines chez les patients à profil gériatrique. Il restait qu'ils « ne pensent pas toujours » à initier un processus de déprescription. L'application du plan d'intervention, arrêté en accord avec toutes les parties prenantes, a eu pour effet de rappeler quotidiennement le processus de déprescription à l'attention des médecins.

En outre, les allers retours ; infirmiers (ères) → Patients → Médecins → Infirmiers (ères) → Patients, institués par le plan d'intervention a maintenu des séries « de dialogues ouverts » qui ont été favorables au processus de déprescription.

### **VII.2.3 Contributions originales de la recherche**

Au regard des résultats, les principales découvertes qui me paraissent innovantes et utiles pour l'enrichissement de la littérature sont relevés dans la liste, ci-dessous.

- *Les personnes à profil gériatrique portent une confiance plus grande en leurs médecins traitants (généralistes) qu'en ceux de l'hôpital.* Il est connu dans la littérature que les personnes âgées portent une très grande confiance dans les recommandations de leur médecin (Hurard et al., 2020 ; Sirois et Ouellet, 2018 ; Wright et al., 2019). A cet égard, ma recherche contribue à préciser que cette grande confiance n'est pas également répartie sur tous les médecins. En particulier, lorsqu'ils sont en hospitalisation, les patients ont considéré que s'ils ont des décisions importantes à prendre, ils le feront avec les conseils de leurs médecins traitants, et non pas avec ceux de l'hôpital ;
- *L'implication des médecins traitants (généralistes) ;* notamment, à travers leur *participation à certaines réunions de l'équipe de soins et à certaines revues avec leurs patients* peut, en conséquence de ce qui précède, *être un facilitateur dans une démarche de déprescription en milieu hospitalier. D'après l'un des médecins traitants (généralistes) rencontrés, l'organisation de ce genre de réunions à travers des Plateformes à distance (Teams, Zoom, etc.) serait une forme qui pourrait convenir pour tenir compte de la charge de travail.*
- *La subjectivité des durées d'hospitalisation constitue un obstacle majeur à la conduite efficace d'une démarche de déprescription dans les unités de gériatrie des hôpitaux.* La durée d'hospitalisation de chaque patient est fonction des raisons qui l'y ont amené et il quitte l'hôpital aussitôt qu'est résolu le problème. Or, compte tenu de la dépendance induite par les benzodiazépines, un processus de déprescription nécessite du temps. La forte hétérogénéité des délais n'est pas propice à une démarche efficace de déprescription dans les unités de gériatrie de ma recherche.

- *Les unités de gériatrie des hôpitaux peuvent être utiles en tant que lieux de sensibilisation, dans un programme de santé publique relatif à la déprescription des benzodiazépines comme somnifères.* En effet, pour les raisons ci-dessus, ma recherche montre qu'une démarche de déprescription dans les unités de gériatrie des hôpitaux peut avoir du mal à aboutir à des résultats satisfaisants. Cependant, en réunissant plusieurs personnes à profil gériatrique en un endroit, les unités de gériatrie permettent aux professionnels des soins de se saisir de l'occasion pour sensibiliser ces patients sur la problématique de la consommation des benzodiazépines comme somnifères. Dans ce cas, au moment de la sortie, ces professionnels leur suggéreraient d'aborder la question avec leur médecin traitant ;
- La mise en lumière par ma recherche de la place de confiance qu'occupent les médecins traitants pour les personnes âgées *amène à suggérer, dans le cadre d'un programme de santé publique portant sur la déprescription des benzodiazépines, une communication entre l'hôpital et les médecins traitants à travers, par exemple, le rapport médical qui mentionnerait si le patient est favorable ou non à un processus d'arrêt de sa prescription.* Ainsi, ce rapport médical informe utilement le médecin traitant afin celui-ci puisse prendre sa place dans la démarche de déprescription.
- *Les médecins et infirmiers des unités de gériatrie de mon étude ont démontré leur disponibilité à participer à une démarche de déprescription des benzodiazépines.* La sensibilité suffisante des médecins à la problématique a été un levier intéressant. Quant aux infirmiers (ères), leur volonté était présente ; cependant, les résultats ont été obtenus avec la sensibilisation et le suivi de l'équipe interdisciplinaire.
- *La désignation d'une équipe de référents (1 infirmier (ère) + 1 médecin) pour la déprescription peut être un facilitateur pour la pérennité des changements intégrés aux pratiques professionnelles des équipes de soins de l'hôpital.*

### **VII.3 Limites de l'étude et pistes de recherches futures**

Malgré le soin que j'ai mis dans la conduite de cette recherche, je garde la conscience qu'elle comporte quelques limites. Certaines de ces limites peuvent constituer des pistes pour des recherches futures.

### VII.3.1 Limites de la recherche

La principale limite de ma recherche rejoint celle de toute étude de cas. De fait, il s'agit d'une étude de cas unique. Les outils développés et les données collectées sont donc profondément ancrés dans les éléments de contexte interne et externe du cas. **En conséquence, les résultats sont illustratifs et leur généralisation à d'autres situations reste limitée.**

En outre, la recherche est également limitée par son utilisation uniquement d'une méthode qualitative. Justement, les autres insuffisances éventuelles sont des limites liées à la méthode qualitative.

#### **Absence d'analyses quantitatives hypothético-déductives**

La principale limite de ce travail est qu'il n'a pas pu utiliser une méthode mixte comme je me l'étais proposée au départ. En effet, **l'insuffisance des données statistiques** ne m'a pas permis d'utiliser une méthode quantitative pour tester la validité des hypothèses de corrélation par des modèles mathématiques.

L'insuffisance des données elle-même provient de la durée limitée de l'étude. En effet, compte tenu des contraintes académiques, la durée de collecte des données de l'étude a été relativement brève (du 1<sup>er</sup> au 31 mars 2022). De plus, la précision des critères d'inclusion (consommation des benzodiazépines comme somnifères + patients MMSE égal ou supérieur à 24) a réduit également la taille de la population de l'étude. En somme, il a été impossible de recueillir un nombre de patients entrant dans l'étude qui puisse permettre une étude quantitative avec des résultats statistiquement significatifs.

#### **Limites liées à la méthode qualitative**

Tout le long de la recherche, j'ai gardé en esprit les risques courants de biais contre lesquels la littérature met en garde dans l'utilisation de l'approche qualitative ; à savoir, les biais liés aux chercheurs, participants, outils et à la méthode utilisée.

**Biais liés au chercheur et aux participants :** Dans une recherche qualitative, la collecte des données peut être influencée par la subjectivité du chercheur et des participants. En particulier, les interrogations des questionnaires et les thèmes des entretiens peuvent subir une orientation en fonction des positions du chercheur sur le sujet et/ou les réponses peuvent être polluées par les émotions des informateurs. De même, au moment de l'analyse des corpus,

les connaissances antérieures du chercheur et ses postulats de base peuvent interférer avec la réalité.

Dans le cas de ma recherche, l'approche participative imposée par la démarche de « Recherche-action » a constitué un moyen de triangulation pour réduire les effets de ces biais. En effet, les outils de collecte des données ont été validés après des entretiens exploratoires. Quant à la conduite de la recherche, les choix et décisions sont opérés de manière participative ; de sorte qu'ils reflètent plus les orientations de la dynamique de l'équipe interdisciplinaire que celles d'un individu.

**Biais liés aux outils :** Un outil technique utilisé dans cette étude est le MMSE. Afin que le souci de consentement éclairé au projet de déprescription soit respecté, il était important pour la recherche de n'inclure dans le travail que les patients avec un MMSE, au moins, égal à 24.

J'ai effectué personnellement ces tests sur la base des connaissances acquises lors de ma formation d'infirmière avec une **Spécialisation Interdisciplinaire en Gériatrie et Psychogériatrie**. J'ai veillé particulièrement à une application scolaire des protocoles pour éviter les erreurs. Mais, il reste que je ne suis pas une spécialiste de la question et il peut y avoir quelques limites. Pour réduire ces limites, en cas de besoin, à travers des demandes d'avis et des entretiens, je me suis entourée des conseils de la neuropsychologue des deux unités.

L'autre outil qui a servi dans la recherche est le système informatique de l'hôpital ; notamment, dans sa partie qui concerne les anamnèses. A ce niveau, l'outil informatique est paramétré pour signaler uniquement les patients qui répondent « Oui » à la question relative aux « problèmes de sommeil ». Ceux qui répondent « Non », l'outil ne prévoit pas de moyen de le signaler. En conséquence, au moment de faire le point sur l'application du protocole du plan d'intervention, les résultats dans les anamnèses de l'outil ne rendent pas compte fidèlement des réalités. Lorsqu'un patient n'a pas de « problèmes de sommeil », le paramétrage de l'outil ne permet pas de savoir si la question lui a été posée (application du protocole) ou non (non application du protocole). L'évaluation du changement des pratiques professionnelles des infirmiers (ères) qui est basée sur cet instrument est donc limitée.

### **Limites liées à la méthode de « Recherche-action » :**

**Définition du problème, thème de la recherche :** A ce niveau, il y a une influence liée à un postulat de départ. Dans une démarche de « Recherche-action » classique, le thème de la recherche est défini, ensemble, à travers des réunions de discussion. Or, dans le cas de ma recherche, le thème de la problématique de la consommation des benzodiazépines et l'intérêt de la déprescription a été défini à l'avance, dans le cadre d'un projet de mémoire de fin d'études académiques. Ceci a pu jouer sur la perception de la nécessité de l'action par les participants.

Cependant, j'ai travaillé à réduire les effets de ce biais en suivant exactement les autres prescriptions dans la conduite de la recherche. En particulier, les participants ont été fortement impliqués dans la définition du plan d'intervention (arrêté après des réunions de discussions) et de la manière d'évaluer sa mise en œuvre.

### **Réunions de discussions :**

D'abord, compte tenu des différences d'horaires de travail des membres de l'équipe interdisciplinaire, tous n'ont pas pu être présents en même temps, aux mêmes réunions. Pour corriger cette insuffisance des fardes ont été mises en place pour tenir à disposition les comptes rendus afin de faire circuler les informations. Il y a donc une certaine limite aux avantages des interactions.

Ensuite, les deux unités de gériatrie (**X** et **Y**) de l'hôpital étaient concernées par l'étude. Cependant, l'équipe interdisciplinaire a été installée uniquement dans l'unité **X**. De plus, en tant que facilitatrice de la démarche de recherche, je faisais partie de l'équipe des soins de cette unité. En conséquence, les équipes des soins de cette unité ont pu bénéficier d'un avantage dans l'appropriation de la démarche. En vue de réduire le déséquilibre avec l'autre unité, je me mettais en contact régulièrement avec l'infirmière chef, la secrétaire et les équipes de soins.

Enfin, il a été difficile de préserver l'anonymat des patients au niveau de l'équipe interdisciplinaire. Lors des réunions de discussions, il était important de savoir de quel patient un collègue parle précisément afin que les autres participants puissent réagir utilement. Toutefois, j'observe un anonymat rigoureux dans le mémoire où les patients sont désignés par des numéros, de 1 à 10.

### **VII.3.2 Pistes de recherches futures**

Pour des travaux futurs, une piste de recherches intéressantes consisterait à prolonger cette étude par des analyses quantitatives. Dans ce sens, il s'agirait de prolonger la collecte des données quantitatives sur une période assez longue afin de disposer de populations suffisantes (nombre de patients inclus dans l'étude ; nombre d'anamnèses renseignées par les infirmiers (ères), par exemple) pour tester l'impact de la participation des infirmiers (ères) à une démarche de déprescription.

Par ailleurs, une autre piste consisterait à approfondir une découverte faite par cette étude ; à savoir, la préférence des patients pour les médecins traitants (généralistes) pour prendre les décisions importantes de santé. Il s'agirait de conduire une recherche visant, d'abord, dans une approche qualitative, à bien comprendre le phénomène (entretiens, réunions d'équipes avec ces médecins, leurs participations à certaines revues des patients ; etc.). Puis, une analyse quantitative qui situerait la recherche sur l'impact de l'implication des médecins traitants sur les résultats d'une démarche de déprescription.

Enfin, quelques temps après la fin de cette recherche, il serait intéressant de retourner dans les unités de gériatrie étudiées pour savoir si les pratiques professionnelles adoptées pendant la « Recherche-action » ont pu être pérennisées.

Sans l'intégrer dans une démarche académique de recherche, pendant le temps que je serai en service dans l'hôpital, je retiens ce dernier point pour en faire l'objet d'une observation particulière.

## CONCLUSION

Ma recherche porte sur la problématique de la consommation des benzodiazépines comme somnifères chez les personnes âgées de 75 ans et plus, en Belgique. Pour réaliser cette recherche, une équipe interdisciplinaire a été constituée à l'effet de conduire les activités dans une dynamique participative ; précisément, dans une démarche de « recherche-action ». A travers des réunions de discussions, cette équipe interdisciplinaire a posé le diagnostic des pratiques professionnelles des unités d'étude, bâti un plan d'intervention pour combler l'écart entre ses pratiques et les recommandations de la littérature, conduit la mise en œuvre de ce plan et a procédé à l'évaluation de l'efficacité de ce plan.

Au terme de l'étude, relativement à la question de recherche, je conclus qu'au regard de la législation belge sur « l'exercice de l'art infirmier », les infirmiers (ères) peuvent s'impliquer dans une démarche de déprescription des benzodiazépines comme somnifères dans les unités de gériatrie des hôpitaux de Bruxelles, en intégrant cette problématique dans leurs pratiques professionnelles au moment de l'anamnèse à l'admission et lors des entretiens avec les patients. Et ceci, dans un rôle « pivot » entre les patients et les médecins.

De plus, ma recherche soutient que les médecins et infirmiers des unités de gériatrie de l'étude ont démontré leur disponibilité à participer à une démarche de déprescription des benzodiazépines. Cependant, une telle démarche en milieu hospitalier a produit des résultats peu importants. Car, les personnes à profil gériatrique ont une confiance plus forte en leurs médecins traitants (généralistes). En conséquence, ma recherche révèle que ces patients remettent souvent une éventuelle décision de sevrage à leur sortie d'hospitalisation afin de la prendre sous le conseil de leurs médecins traitants. C'est pourquoi, une des conclusions de ma recherche est de suggérer un modèle plus global, avec la participation des médecins traitants, en vue d'améliorer l'efficacité de la démarche de déprescription.

Malgré le soin apporté à la conduite de cette recherche, j'ai conscience qu'elle comporte des limites. Principalement, il y a une limite à la généralisation des conclusions de ma recherche. En effet, en tant qu'étude de cas unique, les outils développés et les données collectées sont profondément ancrés dans les éléments de contexte interne et externe des unités de gériatrie étudiées et, donc, les résultats sont illustratifs et leur généralisation à d'autres situations reste limitée. En outre, les découvertes de ma recherche auraient gagné en profondeur si elles avaient

pu être testées par des analyses quantitatives. A défaut, l'utilisation par la recherche d'une méthode qualitative uniquement constitue une limite.

En définitive, ma recherche ouvre des perspectives intéressantes pour des recherches futures. Par exemple, des pistes de recherches intéressantes consisteraient à prolonger cette étude par des analyses quantitatives. Par ailleurs, une autre piste consisterait à approfondir une découverte faite par cette étude ; à savoir, la préférence des patients pour les médecins pour prendre les décisions importantes de santé.

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Arrêté royal portant fixation de la liste des prestations techniques de l'art infirmier et de la liste

des actes pouvant être confiés par un médecin à des praticiens de l'art infirmier, ainsi que des modalités d'exécution relatives à ces prestations et à ces actes et des conditions de qualification auxquelles les praticiens de l'art infirmier doivent répondre. (18 juin 1990). Publié au moniteur belge du 26/07/1990, 14684 p.

Belmin J., Chassagne P., Friocourt P., Jeandel C., Gonthier R. et Nourhashemi F. (2019).

*Gériatrie pour le praticien*. Elsevier Masson. 3<sup>e</sup> édition. 1043 p.

Bourbonnais A., Ducharme F., Landreville P., Michaud C., Gauthier M. and Lavallée M.

(2020). An Action Research to Optimize the Well-Being of Older People in Nursing Homes: Challenges and Strategies for Implementing a Complex Intervention. *Journal of Applied Gerontology*, Vol. 39(2), 119–128.

Carreau-Boudreau A. M., et Sirois C. (2019). Pharmacovigilance infirmière à l'urgence.

*Perspective infirmière*, Vol. 16, n° 2, pp. 44-47.

<http://hdl.handle.net/20.500.11794/68027>

Cassell C. et Johnson P. (2006). Action research: Explaining the diversity. *Human Relations*, Vol. 59, n° 6, pp. 783–814.

Ceulemans S. et Petermans. J. (2022). Les échelles d'évaluation. *Gériatrie.be*. Version électronique, [fr.pdf \(geriatrie.be\)](#) consulté le 01/02/2022.

Clavreul H. et Albuquerque S. (2020). La recherche-action, une démarche méthodologique pour renforcer la pratique. *La Revue Francophone de Recherche en Ergothérapie*, Volume 6, Numéro 1, 93-102.

Collège national de pharmacologie médicale, Association pédagogique nationale pour l'enseignement de la thérapeutique. (2020). *Le bon usage du médicament et des thérapeutiques non médicamenteuses*. Paris :Med-Line. 4<sup>e</sup> édition actualisée. 459p

Christiaens T., Maloteaux J.-M., Antoine M.H., Baitar A., Beuken G., Bijl D. et al. (2021).

*Répertoire commenté des médicaments 2021*. Bruxelles : Centre belge d'information pharmacothérapeutique. 34<sup>e</sup>me édition. 642p

De Blauwe T. (2020). La gériatrie, essor d'une « jeune » spécialité. *Louvain Medical*, 139(01), pp. 32-39

Devos C., Cordon A., Lefèvre M., Obyn C., Renard F., Bouckaert N. et al. (2019). Performance

- du système de santé belge – Rapport 2019. 25 avril 2019, 116 P. [\\*Performance du système de santé belge – Rapport 2019 \(fgov.be\)](#) consulté le 06/02/2022.
- Donnelly S. and Sarah Morton S. (2019). Creating organisational and practice change through the use of co-operative inquiry groups in healthcare settings. *Action Research*, Vol. 17(4) 451–468
- Hurard L. L., Cateau D., Bugnon O., Charrière A. N., et Foley R. A. (2020). Points de vue d’usagers sur la déprescription de médicaments en maison de retraite. *Gérontologie et société*, 42(1), 171-189.
- Johnell K., Bergman G. J., Fastbom J., Danielsson B. , Borg N. et Salmi P. (2017). Psychotropic drugs and the risk of fall injuries, hospitalisations and mortality among older adults. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 32 (4), pp. 414 à 420
- Pelemans W. (2022). Le profil gériatrique. *Gériatrie.be*. Version électronique, [y\\_fr.pdf \(geriatrie.be\)](#) consulté le 01/02/2022.
- Lüllmann H., Mohr K., Hein L. et Duval D. (2017). *Atlas de poche de pharmacologie*. Paris : Lavoisier médecine sciences. 5è édition. 414 p
- Martin L. (2018). Déprescription : l’infirmière peut sécuriser le traitement. <https://www.espaceinfirmier.fr/actualites/180214-deprescription-l-infirmiere-peut-securiser-le-traitement.html>. Consulté le 11/03/2022.
- Neuman W. (2014). *Social Research Methods: Qualitative and Quantitative Approaches*. England : Pearson Education Limited, seventh Edition. 594p
- Peppersack T. 2016. La gériatrie, une jeune spécialité, *Louvain Médical*, 135(7) : 464-467.
- Pottie K., Wade T., Davies S., Grenier J., Sadowski C., Welch V., (2018). Déprescription des agonistes des récepteurs des benzodiazépines. *Canadian Family Physician*, volume 64, pp. 209 à 224
- Ryan B. T., Se Ryeong J., Lombardi M. et Maio V. (2019). The prescription paradox: a guide to appropriate prescribing in the elderly. *Geriatric Care*, volume 5:8523, pp. 49 à 51
- Sakshaug S., Handal M., Hjellvik V., Berg C., Ripel A., Gustavsen I., (2017). Long-term Use of Z-Hypnotics and Co-medication with Benzodiazepines and Opioids. *Basic & Clinical Pharmacology & Toxicology*. volume 120 (3), pp. 292 – 298
- Scott S., Clark A., Farrow C., May H., Patel M., Twigg M. J., (2018). Deprescribing admission medication at a UK teaching hospital; a report on quantity and nature of activity. *International Journal of Clinical Pharmacy*, 40:991–996.
- Scott S., Twigg M.J., Clark A., Farrow C., May H., Patel M., (2019). Development of a

- hospital deprescribing implementation framework: a focus group study with geriatricians and pharmacists. *Age and Ageing*, volume 49: 102–110
- Service public fédéral chancellerie du premier ministre. (2015). 10 MAI 2015, Arrêté royal portant coordination de l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé. Publié au Moniteur belge le 18-06-2015. 35172 p.
- Service public fédéral santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement. (2007). 29 janvier 2007, Arrêté royal fixant, d'une part, les normes auxquelles le programme de soins pour le patient gériatrique doit répondre pour être agréé et, d'autre part, des normes complémentaires spéciales pour l'agrément d'hôpitaux et de services hospitaliers. Publié le 2007-03-07
- Sibille F-X., Péteïn C., Evrard P., Mouzon A. , Thevelin S., De Saint-Hubert M. et al. (2020). INNOVATIONS 2019 EN GÉRIATRIE, *Louvain Médical*. 139 (2), 71-77.
- Sirois C. et Ouellet N. (2018). La déprescription chez les aînés et le rôle des infirmières pour tendre vers des polymédications appropriées, une revue narrative de la littérature. *Revue francophone internationale de recherche infirmière*, Vol. 4, n° 1, pp. 20-29.
- SPF Santé Publique. (2021). *Somnifères & calmants : Comment accompagner vos patients vers d'autres solutions ?* <http://www.somniferesetcalmants-manuelaide.be/> consulté le 31/12/2021.
- SPF Santé Publique. (2022). *Somnifères et calmants, pensez d'abord aux autres solutions.* Consulté le 01/01/2022. <https://www.health.belgium.be/fr/sante/prenez-soin-de-vous/medication/somniferes-et-calmants>
- Ulley J., Harrop D., Ali A., Alton S. et Davis S. F. (2019). Deprescribing interventions and their impact on medication adherence in community-dwelling older adults with polypharmacy: a systematic review. *BMC Geriatrics*, n°19:15, P. 1 à 13.
- Votaw V.R., Geyer R., Rieselbach M.M. et McHugh R.K. (2019). The epidemiology of benzodiazepine misuse: A systematic review. *Drug and Alcohol Dependence*, 200, pp. 95 –114.
- Wright D., Scott S., Buck J., et Bhattacharya D. (2019). Role of nurses in supporting proactive deprescribing. *Nursing Standard*, Vol. 34, n° 3, pp. 44-50.

## **COURS**

AUJOULAT I. (2019). Cours 7: Recherche - Action. WFSP2106- Introduction aux méthodes

qualitatives en Santé Publique. UCL Louvain. Woluwe-St-Lambert. Cours dans le Cadre du Master 1 en Santé Publique. Année académique 2018-2019.

## **MÉMOIRE**

De Bruycker, Eline. (2018). La mise en place d'un programme de type «recherche-action» pourrait-elle influencer l'utilisation de la contention physique dans un service de Gériatrie? Mémoire - projet. Faculté de santé publique, Université catholique de Louvain, Année académique 2017-2018

Essounni M. (2019). Effets de la thérapie cognitivo-comportementale pour l'insomnie sur le sommeil au cours d'un sevrage de benzodiazépines chez la personne âgée. Mémoire présenté en vue de l'obtention d'un grade de maîtrise en neurosciences. Université de Montréal, Département des sciences neurologiques Faculté de Médecine.

## **ANNEXES**

*Annexe 1 : Tableau des Obstacles ou freins à la déprescription*

*Annexe 2 : Tableau des Leviers ou facilitateurs de la déprescription*

*Annexe 3 : Questionnaire et guide d'entretien patients*

*Annexe 4 : MMSE (Mini Mental State Examination)*

*Annexe 5 : Formulaire de consentement*

*Annexe 6 : Capture d'écran de la boîte de dialogue du système informatique ; vide*

*Annexe 7 : Capture d'écran de la boîte de dialogue du système informatique ; renseignée*

*Annexe 8 : Diapositives de la présentation du thème à la première réunion de discussions*

*Annexe 9 : Plan d'intervention infirmiers (ères)*

*Annexe 10 : Protocole de conduite des anamnèses par les infirmiers (ères)*

*Annexe 11 : Fiches de suivi des patients inclus dans le projet (11a, 11b)*

*Annexe 12 : Autorisation du Comité éthique*

*Annexe 13 : Guide d'entretien médecins traitants (généralistes)*

