

UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2022

MÉMOIRE DE FIN D'ÉTUDES POUR LE DIPLÔME D'INFIRMIER
EN PRATIQUE AVANCÉE

MENTION :
PSYCHIATRIE ET SANTÉ MENTALE

**Benzodiazépines : un enjeu de santé publique et de coopération
interprofessionnelle ?**

Présenté et soutenu publiquement le 06 juillet 2022 à 10h00
au Pôle Formation
par **Benjamin DUJARDIN**

MEMBRES DU JURY

Personnel sous statut enseignant et hospitalier, Président :

Monsieur le Professeur *François PUISIEUX*

Enseignant infirmier :

Madame *Meriam MEZIANI*

Directeur de mémoire :

Monsieur le Docteur *Laurent DEFROMONT*

Tuteur professionnel :

Madame le Docteur *Laure GUIBERT*

SOMMAIRE

Introduction générale

1. Introduction & intérêt de l'analyse	1
1.1 Historique.....	1
1.2 Pharmacologie.....	1
1.3 Effets indésirables.....	2
1.4 Recommandations actuelles guidant le prescripteur en France.....	3
1.5 Enjeux socio-économiques et de santé publique.....	4
1.6 État des lieux de la littérature.....	5
1.7 La déprescription proactive.....	5
1.8 Le protocole local de coopération interprofessionnelle.....	11
1.9 L'auto-efficacité selon Albert Bandura.....	13
1.10 Le leadership clinique.....	17
2. Récit de situation complexe et authentique	19
2.1 Contexte de la situation rencontrée.....	20
2.2 La situation clinique complexe et authentique.....	21
2.3 A la recherche de comportements proactifs.....	25
2.4 Questionnaire d'enquête à l'attention de la pratique infirmière.....	27
3. Pratiques effectives et perceptions	27
3.1 Le compte-rendu de l'audit.....	28
3.2 Les conclusions de l'enquête.....	29
4. Analyse & Discussion	32
4.1 Un bilan contrasté.....	32
4.2 Limites de l'étude.....	34
4.3 Le protocole de coopération locale dans l'amélioration durable.....	35
des bonnes pratiques.	

Conclusion

Bibliographie

Glossaire

Table

Table des matières

Annexes

Introduction

De longue date, l'utilisation des benzodiazépines (BZD) fait l'objet d'une attention particulière par le corps médical. Difficultés d'arrêt, accoutumance, dépendance, mésusages, peuvent compliquer la relation des patients avec ces médicaments. Ce sont des risques d'évolution reconnus et largement documentés qu'observent également les infirmiers dans le cadre des soins ambulatoires qu'ils prodiguent en psychiatrie et en santé mentale. Ce rôle de la communauté infirmière dans l'accompagnement vers la décroissance des BZD est peu documenté.

Pourtant l'incidence des prescriptions de benzodiazépines demeure un problème de santé publique et doit mobiliser toutes les corporations de soignants.

L'implication de l'infirmier en pratique avancée (en psychiatrie et santé mentale), de par ses nouvelles compétences, s'établit de facto dans le respect des bonnes pratiques dans l'adaptation posologique ou le renouvellement des BZD auprès du patient. Cependant, son expertise est également attendu dans la recherche en soins infirmiers et l'exercice d'un leadership clinique s'appuyant sur une pratique basée sur les preuves. Une hypothèse retenue pour ce mémoire postule que l'IPA en psychiatrie et santé mentale peut impulser un comportement proactif dans la pratique infirmière concourant à la décroissance des BZD.

Ce mémoire procédera à des rappels historiques, des principes pharmacologiques de base des BZD, de leur mécanique iatrogène et des recommandations actuelles qui guident le prescripteur dans leur déprescription. L'ampleur des enjeux socio-économiques et de santé publique dans l'utilisation de ces traitements dans un contexte récent sera soulignée. Un état des lieux de la littérature, associant les soins infirmiers et la décroissance des BZD nous situera dans l'état actuel de la recherche. Un cadre conceptuel sera proposé duquel émanera une question de recherche. Un récit de situation complexe et authentique permettra d'adosser une recherche exploratoire rétrospective / prospective et son analyse.

L'ensemble doit permettre l'émergence nouvelle d'une collaboration protocolisée entre psychiatre et infirmier.ères.

1. Introduction & intérêt de l'analyse

1.1 Historique

Les BZD appartiennent à la classe des médicaments anxiolytiques. Du latin « Anxius », l'angoisse et du grec ancien « lysis », délier, dissoudre.

Ces molécules sont apparues, comme d'autres, par un pur fruit du hasard. Le chlordiazepoxyde, dénommé Librium lors de sa commercialisation en 1960, était initialement un projet avorté de Leo Sternbach, alors directeur de la chimie chez Hoffman La Roche. En 1963 émergera un futur best-seller dérivé du chlordiazepoxyde : le diazépam ou Valium. Suivra dans cette « filiation » chimique l'oxazepam (Seresta), puis par la suite toute la lignée des BZD.

1.2 Pharmacologie

Les BZD sont des molécules agonistes des récepteurs GABA_A qui viennent se fixer sur ces récepteurs pour augmenter la fréquence d'ouverture du canal Chlore¹. Ces entrées de Chlore engendrent des potentiels post-synaptique inhibiteurs qui viennent freiner le système nerveux central et procurent les 5 propriétés pharmacologiques communes diversement recherchées par le prescripteur: anxiolytique, sédative, amnésiante, myorelaxante et anticonvulsivante. Les BZD sont rapidement absorbées dans le tube digestif avec une métabolisation principalement hépatique. Certains composés donnent naissance à des métabolites actifs aux propriétés voisines qui peuvent allonger la demi-vie du médicament. Cette durée s'étale ainsi de 4 heures pour le clotiazepam jusqu'à 150 heures pour le prazepam². Ce paramètre est pris en compte par le prescripteur en complément des propriétés souhaitées.

¹Cf. illustration 1 dans la section table.

²Quelles places pour les benzodiazépines dans l'anxiété ? (2018) Haute Autorité de Santé. Fiche Bon Usage du Médicament. Page 1. En ligne. [https://www.has-sante.fr/Fiche Bon Usage du Médicament](https://www.has-sante.fr/Fiche_Bon_Usage_du_Medicament)

1.3 Effets indésirables

Les effets indésirables sont en lien direct avec les propriétés décrites précédemment et qui ne sont donc pas les effets désirés par le prescripteur. Généralement il s'agit :

- d'une amnésie antérograde.
- d'une altération des fonctions psychomotrices à l'origine d'accidents, de chutes.
- des troubles du comportement et des troubles de l'usage (addiction).

Le poster³ publié par le Réseau des Établissements de Santé pour la Prévention des Addictions (RESPADD)⁴ illustre bien les similarités des profils pharmacologiques des BZD. On comprend ainsi la potentialisation des effets secondaires lors d'un usage concomitant par exemple, qui est déconseillé.

Ces effets indésirables seront majorés avec l'entrée dans le grand âge et leurs conséquences plus délétères encore selon Guillou-Landrea et al.(2008)⁵ :

- par la diminution des capacités métaboliques entraînant des perturbations de la pharmacodynamique et une plus grande sensibilité aux effets indésirables.
- par le risque de chutes et de fractures plus élevé.
- par un lien causal toujours à l'étude, entre la prise de BZD et le risque de survenue d'une démence⁶.

Il est pertinent de rappeler que ces médicaments sont régulièrement impliqués lors d'intoxications médicamenteuses volontaires (IMV). Le rapport DAWN (Drug Abuse Warning Network) établissait en 2011, que 57 % des tentatives de suicide impliquant l'alcool et les substances psychoactives aux États-Unis impliquaient une substance prescrite sur ordonnance, dont 20 % étaient des BZD⁷.

³ cf. Annexe 1

⁴« Les benzodiazépines et leurs étoiles » (2021). Réseau des Établissements de Santé pour la Prévention des Addictions (RESPADD). En ligne.

<https://www.respadd.org/produits/les-benzodiazepines-et-leurs-etoiles-a3/>

⁵Guillou-Landreat, M., Grall-Bronnec, M., Victorri-Vigneau, C., & Venisse, J. L. (2008). Sujets âgés et benzodiazépines : de la consommation à la dépendance. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, 8(46), 9-16. En ligne. <https://doi.org/10.1016/j.npg.2008.07.002>

⁶Reynaud, M., Karila, L., Aubin, H. J., & Benyamina, A. (2016). *Traité d'addictologie*. Lavoisier Médecine-Sciences, page 745.

⁷Reynaud, M., Karila, L., Aubin, H. J., & Benyamina, A. (2016). *Traité d'addictologie*. Lavoisier Médecine-Sciences page 747

La corrélation entre ces molécules et le risque de passage à l'acte suicidaire fait également l'objet de recherche⁸ et les monographies contenues dans les boîtes stipulent ce risque.

1.4 Recommandations actuelles guidant le prescripteur en France

Malgré ces risques, les BZD sont les substances anxiolytiques les plus utilisées à l'échelle mondiale. En France également, avec un service médical rendu, reconnu comme important dans le traitement des manifestations anxieuses sévères et/ou invalidantes associée à une faible toxicité.

La Haute Autorité de Santé (HAS) a édité en 2018⁹ une fiche rappelant les principes de bon usage des BZD. Cette fiche définit une durée de traitement comprise entre 8 et 12 semaines dans les manifestations anxieuses sévères et/ou invalidantes.

La HAS incite au respect des indications d'utilisation, par l'éclairage auprès du patient du rapport bénéfices/risques et à envisager l'arrêt dès la prescription.

Ces recommandations récentes ne prennent pas en compte cependant un paramètre émergent qui est la posologie proposée à l'instauration du traitement. Une plus faible posologie à l'instauration serait associée à de meilleures chances d'arrêt à 12 semaines¹⁰

Au décours de la thérapie, elle recommande l'évaluation de la dépendance et fournit l'Echelle Cognitive d'Attachement aux Benzodiazépines (ECAB)¹¹, qui est un outils spécifique et sensible de la dépendance aux BZD. Une démarche progressive de déprescription est prônée, associant une décroissance pouvant s'étaler sur 12 mois et la possibilité pour la personne d'être réévaluée avec régularité. Les patients devront être désireux d'arrêter leur traitement.

Courant 2020, les conseils nationaux des ordres des médecins et des pharmaciens rappelaient par l'édition d'une fiche mémo¹² des règles concernant la prescription de médicaments hors autorisation de mise sur le marché (AMM). Il s'avère que les BZD dispose de cette AMM

⁸Gibbons, R. D., Hur, K., & Quinn, P. D. (2021). Concomitant opioid and benzodiazepine use and risk of suicide attempt and intentional self-harm : Pharmacoepidemiologic study. *Drug and Alcohol Dependence*, 228, 109046. En ligne. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2021.109046>

⁹Quelles places pour les benzodiazépines dans l'anxiété ? (2018) Haute Autorité de Santé. Fiche Bon Usage du Médicament. En ligne. <https://www.has-sante.fr/Fiche Bon Usage du Médicament>

¹⁰Vaquette, M. (2021) Prescription de benzodiazépines au Centre d'Accueil et de Crise du CHRU de Lille : facteurs influençant l'arrêt à trois mois. Faculté de médecine Henri Warembourg, Université de Lille. France. (Thèse)

¹¹cf. Annexe 2

dans la limite des 12 semaines d'utilisation. Passé ce délai, la prescription réalisée hors AMM doit conserver un caractère exceptionnel et justifiée au regard de la réponse clinique obtenue sans alternative thérapeutique médicamenteuse disponible.

1.5 Enjeux socio-économiques et de santé publique

Une tendance de fond, objectivée par des données probantes¹³, témoignait il y a plus de 10 ans d'une diminution discrète et inégale (tranche d'âge des populations, médicaments concernés) de l'utilisation des BZD ou de leur recours en première intention. Une décroissance alors jugée insuffisante par Bénard-Larivière et al.(2016) au regard des volumes importants de prescription et malgré les recommandations de bonnes pratiques déjà en vigueur alors.

A ce jour, la France reste donc le 2^{ème} pays le plus consommateur de BZD en Europe selon le rapport annuel de l'assurance maladie : « Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses »¹⁴ publié pour l'année 2022 sur les données de 2019. Ce rapport établit une dépense moyenne pour le remboursement des traitements anxiolytiques aux environs de 800 € (par patient en 2019), croissant de plus de 3 % (par patient sur la période 2015-2019). La dépense totale s'établit à 2 532 millions d'euros réparties sur plus de 3 000 000 d'usagers (en 2019).¹⁵

Le dernier rapport du Groupement d'Intérêt Scientifique EPI-PHARE¹⁶ établi après les premiers confinements de la pandémie de Covid-19 (2020-2021) dresse un état des lieux des

¹²La prescription et délivrance de médicaments hors AMM (2020). Fiche pratique. Conseil national de l'Ordre des médecins - Conseil national de l'Ordre des pharmaciens. En ligne. [https://www.conseil-national.medecin.fr/Fiche Memo hors AMM](https://www.conseil-national.medecin.fr/Fiche%20Memo%20hors%20AMM)

¹³Bénard-Larivière, A., Noize, P., Pambrun, E., Bazin, F., Verdoux, H., Tournier, M., Bégaud, B., & Pariente, A. (2016). Trends in incident use of benzodiazepines and Z-drugs in France from 2006 to 2012 : a population-based study. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, 26(2), 162-169. En ligne. <https://doi.org/10.1002/pds.4123>

¹⁴Rapport au ministre chargé de la Sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et des produits de l'Assurance Maladie au titre de 2022 (2021). En ligne. https://assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/2021-07_rapport-propositions-pour-2022_assurance-maladie_1.pdf

¹⁵cf. Annexe 3

¹⁶Weill, A., Drouin, J., Desplas, D., Cuenot, F., Dray-Spira, R., & Zureik, M. (2021). Usage des médicaments de ville en France durant l'épidémie de la Covid-19 – point de situation jusqu'au 25 avril 2021. Étude pharmaco-épidémiologique à partir des données de remboursement du SNDS. EPI-PHARE (Groupement d'intérêt scientifique ANSM-Cnam), 27 mai 2021. En ligne <https://www.epiphare.fr/rapports-detudes-et-publications/Covid-19-usage-des-medicaments-rapport->

consommations de certaines classes de thérapeutiques. Parmi ces traitements figurent les anxiolytiques. Les chercheurs constatent une augmentation de dispensation de ces traitements en pharmacie et un point de rupture avec la dynamique évoquée précédemment. Le rebond est d'autant plus net pour les anxiolytiques avec 3,4 millions de délivrances supplémentaires par rapport à l'attendu. Weil et al.(2021) corrélaient cette augmentation de dispensation avec les résultats de l'enquête CoviPrev (réalisée par Santé Publique France) débutée sur cette même période. Selon cette enquête, les sondés témoignaient d'états dépressifs, anxieux, de troubles du sommeil ou même d'idées suicidaires en hausse en comparaison avec la période hors-Covid. La rupture nette, de cette lente dynamique de décroissance ramène l'utilisation des BZD au cœur d'une question de santé publique dont l'importance et l'enjeu convoquent la communauté infirmière et la pratique avancée.

1.6 État des lieux de la littérature

La recherche francophone en soins infirmiers ne semble pourtant pas avoir questionné cette présence des BZD dans la pratique infirmière. Le seul article trouvé en résultat d'une recherche¹⁷ sur Cairn ne faisant qu'interroger cette thématique en épilogue.

L'interrogation de Pubmed¹⁸ avec les termes « nurse », « benzodiazépines » et « deprescribing » ne renvoie que 6 articles. Seulement 3 d'entre eux constituent un substrat relativement intéressant pour ce travail par l'apport de concepts. « La déprescription proactive » parmi eux, qui pourraient enrichir la pratique avancée infirmière. Nonobstant le fait qu'aucun des articles ne fasse directement référence à la psychiatrie ou à la santé mentale, cette faible représentativité dans la littérature démontre un intérêt à développer la recherche en soins infirmiers à ce sujet.

1.7 La déprescription proactive

¹⁷Recherche du terme « Benzodiazépines » dans le moteur de recherche du site <https://www.cairn.info> sur toute la période de parution de la revue « Recherche en soins infirmiers » effectuée le 15/11/21.

¹⁸Recherche réalisée le 22/11/21 sur <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/advanced/>

1.7.1 Le concept de proactivité

« *Si l'occasion ne frappe pas, construisez une porte.* » Milton Berle.

A cette invitation métaphorique, ce mémoire entend donc contribuer à répondre et par cette citation, pourrait se résumer la proactivité. Ce concept issu des milieux de la sociologie du travail à partir des années 60 s'associe largement à la notion d'anticipation. Il va s'opposer étymologiquement à la notion de passivité et son importance croît au fur à mesure que décroissent les comportements réactifs des travailleurs. Grant et Ashford (2008)¹⁹ en explorent la dynamique en milieu professionnel afin d'en compiler les différentes formes d'expression et définir une matrice commune qui leur permettrait de théoriser. On retrouve ainsi le concept de « personnalité proactive » des employés, développé outre-Atlantique. Ces employés disposent, pour Bateman et Crant (1993), de « *la tendance relativement stable à effectuer des changements environnementaux* »²⁰. Grant et Ashford (2008)²¹ l'associent en miroir à la notion d'initiative personnelle développée en Europe, qui selon eux, va s'attacher à décrire des comportements proactifs plutôt qu'une personnalité proactive et souligne les caractéristiques anticipatives, tournées vers l'avenir de ces comportements.

Cette approche comportementale leur permet d'envisager un cadre au sein desquels les comportements proactifs seraient :

- organisés dans le temps, allant de l'anticipation, vers la planification pour se concrétiser dans l'action.
- localisés dans un rôle attendu (« *in-role* ») de l'agent ou en dehors de ce rôle (« *extra-role* »).
- identifiés par des caractéristiques communes que sont : « *la forme, la fréquence, les cibles d'impact prévues, le calendrier et les tactiques [...] le long desquelles les comportements proactifs varient.* »²²

¹⁹Grant, A. M., & Ashford, S. J. (2008). The dynamics of proactivity at work. *Research in Organizational Behavior*, 28, 3-34. En ligne. <https://doi.org/10.1016/j.riob.2008.04.002>

²⁰Bateman, T. S., & Crant, J. M. (1993). The proactive component of organizational behavior : A measure and correlates. *Journal of Organizational Behavior*, 14(2), 103-118. En ligne. <https://doi.org/10.1002/job.4030140202>

²¹Grant, A. M., & Ashford, S. J. (2008). The dynamics of proactivity at work. *Research in Organizational Behavior*, 28, 3-34. Page 8.

²²Grant, A. M., & Ashford, S. J. (2008). The dynamics of proactivity at work. *Research in Organizational Behavior*, 28, 3-34. Page 8.

La localisation, « *in-role* » ou « *extra-role* », de ces comportements peut interpeller s'il est ramené au cadre de la pratique infirmière. En effet, le décret de compétences des IDE est lui aussi construit autour d'un rôle propre et d'un rôle sur prescription qui amènent deux champs d'autonomie distincts.

Selon Ashford et Grant (2008), le parallèle « *in-role* » / « *extra-role* » offre un point de vue très intéressant sur la dyade rôle propre/rôle prescrit des IDE : « *les comportements proactifs in-role sont des actions d'anticipation prises selon les moyens prescrits ou orientées vers la réalisation des objectifs prescrits.* » tandis que « *les comportements proactifs « extra-role » sont des actions d'anticipation entreprises au-delà des moyens et des fins spécifiés.* ».²³

La revue de littérature effectuée qu'ils effectuent ne leur permet pas de hiérarchiser l'importance de l'un ou l'autre des rôles. Ils proposent un consensus à travers une approche en processus de la proactivité. Ce type d'approche autorise une lecture transverse selon laquelle un objectif de soin pourrait se situer en même temps dans l'un et l'autre des rôles de l'IDE selon son état d'anticipation, de prescription et les dispositions à la proactivité exprimées par le professionnel qui concoure à l'accomplissement de cet objectif. Ces caractéristiques confèrent une dynamique intégrative aux objectifs de soins construits, qui doit pouvoir renforcer leur présence dans les évaluations cliniques à travers la recherche de leur accomplissement.

Ashford et Grant (2008) proposent en outre, une matrice à trois composantes que sont : la responsabilité, l'ambiguïté et l'autonomie, aux origines de comportements proactifs :

- La responsabilité ou responsabilisation, stimulerait la proactivité des agents :

« [...] parce qu'ils seront tenus personnellement responsables de leurs actions, qu'ils se comportent de manière réactive ou proactive, les employés font face à peu de risques supplémentaires en adoptant un comportement proactif. Étant donné qu'ils sont déjà sous le feu des projecteurs, ils peuvent aussi bien anticiper, planifier et agir à l'avance autant que possible pour augmenter leurs chances de succès et démontrer qu'ils prennent des initiatives ».²⁴

- L'ambiguïté qui amènerait des situations où :

« [...] les individus ressentent moins de pression de la part de l'environnement pour penser, ressentir et agir d'une manière prescrite ». Avec par exemple « des prescriptions de travail et de rôle peu claires, des instructions de tâches vagues ou des attentes interpersonnelles non spécifiées[...] »²⁵

²³Grant, A. M., & Ashford, S. J. (2008). The dynamics of proactivity at work. *Research in Organizational Behavior*, 28, 3-34. Page 9.

²⁴Grant, A. M., & Ashford, S. J. (2008). The dynamics of proactivity at work. *Research in Organizational Behavior*, 28, 3-34. Page 14.

C'est ici le besoin de réduction de l'incertitude, évoquée comme un phénomène psychologique naturel dans ce genre de situation, qui autoriserait des comportements proactifs.

- l'autonomie qui s'associe à la notion de liberté dans les modalités de réalisation des objectifs (que, quand, comment faire) et dont le ressort psychologique serait : « [...] l'efficacité ressentie, ou un sentiment de confiance que l'on peut agir efficacement pour orchestrer les résultats ». « L'efficacité, à son tour, augmente la volonté des employés d'anticiper, de planifier et d'agir à l'avance afin d'obtenir les résultats souhaités ». ²⁶
Ce ressort psychologique, nommé auto-efficacité selon Albert Bandura, mérite une attention particulière au regard du contexte dans lequel s'inscrit ce mémoire. Il est présenté au chapitre 1.9

1.7.2 La proactivité au service de la déprescription des BZD

Un article de la revue anglaise « Nursing standard »²⁷ reprend une définition de la déprescription comme :

« processus systématique d'identification et d'arrêt des médicaments dans les cas où les préjudices existants ou potentiels l'emportent sur les avantages existants ou potentiels dans le contexte des objectifs de soins d'un patient individuel, de son niveau de fonctionnement actuel, de son espérance de vie, de ses valeurs et préférences ».

Wright et al. (2019), retrouvent également les deux temporalités du comportement de changement (ici la déprescription) qui est réactif (résultante d'un effet indésirable ou d'une inefficacité de la molécule) ou proactif. La déprescription proactive est alors décrite comme la résultante d'une décision partagée du patient et de son thérapeute d'un arrêt de traitement après évaluation d'un rapport bénéfices/risques défavorable. Une revue de littérature leur permet de lister des obstacles et catalyseurs dans les comportements de déprescription propres aux patients et aux soignants. Sont présentés dans le tableau 1 de la section Table ceux concernant les comportements des soignants²⁸.

²⁵Grant, A. M., & Ashford, S. J. (2008). The dynamics of proactivity at work. *Research in Organizational Behavior*, 28, 3-34. Page 15.

²⁶Grant, A. M., & Ashford, S. J. (2008). The dynamics of proactivity at work. *Research in Organizational Behavior*, 28, 3-34. Page 16.

²⁷Wright, D. J., Scott, S., Buck, J., & Bhattacharya, D. (2019). Role of nurses in supporting proactive deprescribing. *Nursing Standard*, 34(3), 4450. <https://doi.org/10.7748/ns.2019.e11249>

²⁸Wright, D. J., Scott, S., Buck, J., & Bhattacharya, D. (2019). Role of nurses in supporting proactive deprescribing. *Nursing Standard*, page 4

La répartition dichotomique met en lumière les influences à l'œuvre sur le processus de proactivité tel que présenté en partie 1.7.1. En effet les obstacles semblent relever d'une grande part d'ambiguïté relative à la « crainte », la « peur », l'« ambivalence » des résultats attendus ou dans les difficultés perçues à caractériser (pour rappel ce sont la forme, la fréquence, les cibles d'impact prévues, le calendrier et les tactiques) le comportement proactif. La notion de responsabilité renvoie ici aux perturbations des relations (avec les collègues, les patients) et la crainte du jugement par autrui. Or Ashford et Grant (2008), propose paradoxalement la réduction de l'ambiguïté et la responsabilisation par et pour les agents, comme matrices de comportements proactifs. On peut imaginer dès lors que ces obstacles présumés, céderaient pour partie avec l'initiation du comportement proactif.

Les catalyseurs, quant à eux, accordent une large place à l'autonomie par la « capacité », la « confiance », le développement des savoirs expérientiels, chers à Albert Bandura nous le verrons.

Un reconnaissance du rôle infirmier dans la déprescription des BZD émerge:

- pour le partage d'une tâche chronophage.
- en matière de disponibilité dans l'accompagnement, par la fréquence des réévaluations.
- par la prise en compte des aléas au décours de l'arrêt et la capacité des IDE à remobiliser le corps médical au besoin.
- dans une confiance du patient supposée (faute de données probantes) sensiblement identique, auprès d'un déprescripteur rassurant qu'il soit médecin ou IDE.

Leur conclusion demeure limitée au regard des idées émises. L'absence de données probantes sur la déprescription des IDE empêchent Wright et al.(2019) d'être catégoriques. Ils suggèrent que :

« le fait d'avoir des lignes directrices solides fondées sur des données probantes pour la déprescription peut entraîner une auto-efficacité accrue chez divers groupes de professionnels de la santé – y compris les infirmières – dans leur capacité à élaborer, mettre en œuvre et surveiller la déprescription »²⁹.

Les auteurs mettent en avant la nécessité d'évaluer la pratique infirmière selon l'approche de l'Evidence Based Nursing (EBN) pour asseoir la pratique et ancrer ce nouveau comportement.

²⁹Wright, D. J., Scott, S., Buck, J., & Bhattacharya, D. (2019). Role of nurses in supporting proactive deprescribing. Nursing Standard, page 6

Une recherche antérieure menée par Farrell et al. (2018)³⁰ sur des sujets âgés poly-médiqués de la région d'Ottawa (Canada) s'est pourtant attachée à la question du lien entre données probantes, déprescription et auto-efficacité. Réservée à une population de médecins, infirmières praticiennes ou pharmaciens, leurs résultats montraient :

- la nécessité de créer des protocoles de déprescription dont un usage répété renforcerait le sentiment d'auto-efficacité.
- la nécessité de créer des protocoles de déprescription pour combler des lacunes éventuelles et inciter à l'action.

En France, le travail récent³¹ d'une infirmière alors étudiante en pratique avancée, entendait questionner le problème de dépendance aux BZD chez des personnes âgées admises en unité de soins psychogériatriques. La méthodologie utilisée pour cette recherche a questionné les pratiques des soignants parmi lesquels des IDE. Des freins à la déprescription, préalablement identifiés, réapparaissent dans l'argumentaire :

- l'absence de protocole de décroissance au sein du service.
- l'absence de rôle propre infirmier dévolu à cette tâche.

Des éléments nouveaux émergent de ce travail qui viennent compléter l'inventaire :

- l'absence de rôle sur prescription médicale, considérant que le sevrage en BZD n'est pas une prérogative du service.
- des croyances ancrées envers un rapport bénéfices/risques favorable au long cours des BZD.

Les IDE interviewés assument globalement une position de supervision, d'observation, plutôt que d'action dans la déprescription. Une revue de nouvelles pratiques à mettre en œuvre (utilisation d'outils de dépistage, d'information au patient, de coordination, ...) est proposée. Le rôle de l'IPA est suggéré dans l'accompagnement en référence de patients concernés par la

³⁰Farrell, B., Richardson, L., Raman-Wilms, L., de Launay, D., Alsabbagh, M. W., & Conklin, J. (2018). Self-

efficacy for deprescribing :A survey for health care professionals using evidence-based deprescribing guidelines. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 14(1), 1825. En ligne. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2017.01.003>

³¹Lefebvre-Durel, C., Bailly, I., Hunault, J., Jovic, L., Novic, M., Vorspan, F., Bellivier, F., Drunat, O., & Kerever, S. (2020). Benzodiazepine and Z drug cessation in elderly patients : A qualitative study on the perception of healthcare providers and the place of advanced practice nurses. *International Journal of Mental Health Nursing*, 30(3), 653666. En ligne. <https://doi.org/10.1111/inm.12831>

problématique, en relais d'un sevrage initié par un médecin ou sur un mode consultatif auprès des équipes.

La proactivité dans la déprescription proposée dans ce travail revêt une dimension prophylactique qui vise, in fine, à limiter les risques inhérents à la prise de BZD plutôt que d'en soigner les conséquences. Cette proactivité doit pouvoir émerger chez l'IDE à chaque instant dans la prise en soin et donc dès la prescription des BZD. La position de l'IPA proposée dans ce mémoire serait interstitielle aux équipes médicales et paramédicales. Par exemple, en pilotant l'implémentation de protocoles de coopération interprofessionnelle qui apparaissent en filigrane à plusieurs reprises dans les articles présentés jusqu'ici. Il s'avère que ces protocoles existent en France depuis plus de 12 ans et ne demandent qu'à être déployés.

1.8 Le protocole local de coopération interprofessionnelle

1.8.1 2009: l'article 51 fondateur de la loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST)

A partir des années 2000 et la publication du rapport du Pr Berland, l'idée du transfert de tâches entre professionnels de santé émerge. Des dispositifs expérimentaux sont créés et évalués positivement. En 2008, les états généraux de l'organisation de la santé et la HAS concluent à la pertinence et aux perspectives offertes par cette démarche.

Le dispositif des protocoles de coopération est entériné par l'article 51³² de la loi HPST dès 2009 qui en annonce les objectifs et pose le cadre garantissant la sécurité des soins délégués. Ce protocole propose donc de faciliter la coopération entre personnels médicaux et paramédicaux (exclusivement) en renforçant le rôle de ces derniers dans les limites de leurs connaissances et de leur expérience. Il comporte déjà les éléments structurels qu'on lui connaît aujourd'hui : identité des professionnels délégants et délégués, formes de coopération, disciplines, pathologies concernées, actes, lieux d'intervention, ... Il fait l'objet, à l'époque, d'une validation de son contenu par la HAS et d'un enregistrement auprès des Agences Régionales de Santé (ARS) nouvellement créées. La HAS dispose en outre de la compétence de promotion à l'échelle nationale, d'un protocole initié localement.

³²Ministère de la santé et des sports (2009), Article 51 de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000020879543

1.8.2 2019: l'article 66 de la loi Organisation et Transformation du Système de Santé (OTSS)

Cependant, sur la période 2010-2018, les velléités de coopération interprofessionnelles s'essoufflent peu à peu³³. L'article 66 de la Loi OTSS en 2019 entend rénover et simplifier le dispositif existant. Une stimulation à la création de protocoles nationaux est recherchée par l'émission d'Appel à Manifestation d'Intérêt (AMI). Le Comité National de Coopération Interprofessionnelle est créé afin de piloter la stratégie, la promotion et le déploiement des coopérations interprofessionnelles. Il regroupe des représentants de : l'Union nationale des caisses de l'assurance maladie, de la HAS, des ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé et du handicap ainsi que des ARS. Parmi ses missions il :

- propose une liste de protocoles nationaux à élaborer et à déployer sur l'ensemble du territoire.
- appuie les professionnels de santé dans l'élaboration de ces protocoles et de leur modèle économique et émet un avis sur leur financement par l'assurance maladie.
- assure le suivi annuel et l'évaluation des protocoles autorisés par le recueil annuel des données de suivi pertinentes pour chacun des protocoles mis en œuvre.
- propose l'intégration des actes dérogatoires dans les compétences réglementaires des professionnels.

Les professionnels délégués se voient dès lors attribuer une prime de 100€ brut par mois dans un esprit d'incitation.

1.8.3 2020 : l'article 97 de la loi Accélération et Simplification de l'Action Publique (ASAP)

Cette loi élargit depuis décembre 2020 l'origine des professionnels de santé à même de pouvoir protocoliser localement une coopération. Qu'ils exercent en établissement de santé public ou privé, dans des établissements médicaux-sociaux et au sein, ou non, d'un groupement hospitalier de territoire (GHT). Ainsi leur mise en œuvre se fait désormais, dans le cas des établissements publics de santé, sur décision du directeur de l'établissement après :

³³Haute Autorité de Santé, Service évaluation de la pertinence des soins et Amélioration des pratiques et des parcours, Bilan 2010-2018 des protocoles de coopération. En ligne. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-10/bilan_cooperation_ps_vd.pdf

- avis conforme de la Commission Médicale d'Établissement (CME).
- avis conforme de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques (CSIRMT).
- information auprès de la commission des usagers qui rend son avis auprès de l'ARS.

Ces protocoles locaux ne sont donc valables qu'au sein de l'établissement ou du GHT promoteur.

Cette rétrospective met en avant la volonté du législateur, avant même l'apparition des premiers IPA, de maximiser les chances de coopération interprofessionnelle par la délégation de compétences et le maintien d'un haut niveau de sécurité associé. Ces protocoles sont rappelés comme levier majeur du programme « Ma santé 2022 ».

Malgré ces efforts, on dénombre 45 protocoles nationaux au 21 décembre 2021³⁴ dont pas un n'est déployé en psychiatrie et santé mentale. Ce mémoire est rédigé de sorte que le modèle type fourni par la HAS³⁵ soit pré-complété (en caractères bleus dans l'annexe) et prêt à être discuté avec un médecin psychiatre et des IDE susceptibles de vouloir y adhérer.

L'utilisation d'un protocole local de coopération dans la déprescription des BZD semble pertinente et réaliste au regard des arguments développés jusqu'ici. Les intérêts convergents pour la pratique des IDE vont dans le sens d'une plus grande autonomie, source de proactivité et exposant à des situations stimulant le sentiment d'auto-efficacité. La pratique avancée infirmière peut y voir un instrument de soft-power à travers lequel peut s'incarner une forme de leadership clinique.

Ce sont vers ces concepts d'auto-efficacité et de leadership que s'oriente la suite de ce travail.

1.9 L'auto-efficacité selon Albert Bandura

Il s'agit ici d'un concept transversal retrouvé dans les résultats de littérature. Albert Bandura (1925-2021), docteur en psychologie canadien, a essentiellement travaillé sur les aspects de la théorie sociale cognitive. C'est lui qui a développé le concept d'auto-efficacité ou sentiment d'efficacité personnelle dans son livre au titre éponyme³⁶. Ce concept permet la lecture et la

³⁴Ministère des Solidarités et de la Santé (2022), les protocoles nationaux de coopération. En ligne. <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/cooperations/cooperation-entre-professionnels-de-sante/article/les-protocoles-nationaux-de-cooperation#La-liste-des-protocoles-nationaux-autorises>

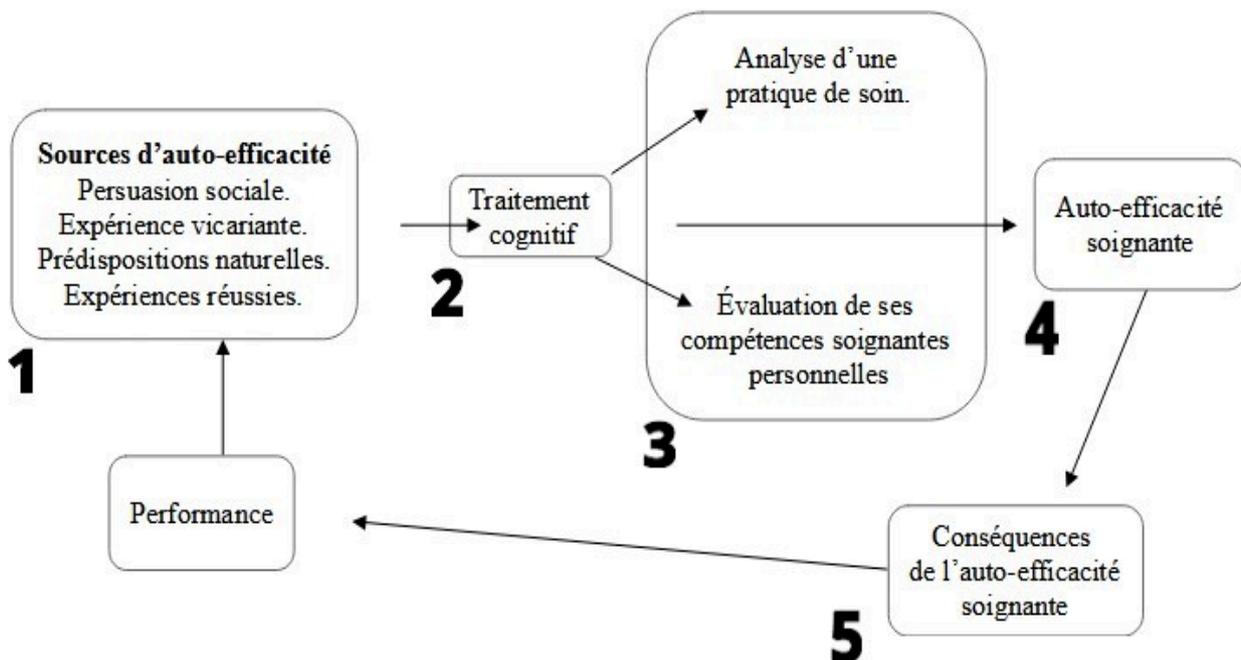
³⁵cf. Annexe 4

³⁶Bandura, A., Lecomte, J., & Carré, P. (2007). *L'auto-efficacité*. De Boeck.

compréhension des comportements soignants dans l'accompagnement à l'arrêt de BZD: dans la réussite comme dans l'échec.

Selon Bandura, l'efficacité personnelle est « *la croyance de l'individu en sa capacité d'organiser et d'exécuter la ligne de conduite requise pour produire des résultats souhaités* » ainsi qu'« *une croyance relative à ce qu'il peut faire dans diverses situations quelles que soient ses aptitudes* »³⁷. Ce concept trouve une application dans un vaste panel de situation personnelle, professionnelle ou dans la maladie également. Une interprétation orientée, volontairement ciblée, de ce concept est donc réalisée dans le champ de l'auto-efficacité des IDE qui nous concerne spécifiquement ici.

La littérature nous amène vers une modélisation existante: « *La nature cyclique de l'efficacité des enseignants* » qui a été développé par Megan Tchannen-Moran (1998)³⁸ dans les métiers de l'enseignement . Une réinterprétation libre (par les soins de l'auteur) est proposée ci-dessous. Elle est transposée au soignant afin de faciliter la compréhension de ce concept.



³⁷Bandura, A., Lecomte, J., & Carré, P. (2007). *L'auto-efficacité*. De Boeck. Page 12.

³⁸Tschannen-Moran, M., Hoy, A. W., & Hoy, W. K. (1998). Teacher Efficacy : Its Meaning and Measure. *Review of Educational Research*, 68(2), 228. En ligne. <https://doi.org/10.3102/00346543068002202>

1 Selon Bandura, parmi les sources d'auto-efficacité :

- Les expériences réussies « *constituent la source la plus influente d'information sur l'efficacité* ». L'adversité en situation de soin rencontrée par un soignant renforcera son sentiment d'auto-efficacité dans la réussite et le réduira dans l'échec. L'obligation du soignant à surmonter des difficultés « *crée les dispositions cognitives et autorégulatrices d'une performance efficace* ».
- L'expérience vicariante désigne le phénomène de comparaison de ses propres expériences, de ses performances, à autrui. La nature de cet « autre », influence la puissance de la comparaison et peut générer des modèles à suivre. La comparaison sera d'autant plus forte si, par exemple, à situation de soin identique l'« autre » est un IDE. Cette notion pourrait s'intégrer dans une certaine mesure à la compétence de leadership clinique de l'IPA.
- Les prédispositions naturelles associent des états physiologiques et émotionnels de l'IDE en situation de soin. Des émotions négatives associées à un faible niveau de performance requis peuvent contribuer à déprécier les croyances d'efficacité et mener à l'échec. Les émotions positives seraient donc facilitantes.
- La persuasion sociale équivaut à « *la persuasion verbale* » exercée par autrui notamment lorsque des difficultés sont rencontrées. Elle « *[...]peut n'avoir qu'un pouvoir limité d'accroître durablement l'efficacité perçue, mais elle peut soutenir le changement personnel si l'évaluation positive se situe à l'intérieur de limites réalistes.* »

2 Ces quatre sources d'auto-efficacité sont pondérées par le traitement cognitif du soignant et influenceront sa manière d'aborder une situation de soin avec positivisme ou négativisme par exemple. Cette dualité pourrait-être incarnée par les notions respectives de catalyseurs et d'obstacles dans la déprescription cités plus tôt qui étaient également associées à l'émergence d'un comportement proactif et semble confirmer l'intrication de ces 2 concepts. Le soignant peut ainsi induire les conditions de réussite ou d'échec dans la résolution de problème. « *La pensée inférentielle* » résume, selon Bandura, ce traitement cognitif du

soignant qui aura estimé un rapport objectifs / contexte permettant finalement la prise de décision avec une efficacité perçue comme suffisante.

3 L'analyse de pratique d'un soin ou d'une situation clinique est un outils pédagogique incontournable lorsqu'il s'agit de nourrir une réflexivité professionnelle. On le retrouve très vite dans la formation en soins infirmiers et assez logiquement dans la formation à la pratique avancée. Il s'agit par la répétition d'attribuer une causalité intrinsèque ou extrinsèque aux succès et aux échecs au regard d'un comportement relaté.

Ce récit objectif doit aussi permettre l'émergence d'une auto-évaluation des compétences soignantes engagées lors de la situation rencontrée. Cette auto-perception d'efficacité peut se faire sous l'influence d'objectifs tangibles :

- le respect d'invariants qualités codifiés par un référentiel de formation (chez l'étudiant en soins infirmiers par exemple).
- des règles de bonnes pratiques édictées par l'autorité administrant la profession.
- une doctrine de pôle, impulsée par un chef de pôle à l'échelle d'un service de santé.
- etc ...

Cette étape pourrait être en quelque sorte, une évaluation normative de l'auto-efficacité qui pouvait n'être qu'un ressenti plus ou moins abstrait jusqu'ici.

4 L'auto-efficacité soignante est donc à la confluence des processus de jugement des compétences personnelles soignantes exigées en situation de soins. Elle tient en la capacité du soignant de s'organiser et mettre en œuvre la démarche de soin pour répondre au besoin de santé tout en adaptant les moyens requis.

5 L'intérêt de cette modélisation tient dans la nature cyclique et temporellement indéfinie de sa répétition. Cette analyse, par le soignant, de son action soignante, dans une situation de soin peut permettre une prise de conscience des effets produits au regard de l'action. Ce phénomène nommé « agentivité personnelle » par A. Bandura peut engendrer un cycle vertueux d'amélioration du sentiment d'auto-efficacité. Rappelons que l'inverse est tout à fait possible dans le cas d'échecs répétés. Bandura reconnaît également dans l'agentivité la capacité des individus à anticiper leurs actes. Jetant ainsi, à nouveau, des ponts vers le concept de proactivité.

1.10 Le leadership clinique

Ce concept est désormais un « Gold Standard » pour l'IPA et a fait l'objet de nombreuses recherches dans le cadre de la pratique avancée infirmière outre-Atlantique depuis les années 80. Les auteurs et les modélisations ne manquent pas pour en définir ici des contours consensuels ou en dessiner là des visuels accrocheurs. Luc Mathieu et al.(2016), dans leur souhait de mieux enseigner le leadership clinique³⁹, synthétisent les principaux auteurs pour proposer cette définition :

« Le leadership est un processus par lequel un individu influence un groupe d'individus dans l'accomplissement d'objectifs ancrés dans une vision partagée. »

Selon Hamric et al. le leadership aurait 3 finalités principales⁴⁰ :

- l'innovation clinique.
- la formation, le coaching et le mentorat.
- l'activisme en faveur du développement des soins et de la discipline infirmière.

A la lecture de ces éléments, le protocole local de coopération apparaît, en théorie, comme un point de convergence conceptuelle. Tel que présenté au chapitre 1.8.3, il stimule la proactivité en :

- responsabilisant les IDE délégués.
- aidant les IDE délégués à réduire l'incertitude d'une décroissance de BZD.
- accordant une autonomie en prise directe avec le rôle propre.

Il propose une situation nouvelle à inscrire dans le cycle d'auto-efficacité des IDE tout en plaçant l'IPA dans une intention vicariante par le partage et l'analyse d'expériences. Ce type de leadership est qualifié par Matthieu et al.(2016) de « transformationnel »⁴¹ qu'ils décrivent comme :

³⁹Mathieu, L., Bell, L., Ramelet, A. S., & Morin, D. (2016). Les compétences de leadership pour la pratique infirmière avancée : proposition d'un modèle de développement pour la formation et la pratique clinique. *Revue Francophone Internationale de Recherche Infirmière*, 2(2), 105-113. En ligne. <https://doi.org/10.1016/j.refiri.2016.04.003>

⁴⁰Hamric, A. B., Hanson, C. M., Tracy, M. F., & O'Grady, E. T. (2013). *Advanced Practice Nursing - E-Book : An Integrative Approach* (5^e éd.). Saunders.

⁴¹Mathieu, L., Bell, L., Ramelet, A. S., & Morin, D. (2016). Les compétences de leadership pour la pratique infirmière avancée : proposition d'un modèle de développement pour la formation et la pratique clinique. *Revue Francophone Internationale de Recherche Infirmière*, 2(2), page 107.

« [...] une capacité à présenter une vision claire des objectifs communs à poursuivre et de mener des changements d'envergure tout en accompagnant les collaborateurs vers des niveaux supérieurs de développement, de cohésion d'équipe et de maturité individuelle et institutionnelle. Ce type de leadership serait plus efficace en contexte de complexité organisationnelle ou d'incertitude. »

La position d'accompagnant discrimine donc, en première intention, toutes velléités d'éducation qui considéreraient 2 positions : le sachant et l'apprenant. Une position haute n'étant pas, par expérience personnelle (en « éducation » thérapeutique auprès de patients par exemple), la position idéale pour amener la personne vers l'acceptation, le changement, l'autonomie.

Bøgh et al.(2018)⁴² précisent 3 éléments qui caractérisent selon eux le leadership transformationnel :

- « Première caractéristique: les leaders transformationnels s'emploient à élaborer une vision précise pour l'organisation. Il importe au plus haut point que les leaders s'efforcent d'exposer dans le détail l'objectif poursuivi par l'organisation, car lorsque les personnels disposent d'une connaissance de celui-ci suffisamment précise, cela peut avoir sur eux un effet très stimulant qui les conduira à prendre des initiatives et à améliorer leurs performances (Latham et Yukl, 1975; Locke et Latham, 2002) tout en renforçant leur motivation (Wright, 2007). »
Cette caractéristique du leadership laisse entendre qu'un protocole de coopération bien rédigé et détaillé est source de proactivité.
- « Deuxième caractéristique: les leaders transformationnels partagent leur vision avec les salariés et leur signalent clairement ce qu'ils doivent faire pour contribuer à sa concrétisation. Pour que les personnels agissent en conséquence, il est essentiel de les sensibiliser à cette vision et de leur faire prendre conscience que leur travail contribue à réaliser l'objectif souhaité (Paarlberg et Perry, 2007). Ainsi, cet élément du leadership transformationnel porte sur le lien entre la direction prise par l'organisation et la façon spécifique par laquelle les personnels peuvent contribuer, au quotidien, à la réalisation de l'objectif. (Paarlberg et Lavigna, 2010; Paarlberg et Perry, 2007). »
Cette caractéristique indique qu'une contextualisation de la coopération interprofessionnelle est indispensable pour que le protocole puisse avoir sens dans la pratique et véhiculer une vision commune.
- Troisième caractéristique: les leaders transformationnels s'attachent à faire vivre la vision partagée en incitant les personnels à y adhérer et à apporter leur concours à sa concrétisation et en suscitant un enthousiasme constant. En ne cessant de souligner l'apport que représente leur travail pour l'organisation et pour sa vision, les leaders

⁴²Bøgh Andersen, L., Bjørnholt, B., Ladegaard Bro, L., & Holm-Petersen, C. (2018). Leadership et motivation : étude qualitative sur le leadership transformationnel et la motivation de service public. *Revue Internationale des Sciences Administratives*, Vol. 84(4), page 699.

transformationnels cherchent à renforcer la perception qu'ont les personnels de l'importance des tâches qu'ils effectuent et à les stimuler pour qu'ils poursuivent leur action dans la durée (Wright et al., 2012) »

Ce dernier point implique la nature cyclique de l'auto-efficacité qu'alimente l'IPA par l'analyse des pratiques, la création de données probantes ou l'accompagnement des infirmiers délégués.

Bøgh et al.(2018)⁴³ distinguent, le « *chevalier paternaliste* », du « *chevalier non paternaliste* » dans la vision « *d'œuvrer pour le bien* », que porte le leadership transformationnel. Ils affirment ainsi que :

« le leadership transformationnel pourrait inciter les salariées à adhérer à la vision mise en œuvre dans les établissements et, à terme, aux objectifs fixés par les responsables politiques et par les usagers, et non plus à adhérer (uniquement) à leur propre conception de ce qui serait souhaitable »

Comprenons que le protocole local de coopération, qui vise à « *œuvrer pour le bien* », se retrouve dans cette cinétique. Il serait donc un instrument du leadership transformationnel.

Ainsi l'hypothèse initiale selon laquelle l'IPA pourrait impulser un comportement souhaitable parmi ses collègues IDE se déclinerait selon cette question de recherche :

Dans quelle mesure le protocole local de coopération interprofessionnelle peut-il devenir un outil d'amélioration de la pratique infirmière et de développement du leadership de l'IPA ?

2. Le récit de situation complexe et authentique

Pour cette partie exploratoire, un récit de situation complexe et authentique (RSCA) est réalisé conformément aux propositions de méthodologies qui émanent du comité pédagogique de ma formation. Ce RSCA narre à la première personne du singulier, une situation clinique dont la complexité sera explicitée.

⁴³Bøgh Andersen, L., Bjørnholt, B., Ladegaard Bro, L., & Holm-Petersen, C. (2018). Leadership et motivation : étude qualitative sur le leadership transformationnel et la motivation de service public. *Revue Internationale des Sciences Administratives*, Vol. 84(4), page 700.

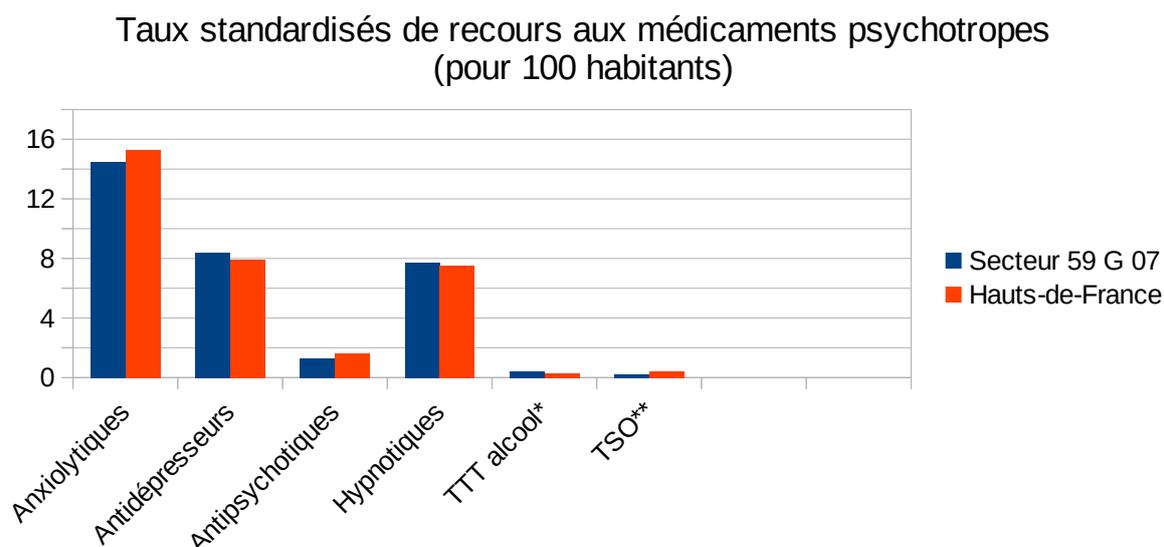
2.1 Contexte de la situation rencontrée

La situation rencontrée se déroule lors de mon stage en deuxième année du diplôme d'État d'IPA qui s'est déroulé, durant 16 semaines, sur le secteur de psychiatrie adulte du 59G07 administré par l'établissement public de santé mentale (EPSM) Lille-Métropole. Ce secteur couvre un bassin populationnel de 71 150 personnes⁴⁴ réparties sur 10 communes de Nieppe à Capinghem d'Ouest en Est et de Frelinghien à Bois-Grenier du Nord au Sud. Ce secteur présente, comme mon secteur d'affectation, un déficit de démographie médicale marqué qui justifie entre autre, mon dévolu à son égard et recrée des conditions futures d'exercice potentiellement similaires. J'ai ainsi souhaité répartir mon temps de présence sur deux structures du secteur au sein desquelles je projette l'implémentation de la fonction d'IPA à savoir :

- Le centre de santé mentale « Erasme » qui propose des soins de psychiatrie et santé mentale en ambulatoire et dispose d'une équipe pluri-professionnelle composée d'IDE, de médecins, de psychologues, de neuropsychologues, de psychomotriciennes, de travailleurs sociaux et de médiatrices de santé pairs (en cours de formation). Certains membres de cette équipe participent en outre à prodiguer des soins orientés vers la personne âgée (l'Equipe Mobile de Psychiatrie de la Personne Agée) ou vers les femmes en situation de péri-natalité.
- L'équipe mobile de réhabilitation psycho-sociale, qui propose des hauts niveaux de soins en psychiatrie auprès de personnes souffrant de troubles psychotiques avec une autonomie limitée. L'équipe pluri-professionnelle est composée d'un médecin à temps partiel, d'IDE, d'aides-soignantes, de neuropsychologues, de travailleurs sociaux.

Un focus est réalisé avec le concours de la fédération régionale de recherche en santé mentale et psychiatrie (F2RSM) des Hauts de France. Il nous apprend qu'en 2015 les anxiolytiques sont les traitements les plus remboursés sur le secteur avec un niveau sensiblement inférieur à la moyenne régionale. Cette donnée, replacée dans le contexte général décrit dans l'introduction, suppose la présence de notre problématique de santé publique.

⁴⁴Source : <https://www.insee.fr> , état civil en géographie au 01/01/2021



Source <https://geoclipair.f2rsmpsy.fr/> Données issues des bases de remboursement des caisses d'assurance-maladie pour l'année 2015

2.2 La situation clinique complexe et authentique

La situation retenue pour son caractère complexe est celle-ci :

Mme L, 37 ans, hospitalisée en soins libres, suite à sa onzième tentative de suicide par intoxication médicamenteuse volontaire (IMV) avec 30 comprimés d'oxazepam 10 mg le 10/02/2022.

Mme est célibataire, séparée de son compagnon depuis début 2021. Le couple a eu 3 enfants de 5, 10 et 12 ans. Le père a obtenu la garde exclusive de ces derniers avec l'appui de Madame qui ne se sentait plus en capacité d'assumer son rôle maternel. A ce jour, elle en a la garde 1 week-end sur 2 et une partie des vacances scolaires. La première hospitalisation en psychiatrie a d'ailleurs été provoquée par la demande de divorce de monsieur en octobre 2018.

Sur le plan professionnel, la patiente possède le diplôme d'aide-soignante. Une discopathie l'a contraint à une reconversion professionnelle vers le métier d'adjointe administrative en mairie. Profession dont elle démissionne en octobre 2021 au terme d'un arrêt longue maladie. Elle travaille de nouveau comme aide-soignante à domicile depuis novembre 2021 malgré ses problèmes de santé.

On note parmi les antécédents somatiques : du psoriasis, un eczéma, de l'asthme, une hernie discale. La patiente a également bénéficié d'une coelioscopie exploratoire dans un cadre étiologique non déterminé.

Les antécédents psychiatriques retrouvent donc une primo-hospitalisation en octobre 2018 pour tentative de suicide par IMV avec BZD et pulsions de phlébotomie. S'en suivront 10 autres hospitalisations jusqu'en ce début d'année 2022, toutes consécutives à une IMV et toujours en soins libres. La durée cumulée est de 49 jours.

Plusieurs passages à l'acte suicidaires intercurrents sans hospitalisations complètent par ailleurs cette liste.

Ces gestes interviennent brutalement lorsque la patiente est exposée à des afflux d'émotions qu'elle ne parvient pas à canaliser autrement. Un trouble de personnalité limite (TPL) également appelé émotionnellement labile ou borderline, est médicalement reconnu et se manifeste donc par cette grande impulsivité, ces comportements auto-destructeurs, une dépendance affective. La prévalence du TPL en population générale est estimée à 1,7 % avec une sur-représentation en population clinique. Des estimations retrouvent en effet que ces patients représentent 10 à 15 % des patients se présentant aux urgences, 10 % des patients consultant en psychiatrie ambulatoire et 15 à 20 % des patients hospitalisés en psychiatrie^{45 46}. Le sexe ratio est donné à 1:1. Selon les données de l'étude de cohorte MSAD⁴⁷, ce trouble est marqué par de

Les comorbidités psychiatriques du TPL en chiffres (cohorte MSAD)

- 89 % de comorbidités anxieuse avec trouble panique, (45 %) phobie sociale (49 %), trouble de stress post-traumatique (58 %).
- Troubles de l'humeur avec épisode dépressif majeur (86%), dysthymie (44%)
- 53 % de troubles du comportement alimentaire (TCA) avec 21 % d'anorexie mentale, 24 % de boulimie et 28 % de TCA non spécifiés.
- 20 % de troubles de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité.
- 62 % de troubles de l'usage de substances et addictions avec 50 % de trouble de l'usage d'alcool, 46 % pour d'autres substances

⁴⁵Gunderson JG, Herpertz SC, Skodol AE, Torgersen S, Zanarini MC. Borderline personality disorder. Nat Rev Dis Primer. Juin 2018;4(1):18029

⁴⁶Skodol AE, Gunderson JG, Pfohl B, Widiger TA, Livesley WJ, Siever LJ. The borderline diagnosis I: psychopathology, comorbidity, and personality structure. Biol Psychiatry. Juin 2002;51(12):936-50.

⁴⁷Zanarini MC, Frankenburg FR, Hennen J, Reich DB, Silk KR. Axis I Comorbidity in Patients With Borderline Personality Disorder: 6-Year Follow-Up and Prediction of Time to Remission. Am J Psychiatry. 1 nov 2004;161(11):2108-14.

nombreuses comorbidités psychiatriques qui correspondent pour partie à la situation de Mme L (cf. encart page 22).

Certaines comorbidités induisent la notion d'impulsivité dans le TPL. C'est le cas des troubles de l'addiction qui, pour Courtney-Seidler et al.(2013) est le plus grand prédicteur d'absence de rémission du TPL⁴⁸.

On retrouve ainsi sur plusieurs années de prise en soin, une utilisation de BZD parmi lesquelles : bromazépam et alprazolam (prescrites en simultanée, avant la primo-hospitalisation d'octobre 2018), prazepam, lorazepam. La patiente décrit des prises irrégulières qui lui permettent de mettre des traitements de côté. Les mésusages sont fréquents malgré des moyens mis en œuvre pour développer des stratégies de gestion alternative de l'anxiété (médiation corporelle, horti-thérapie, zoothérapie, affirmation de soi, méditation...). Des velléités d'automutilation sont facilement mises en avant lorsqu'est évoquée une modification des conditions d'accès aux BZD. La mise en avant de cette stratégie lui permet de conserver un statu quo des conditions existantes, voire d'être hospitalisée en résidence thérapeutique pour la mettre à l'abri de ces prises de médicaments impulsives. En mars 2019, la notion de dépendance aux BZD (avec craving) est médicalement posée, associée à une proposition thérapeutique médicamenteuse axée sur l'utilisation d'un antidépresseur inhibiteur de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline et d'antipsychotique à dose filée (à visée anti-impulsive). Des modulations dans le rythme de dispensation en officine de ville sont tentées. La mise en place d'une dispensation du traitement avec une infirmière libérale (IDEL) est engagée en février 2021 afin de limiter le risque de mésusage des traitements.

Début 2021 encore, Madame prend RDV dans un centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) pour se, dixit : « désintoxiquer des médicaments ». Une cure à la clinique de La Mitterie est évoquée mais lui est refusée. Le suivi en addictologie n'est pas effectif à ce jour.

Le dernier traitement connu est:

Quetiapine 300mg, 1 comprimé à 19h ou en tous cas à distance du dîner.

Zopiclone 7,5mg, 1 comprimé au coucher.

Oxazepam 50mg, 1 comprimé par prise à 8h, 12h, 16h et 20h.

⁴⁸Courtney-Seidler, E. A., Klein, D., & Miller, A. L. (2013). Borderline personality disorder in adolescents. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 20(4), 425-444. En ligne. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12051>

Paroxetine 40mg, 2 comprimés par prise à 8h.

A plusieurs reprises la patiente est citée dans les transmissions lorsqu'elle affirme que son traitement pour les angoisses n'est pas efficace. Le renouvellement est effectué par le médecin traitant et non par le psychiatre référent pour limiter le nombre de prescripteurs et réduire le risque d'accumuler des médicaments.

La prise en soin de Madame avant cette hospitalisation consistait donc à rencontrer son psychiatre référent tous les 2 à 3 mois. Les dernières transmissions médicales objectivent une décroissance de l'oxazepam puis de la paroxetine ainsi qu'un maintien du suivi psychothérapeutique au centre Erasme.

A sa sortie d'hospitalisation, le suivi est relayé vers l'équipe mobile de soins intensifs à domicile, ce qui me laisse le temps de lui proposer une première rencontre. Madame met alors en avant ses difficultés financières comme premier facteur de stress et d'idées noires. Sa situation locative est délicate, avec un loyer trop important en rapport avec ses ressources. Le propriétaire se montrerait harcelant devant les retards de paiement, Madame décide de déposer une main courante à son encontre. Lors du dernier RDV, elle apprend que sa demande de mutation de logement est acceptée et qu'elle aura rapidement un loyer plus adapté à ses ressources. La clinique est alors congruente avec cette bonne nouvelle et l'entretien, en binôme avec une médiatrice de santé-pair fait la part belle aux perspectives de rétablissement en cours.

Cette situation a été retenue pour sa capacité à illustrer la complexité de prises en soin dans lesquelles :

- Un trouble psychiatrique amène une présentation clinique décrivant un comportement erratique du patient, difficilement prévisible et impulsif.
- Un environnement familial interfère en prise directe sur les états émotionnels de la personne.
- Des BZD sont instaurées, renouvelées, mésusées. Ces comportements excessifs sont, rappelons-le, établis par la recherche⁴⁹.
- Un champs inter-professionnel est observé et exige des temps de coordination.

⁴⁹Reynaud, M., Karila, L., Aubin, H. J., & Benyamina, A. (2016). *Traité d'addictologie*. Lavoisier Médecine-Sciences, page 747.

Le suivi infirmier commence avec une prise de référence le 02/08/2019 et amènera 20 RDV jusqu'à une mise à disposition à l'été 2021. Ces rdv permettent :

- L'instauration d'une relation de confiance et l'identification d'un professionnel à contacter dans les moments difficiles.
- Un travail psychothérapeutique sur l'estime de soi, la compréhension des schémas cognitifs de régulation émotionnelle.
- Des entretiens d'évaluation clinique et de soutien.

Trois de ces entretiens abordent la question de l'utilisation de la BZD sans qu'une attitude proactive de l'IDE ne soit mentionnée dans la transmission et n'impacte la posologie. A tout le moins, il est proposé à la patiente à une reprise, de discuter avec son IDEL de la possibilité d'ignorer la prise de 16h.

2.3 A la recherche de comportements proactifs

Ainsi dans un souci de complétude, une recherche exploratoire monocentrique⁵⁰ est menée sur 2 axes, rétrospectif et prospectif. Sur le plan rétrospectif est réalisée une recherche de transmissions infirmières dans les dossiers de patients. Ces transmissions témoigneraient explicitement d'un comportement proactif spontané, par le conseil ou la stimulation à décroître. Seraient incluses les transmissions relatant un appui à d'éventuels objectifs médicaux (prescrits) visant la réduction de posologie. L'évaluation de l'observance ou d'une iatrogénie médicamenteuse, si elles sont des indices témoignant d'un intérêt direct pour la BZD, ne sont pas prises en compte comme des comportements proactifs. En outre, l'adage « pas tracé, pas réalisé » s'applique comme facteur discriminant.

Cette étude est réalisée dans le logiciel de gestion des dossiers patients de l'institution : cariatides.

L'échantillon d'IDE est établi sur la période du 10/01/22 au 14/01/22 lors de laquelle leur présence en nombre est optimale. Les effectifs infirmiers représentent 10,40 équivalents temps plein (ETP) au centre médico-psychologique et 0,76 ETP pour l'EMPPA. Soit un échantillon total de 12 IDE.

⁵⁰ Enregistrée auprès du délégué à la protection des données de l'EPSM Lille Métropole sous la référence RM22_001

Sont inclus les rendez-vous de type suivi régulier en référence infirmière (en présentiel ou distanciel) ou des patients régulièrement vus pour leur injection de neuroleptique à action prolongée. Ces RDV sont privilégiés car ils permettent une prise de référence, un suivi régulier et l'instauration d'une relation de confiance avec le patient. Tous les RDV retenus sont donc ceux planifiés dans l'agenda cariatides de chaque agent.

Sont exclus les RDV d'accueils spontanés, de premières demandes, de consultations aux urgences ou à la maternité du centre hospitalier d'Armentières, et des patient déjà rencontrés dans la même semaine par un autre IDE de l'équipe (doublet).

Aucune discrimination n'est appliquée en lien avec un diagnostic psychiatrique et qui pourrait engendrer une « perte de chance ».

Ces comportements tracés ou non sont affectés à la présence de prescriptions de BZD qui sont donc inventoriées selon les molécules dispensées, leurs posologies et si possible avec un historique des renouvellements.

Pour ce faire une recherche est faite, en premier intention, dans l'onglet « prescriptions » sur Cariatides avec une évaluation de la temporalité (jusqu'à transmission contraire) au regard des 12 semaines de l'AMM.

En deuxième intention, une recherche d'occurrence avec la fonction CTRL+F est effectuée systématiquement dans le journal complet de cariatides. Cette recherche est effectuée sans limite d'antériorité pour repérer les molécules prescrites et renouvelées par le médecin traitant et dont la présence parmi les traitements actuels pourrait être tracée par l'IDE et par conséquent située dans la chronologie de la prise en soin (évocation régulière depuis plus de 12 semaines par exemple).

Ci-dessous la liste des occurrences qui ont pu être recherchées :

- « dénomination commune internationale » et « appellation commerciale » de la BZD figurant dans la dernière prescription médicale.
- « traitement » ou « ttt » qui désigne l'abréviation du mot traitement dans les transmissions.
- « traitant » ; « MG » ou « MT » qui désigne l'abréviation de médecin généraliste/traitant dans les transmissions.

- « psychiatrique » pour rechercher dans les « Observations psychiatriques » du dossier, l'évocation d'une prise de BZD entre le patient et son psychiatre qui serait renouvelée par le médecin traitant.

2.4 Questionnaire d'enquête à l'attention de la pratique infirmière

En complément de cet audit, un questionnaire d'enquête, prospectif, anonyme, est construit⁵¹. Il propose d'interroger les IDE précédemment audités sur leurs perceptions des BZD dans leur rôle infirmier, en sélectionnant un niveau de concordance avec des affirmations proposées. Le questionnaire est agencé de sorte que les réponses linéaires soient limitées.

- Il organise sur le plan sociodémographique les professionnels selon : leur tranche d'âge et la date d'obtention de leur diplôme pour souligner l'expertise éventuelle développée au fil d'une carrière.
- Il explore le ressenti de la présence des BZD dans l'arsenal thérapeutique en parallèle des recommandations de bonnes pratiques.
- Il cherche des vellétés de comportement proactif et questionne les limites du rôle IDE.
- Il sonde les sources d'efficacité personnelles perçues en situations ou projetées dans le cas où ils ne se confronteraient pas aux situations de décroissance des BZD.
- Il propose de hiérarchiser selon le tableau 1 présenté en section Table, les obstacles et catalyseurs à la déprescription proactive en les départageant selon un ordre d'importance.

Le protocole de coopération locale interprofessionnel est questionné dans son intérêt en épilogue de cette enquête afin d'appréhender l'état d'esprit de l'équipe devant cette nouveauté.

Le questionnaire papier est créé sur Google form. Les réponses de chacun des exemplaires récupérés sont retranscrites dans sa version numérique afin d'en obtenir une synthèse graphique⁵²

⁵¹cf. Annexe 5

⁵²cf. Annexe 6

3. Pratiques effectives et perceptions

3.1 Le compte-rendu de l'audit

Ce sont ainsi 136 dossiers (n=136) qui ont été audités⁵³. Parmi eux, 70 (51,5%) dossiers ne comportent pas ou plus de prescriptions de BZD en cours. Ces traitements n'ont pas été initiés dans 69 des situations. On note 1 arrêt de médication avec l'aide d'un proche.

1 dossier ne comporte aucun élément anamnestique, ni d'ordonnance rattachée, qui permettrait d'attester la présence d'une prescription de BZD. Il est exclu des résultats ci-dessous.

On relève donc 65 (47,8%) prescriptions de BZD dépassant a priori 12 semaines dont 18 (13,2%) chez des personnes de plus de 70 ans. Pour aucune de ces prescriptions, l'audit n'a permis de retrouver des comportements proactifs explicites et tracés par les IDE visant une décroissance de ces traitements.

Sur ces n = 65 prescriptions:

- 48 (73,8%) prescriptions médicales n'ont pas été actualisées sur Cariatides dans un délai de 12 semaines par un psychiatre référent. Toutes les prescriptions (soit 6) sans posologies identifiables en font partie. Nous notons 3 démarches de réduction de posologie à l'initiative du médecin gériatro-psychiatre de l'EMPPA sans écho lors des entretiens infirmiers.
- Les 17 (26,2%) autres prescriptions ont donc été renouvelées lors d'une consultation médicale au CMP. Parmi elles, des contextes d'urgence entravent les comportements proactifs. Il s'agit de 2 situations de décompensation et 1 situation de sevrage alcoolique en ambulatoire.

La décroissance est envisagée par les psychiatres sur 2 prescriptions, sans écho lors des entretiens infirmiers.

1 fin de suivi est demandée dans l'un des dossiers.

La répartition des molécules prescrites se fait selon le graphique proposé en annexe⁵⁴.

⁵³cf. Annexe 7

⁵⁴cf. Annexe 8

Sont exclues de ce graphique: les 6 prescriptions sans posologies quantifiées, les 6 prescriptions en si besoin seule incluant la double prescription de BZD qui complètent les n = 65 prescriptions de l'audit.

On distingue une prescription dominante de 3 molécules parmi lesquelles :

- 23 prescriptions de lorazepam avec une posologie médiane sur 24h de 3 mg (1-12,5) dont 5 après 70 ans.
- 16 prescriptions d'oxazepam avec une posologie médiane sur 24h de 20 mg (5-200) Dont 11 après 70 ans.
- 9 prescriptions d'alprazolam avec une posologie médiane sur 24h de 0,5 mg (0,125-1,5).
- 2 prescriptions de bromazépam avec une posologie sur 24h de 1,5mg. Dont 1 après 70 ans.
- 1 prescription de clorazepate avec une posologie sur 24h de 20 mg.
- 1 prescription de clotiazepam, après 70 ans, avec une posologie sur 24h de 15 mg.
- 1 prescription de diazepam avec une posologie sur 24h de 15 mg.

3.2 Les résultats de l'enquête

Parmi les 12 questionnaires distribués, 11 ont pu être récupérés.

- L'équipe est composée de :
 - 5 IDE qui ont entre 46 et 55 ans.
 - 5 IDE qui ont entre 36 et 45 ans.
 - 1 IDE qui a entre 26 et 35 ans.
 - 5 IDE ont été diplômé il y a plus de 20 ans et 6 autres entre 10 et 20 ans.
- La présence des BZD dans les thérapeutiques des patients accompagnés est « fréquente » selon 6 IDE ; « très fréquente » pour 3 IDE et « rare » pour 1 IDE. (1 IDE n'a pas répondu).
- Cette présence n'est perçue « pas vraiment problématique » pour 9 IDE et « plutôt problématique » pour les 2 autres.
- 7 d'entre eux déclarent connaître les recommandations de bonnes pratiques qui guident le prescripteur dans l'usage des BZD, contre 4 qui ne les connaissent pas.

- 8 IDE perçoivent une durée de prescription « plutôt longue » des BZD. Les 3 autres les perçoivent « beaucoup trop longue » (1 IDE), « ni trop longue, ni trop courte » (1 IDE) ou « plutôt courte » (1 IDE).
- L'indication des BZD chez leurs patients est « parfaitement claire » (3 IDE) à « plutôt claire » (6 IDE) pour une majorité des professionnels, tandis qu'elle n'est « pas très claire », « pas claire du tout » pour 2 IDE restants.
- Ils sont 4 IDE à prendre en compte et tracer, « systématiquement » et 4 autres « souvent » la présence des BZD parmi les traitements de leurs patients. Cela arrive « parfois » (2 IDE) ou « jamais » (1 IDE) chez les 3 autres.
- Une grande majorité (9 IDE) n'utilise « jamais » ou « rarement » (1 IDE) l'ECAB pour évaluer la dépendance de leurs patients au BZD. 1 IDE dit l'utiliser « souvent ».
- Devant l'affirmation que seul le corps médical doit pouvoir déprescrire les BZD, ils sont 6 IDE à se déclarer « ni d'accord, ni pas d'accord » et 5 IDE à n'être « pas tout à fait d'accord ».
- De même que 8 d'entre eux déclarent conseiller « parfois » à certain.e.s patient.e.s de diminuer les posologies de BZD sans en référer au corps médical. 2 IDE le font « souvent » et le dernier « jamais ».

L'IDE ne prodiguant « jamais » de conseil de décroissance était invité à se projeter dans ce comportement pour les 3 items suivant tandis que ses collègues répondaient en connaissance de cause.

- 8 IDE sont « plutôt d'accord » ou 2 « tout à fait d'accord » pour considérer les expériences personnelles réussies de décroissances comme éléments favorisant une position de conseil. 1 IDE n'a pas d'avis.
- 9 IDE sont « plutôt d'accord » ou 1 « tout à fait d'accord » pour considérer l'observation de collègues et la constitution de modèle à suivre leur permettant de conseiller la décroissance des BZD. 1 IDE n'a pas d'avis.
- 5 IDE associent « toujours », « souvent » (5 IDE) ou « parfois » (1 IDE) un état d'esprit positif dans cette démarche de décroissance.
- L'influence verbale de collègues, des encouragements éventuellement reçus, dans une démarche de déprescription difficile sont perçus comme « plutôt aidant » pour 7 IDE ou « très aidant » (1 IDE). 2 IDE les considèrent comme « assez peu aidant ». 1 IDE n'a pas répondu.

Un classement général, selon l'équipe infirmière, des obstacles ou des catalyseurs dans la décroissance des BZD permet une hiérarchisation selon un ordre d'importance décroissante. Notons qu'il a été permis aux IDE de classer des éléments ex-aequo. Néanmoins dans le soucis de les départager, des points sont attribués et totalisés selon cette trame pour les obstacles:

premier choix = 6 points

second choix = 5 points

troisième choix = 4 points

etc...⁵⁵

Et selon cette trame pour les catalyseurs :

premier choix = 7 points

second choix = 6 points

troisième choix = 5 points

etc...

Le score total est précisé entre parenthèses. Le tableau 1 de la section Table est donc mis à jour après ce classement :

Obstacles	Catalyseurs
1. Ambivalence perçue du patient ou résistance au changement. (57)	1. Un plus grand dialogue avec les patients pour accroître la compréhension et la prise de décision partagée. (59)
2. Inertie par crainte de conséquences négatives, par exemple un litige. (38)	2. Conseils sur la façon de déprescrire. (53)
2. Peur de l'inconnu, par exemple les conséquences potentielles du sevrage. (38)	3. Confiance pour s'écarter des directives de prescription. (51)
3. Crainte de miner les relations interprofessionnelles. (37)	4. Quantification des bénéfices et des inconvénients des médicaments. (47)
4. Peur d'un effet négatif sur la relation professionnelle avec le patient. (33)	4. Expérience antérieure de déprescription. (47)
5. Manque de temps pour discuter et mettre en œuvre la déprescription avec les patients. (25)	5. Réceptivité des patients à la déprescription. (39)
	6. Capacité à modifier la prescription. (34)

⁵⁵cf. Annexe 6

Quand à envisager de décroître les BZD par l'utilisation d'un protocole, les IDE perçoivent l'outil comme « indispensable » (5 IDE) ou plutôt intéressant (5 IDE). 1 IDE n'a pas répondu. Plus de la moitié d'entre eux (6 IDE disent « OUI ») accordent un caractère décisif à la revalorisation salariale qui en découlerait (contre 4 IDE qui disent « NON »). L'un d'entre eux répond « OUI » et « NON » et l'un ne répond pas.

4. Analyse & Discussion

4.1 Un bilan contrasté

Un contraste de répartition d'abord avec un ratio de presque 1:1 entre la présence d'une prescription de BZD ou son absence. Ce résultat autorise une extrapolation rapide proportionnellement à la file active de l'équipe infirmière du CMP sur 1 année calendaire. Une requête est effectuée auprès du Département d'Information et de Recherche Médicale (DIRM) afin d'évaluer cette file active pour l'année 2021. En y appliquant la part de 47,8% de patients disposant d'une prescription de BZD et les critères d'inclusion retenus dans la partie 2.3, nous retrouvons un total de 1087 patients⁵⁶ soit environ 520 prescriptions potentielles de BZD à questionner. Ce nombre reste à pondérer au regard des limites qui sont discutées au chapitre 4.2 mais rien ne nous permet, non plus, de le minorer de manière significative de part le contexte général décrit dans ce travail.

Une seconde observation notable tient dans l'absence générale de comportements proactifs tracés par les IDE⁵⁷ qui témoigneraient explicitement d'une réduction de l'usage des BZD. Cette observation contraste avec les questionnaires administrés qui renvoient finalement l'image d'une pratique infirmière expérimentée (par une longue durée d'exercice), qui prend en compte et trace presque tout le temps la présence des BZD. Cette absence de transmissions peut s'expliquer à nouveau par les limites de la recherche (cf. partie 4.2), par l'oubli peut-être, mais aussi par :

- une vision paradoxale reconnaissant des prescriptions « plutôt longues » dans la durée et « plutôt claires » dans leur indication sans que celles-ci ne soient assignées à un problème et donc considérées comme telle. La dépendance aux BZD n'est d'ailleurs

⁵⁶ cf. Annexe 9

⁵⁷ cf. Annexe 7

presque jamais évaluée avec l'outil ad hoc cité dans les recommandations de bonnes pratiques (l'ECAB pour rappel) que l'équipe déclare majoritairement connaître cependant.

- l'aspect légal d'une telle pratique en dehors d'un cadre le permettant. Le référentiel de compétences IDE tel qu'il existe à ce jour, précise dans la quatrième compétence : « Mettre en œuvre des actions à visée diagnostique et thérapeutique » et son troisième item, le rôle infirmier attendu nous concernant:
*« Organiser l'administration des médicaments selon la prescription médicale, en veillant à l'observance et à la continuité des traitements »*⁵⁸. Le comportement attendu d'un IDE n'est pas proactif en première intention et peut impliquer une action médicale d'objectivation de la décroissance des BZD. L'équipe infirmière se déclare occasionnellement proactive et remet timidement en question la déprescription des BZD dévolue au corps médical. On note pourtant parmi les réponses aux questions 12, 13, 14 et 15 une capacité à mobiliser presque systématiquement les 4 sources d'auto-efficacité de Bandura. Les IDE se trouvent par conséquent en capacité de créer des situations à même d'entretenir un cycle d'auto-efficacité. Cette proactivité est invisibilisée en l'absence de données tracées ou d'analyse de pratiques professionnelles. Les recherches menées dans ce mémoire ont montré une faible représentation de ce sujet dans la littérature qui corrobore cette invisibilité. Malheureusement, il n'y a d'agentivité sans analyses des pratiques et par conséquent pas ou peu d'auto-efficacité et tout aussi peu de proactivité nous l'avons compris.

Parmi ce bilan, une analyse du tableau (page précédente) est intéressante pour compléter l'approche des comportements IDE dans la déprescription. En opposant l'obstacle perçu comme le plus important : « Ambivalence perçue du patient ou résistance au changement. » avec le premier catalyseur : « Un plus grand dialogue avec les patients pour accroître la compréhension et la prise de décision partagée. », on comprend la prise en compte d'une temporalité (longue) des IDE dans la démarche. D'autant que l'obstacle perçu comme le plus faible est le : « Manque de temps pour discuter et mettre en œuvre la déprescription avec les

⁵⁸Auteurs Collectifs. (2012). *Profession infirmier, recueil des principaux textes relatifs à la formation préparant au diplôme d'État et à l'exercice de la profession*. Berger Levrault. Page 35.

patients. ». Prendre du temps pour conseiller, peser le rapport bénéfices/risques (catalyseurs), pour limiter les conséquences négatives pour le patient, la relation soignant/soigné, les relations interprofessionnelles. Le catalyseur « Capacité à modifier la prescription. » est le moins bien noté du classement et s'ajouterait à la perception d'illégitimité dans la déprescription. Les conseils reçus sur la manière de faire ou la confiance à s'écarter de directives rappellent quant à eux des dispositions à l'auto-efficacité dans la déprescription.

4.2 Limites de l'étude

Des limites sont identifiées dans la recherche qui peuvent en impacter la portée ou la représentativité :

- L'absence de contact avec les médecins généralistes durant l'audit est un souhait. L'idée étant de travailler à partir des éléments tracés par les IDE puis par les psychiatres au besoin. Les résultats de la partie 3.1 sont à estimer avec cette logique, dans une fourchette haute. La méthode considérant le renouvellement systématique des prescriptions jusqu'à preuve du contraire sans prendre en compte donc, l'action de déprescription éventuelle des médecins traitants. De même que l'absence de transmissions infirmières, considérée comme une absence absolue de proactivité lors de la recherche, peut amener à des situations qui ne reflète pas la réalité et mériterait en premier lieu une vérification auprès des professionnels concernés.
- Le format de la recherche est sciemment proposé à l'équipe restreinte du CMP et ses résultats ne sauraient être représentatif du pôle de santé mentale 59G07, de l'EPSM Lille Métropole ou du GHT. Elle visait à interroger, pour cartographier, les écarts entre les pratiques perçues et leur retranscription réelle dans le dossier patient. Elle doit permettre de franchir avec les IDE de cette unité, la première étape d'une recherche qualitative en focus group, ultérieure et consécutive à la création d'un protocole local de coopération par exemple. Une présentation de cette recherche a d'ailleurs été réalisée auprès des professionnels concernés durant le stage.
- La durée de réalisation de l'audit apparaît dans un premier temps comme un biais de sélection non négligeable. Le niveau d'activité d'une équipe de soins varie en fonction de plusieurs paramètres: nombre d'ETP, charge de travail, ... et se traduit en nombre d'actes côtés. Un nombre d'actes moyen est recherché en utilisant de nouveau la

requête formulée auprès du DIRM (cf. partie 2.3). Le total épuré de quelques RDV hors situation de référence infirmière, (centre hospitalier d'Armentières, urgences, cabinet du médecin traitant, ...) dénombre 4946 actes pour l'année 2021. Ce résultat, ventilé sur 52 semaines, représente environ 95 entretiens par semaine soit une moyenne inférieure à notre échantillon.

- La thématique du mémoire a été volontairement peu évoquée (mais pas complètement tue) avant la mise en place de l'enquête pour limiter un biais d'influence. De même, la formulation des questions de l'enquête suggère, peut-être, une vision trop manichéenne entre « bonnes » et « mauvaises » pratiques infirmières, influençant les réponses données par un biais de désirabilité. Ce biais pourrait aussi expliquer en partie certaines réponses paradoxales décrites dans le chapitre 4.1.
- La recherche a ignoré l'approche centrée sur les obstacles et catalyseurs recensés pour le patient afin de construire de prime abord un discours à destination des soignants. Or, Wright DJ et al. (2019) affirment que la méthode de référence combine une sensibilisation du soignant ET du soigné dans la déprescription proactive. La logique retenue dans ce mémoire vise néanmoins à soutenir une nouvelle forme de pratique infirmière à même de pourvoir la recherche en données probantes qui confirmeront ou infirmeront certaines théories ?

4.3 Le protocole de coopération locale dans l'amélioration durable des bonnes pratiques

Des données récoltées secondairement dans l'analyse rétrospective des prescriptions de BZD⁵⁹ suggèrent des axes d'amélioration dont peut se saisir l'équipe infirmière y compris en pratique avancée à travers le protocole local de coopération :

- L'absence de réévaluation psychiatrique pour 3/4 des prescriptions de BZD après 12 semaines. Ce phénomène semble survenir dans la quasi-totalité des cas après le départ récent de 4 médecins psychiatres sur plusieurs mois en l'absence de relais de suivi effectif.
- Des absences de posologie quantifiées dans 7 dossiers, 1 double prescription de BZD ou des posologies en « si besoin » sans éléments d'évaluation quantitative.

⁵⁹ cf. Annexe 7

- La présence de pathologies duelles psychiatriques/addictologiques, traitées avec des posologies de BZD supérieures à la médiane (200 mg d'oxazepam, 12,5 mg de lorazepam).
- Comptant pour le tiers des patients dépassant la durée de l'AMM et pour la quasi-totalité des prescriptions d'oxazepam, les patients âgés de plus de 70 ans mériteraient de bénéficier de l'atout que représente l'EMPPA dans la déprescription des BZD. Ici et là pourtant, des objectifs médicaux visant la réduction des posologies de BZD sont constatés dans les dossiers mais ne rencontrent pas d'écho paramédical.

Ainsi à la question: « *Dans quelle mesure le protocole local de coopération interprofessionnelle peut-il devenir un outil d'amélioration de la pratique infirmière et de développement du leadership de l'IPA ?* » Cette recherche ne permet pas de répondre de manière probante ni de démontrer son efficacité puisqu'il reste à implémenter. Nous pouvons cependant affirmer que ce protocole :

- par l'autonomie, la responsabilité qu'il octroie ou l'incertitude qu'il vise à réduire, inscrit une pratique infirmière dans un processus proactif structuré et sécurisé.
- peut remettre du sens dans les prises en soin en apportant des objectifs de soins infirmiers spécifiques, mesurables, atteignables, réalistes, temporellement définis et tracés dans le dossier patient.
- est une chance pour la relation IDE/médecins psychiatres dans la mise en place d'objectifs co-construits afin de les soutenir autant que faire se peut, et faire face aux problèmes de démographie médicale.
- est une occasion d'aller vers les médecins traitants, en considérant leur rôle établi dans l'algorithme décisionnel du protocole. En instaurant des procédures de communication nécessaires durant son utilisation (courriers, appels téléphoniques, messagerie sécurisée). Pour les médecins qui renouvellent, un appui dans leur rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) peut être considéré.
- est un gain de chance pour la santé de notre patientèle, au regard des risques encourus par l'utilisation prolongée des BZD, quand bien même le protocole ne parviendrait qu'à réduire la dose minimale efficace.
- inscrit la pratique avancée dans un leadership transformationnel par l'accompagnement des IDE vers de nouvelles pratiques. Il place l'IPA parmi les

sources d'auto-efficacité de ses collègues. Il offre un support de discussion et d'analyse de pratique partagée, propre au maintien d'une relation horizontale de sachant à sachant. Il offre des possibilités de recherche et de contribution à l'Evidence Based Nursing.

Tous les membres de l'équipe interrogée jugent d'ailleurs, « indispensable » ou « plutôt intéressant » un outil qui serait en mesure de reconnaître cette délégation de compétence. Assez logiquement, la revalorisation salariale proposée apparaît assez décisive dans la prise de décision.

L'assurance maladie continue d'envisager de son côté des pistes pour diminuer le recours aux BZD⁶⁰. Par le lancement d'un grand plan de pertinence de la prescription de BZD qui se destinerait aux primo-prescriptions chez les 30-65 ans ou aux prescriptions prolongées chez les personnes âgées. Avec une communication axée vers les patients et les prescripteurs et des mesures restrictives associées comme la diminution à 4 semaines de la durée d'emploi autorisée.

⁶⁰ Rapport au ministre chargé de la Sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et des produits de l'Assurance Maladie au titre de 2022 (2021). En ligne. https://assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/2021-07_rapport-propositions-pour-2022_assurance-maladie_1.pdf

Conclusion

Ce mémoire a rappelé, combien la problématique actuelle autour des BZD concerne aussi la communauté infirmière. Concernée dans son rôle attendu certes, mais convoquée également par la nécessité d'appuyer les efforts des pouvoirs publics et amplifier l'action du corps médical en étant plus proactive. Notre recherche a expliqué que nos patients gagneraient à remettre en question régulièrement l'usage de ces traitements. Mais elle pointe également d'autres axes de progrès parmi lesquels, une meilleure communication avec les médecins traitants, une meilleure traçabilité des informations traduisant la prise en compte du problème. La formalisation d'une coopération interprofessionnelle apparaît à la lumière de ce travail comme une perspective conciliant les intérêts majeurs de chaque partie prenante que sont : le patient, le médecin traitant, le psychiatre ou l'infirmier. L'IPA, par un pilotage de cette coopération, impulse la proactivité et accompagne le développement de l'auto-efficacité infirmière. Cette nouvelle forme de pratique doit ouvrir la voie à une recherche qui en mesurera l'impact, alimentera la littérature et contribuera à l'EBN pour mieux asseoir le leadership clinique de l'IPA.

Bibliographie

Articles :

Bateman, T. S., & Crant, J. M. (1993). The proactive component of organizational behavior : A measure and correlates. *Journal of Organizational Behavior*, 14(2), 103-118.

Bénard-Larivière, A., Noize, P., Pambrun, E., Bazin, F., Verdoux, H., Tournier, M., Bégaud, B., & Pariente, A. (2016). Trends in incident use of benzodiazepines and Z-drugs in France from 2006 to 2012 : a population-based study. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, 26(2), 162-169.

Bøgh Andersen, L., Bjørnholt, B., Ladegaard Bro, L., & Holm-Petersen, C. (2018). Leadership et motivation : étude qualitative sur le leadership transformationnel et la motivation de service public. *Revue Internationale des Sciences Administratives*, Vol. 84(4), 697-714.

Courtney-Seidler, E. A., Klein, D., & Miller, A. L. (2013). Borderline personality disorder in adolescents. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 20(4), 425-444.

Farrell, B., Richardson, L., Raman-Wilms, L., de Launay, D., Alsabbagh, M. W., & Conklin, J. (2018). Self-efficacy for deprescribing : A survey for health care professionals using evidence-based deprescribing guidelines. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 14(1), 1825.

Lefebvre-Durel, C., Bailly, I., Hunault, J., Jovic, L., Novic, M., Vorspan, F., Bellivier, F., Drunat, O., & Kerever, S. (2020). Benzodiazepine and Z drug cessation in elderly patients : A qualitative study on the perception of healthcare providers and the place of advanced practice nurses. *International Journal of Mental Health Nursing*, 30(3), 653-666.

Gibbons, R. D., Hur, K., & Quinn, P. D. (2021). Concomitant opioid and benzodiazepine use and risk of suicide attempt and intentional self-harm : Pharmacoepidemiologic study. *Drug and Alcohol Dependence*, 228

Guillou-Landreat, M., Grall-Bronnec, M., Victorri-Vigneau, C., & Venisse, J. L. (2008). Sujets âgés et benzodiazépines : de la consommation à la dépendance. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, 8(46), 9-16.

Grant, A. M., & Ashford, S. J. (2008). The dynamics of proactivity at work. *Research in Organizational Behavior*, 28, 3-34.

Gunderson JG, Herpertz SC, Skodol AE, Torgersen S, Zanarini MC. Borderline personality disorder. *Nat Rev Dis Primer*. juin 2018;4(1):18029

Mathieu, L., Bell, L., Ramelet, A. S., & Morin, D. (2016). Les compétences de leadership pour la pratique infirmière avancée : proposition d'un modèle de développement pour la formation et la pratique clinique. *Revue Francophone Internationale de Recherche Infirmière*, 2(2), 105-113.

Skodol AE, Gunderson JG, Pfohl B, Widiger TA, Livesley WJ, Siever LJ. The borderline diagnosis I: psychopathology, comorbidity, and personality structure. *Biol Psychiatry*. juin 2002;51(12):936-50.

Tschannen-Moran, M., Hoy, A. W., & Hoy, W. K. (1998). Teacher Efficacy : Its Meaning and Measure. *Review of Educational Research*, 68(2), 228.

Wright, D. J., Scott, S., Buck, J., & Bhattacharya, D. (2019). Role of nurses in supporting proactive deprescribing. *Nursing Standard*, 34(3), 4450

Zanarini MC, Frankenburg FR, Hennen J, Reich DB, Silk KR. Axis I Comorbidity in Patients With Borderline Personality Disorder: 6-Year Follow-Up and Prediction of Time to Remission. *Am J Psychiatry*. 1 nov 2004;161(11):2108-14.

Documents en ligne :

« Les benzodiazépines et leurs étoiles » (2021). Réseau des Établissements de Santé pour la Prévention des Addictions (RESPADD). En ligne. <https://www.respadd.org/produits/les-benzodiazepines-et-leurs-etoiles-a3/>

Quelles place pour les benzodiazépines dans l'anxiété ? (2018) Haute Autorité de Santé. Fiche Bon Usage du Médicament. En ligne. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-07/fiche_bum_benzodiazepines_a_nxiete_cd_27062018.pdf#:~:text=Quelle place pour les benzodiazépines dans l'anxiété %3F,de nombreux effets indésirables aux conséquences parfois graves.

La prescription et délivrance de médicaments hors AMM (2020). Fiche pratique. Conseil national de l'Ordre des médecins - Conseil national de l'Ordre des pharmaciens. En ligne. https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/fiche_memo_prescription_et_delivrance_hors_amm.pdf

Rapport au ministre chargé de la Sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et des produits de l'Assurance Maladie au titre de 2022 (2021). En ligne. https://assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/2021-07_rapport-propositions-pour-2022_assurance-maladie_1.pdf

Weill, A., Drouin, J., Desplas, D., Cuenot, F., Dray-Spira, R., & Zureik, M. (2021). Usage des médicaments de ville en France durant l'épidémie de la Covid-19 – point de situation jusqu'au 25 avril 2021. Étude pharmaco-épidémiologique à partir des données de remboursement du SNDS. EPI-PHARE (Groupement d'intérêt scientifique ANSM-Cnam), 27 mai 2021. En ligne <https://www.epiphare.fr/rapports-detudes-et-publications/Covid-19-usage-des-medicaments-rapport->

Haute Autorité de Santé, Service évaluation de la pertinence des soins et Amélioration des pratiques et des parcours , Bilan 2010-2018 des protocoles de coopération. En ligne. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-10/bilan_cooperation_ps_vd.pdf

Ministère des Solidarités et de la Santé (2022), les protocoles nationaux de coopération. En ligne.

<https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/cooperations/cooperation-entre-professionnels-de-sante/article/les-protocoles-nationaux-de-cooperation#La-liste-des-protocoles-nationaux-autorises>

Ouvrages :

Auteurs Collectifs. (2012). *Profession infirmier, recueil des principaux textes relatifs à la formation préparant au diplôme d'État et à l'exercice de la profession*. Berger Levrault.

Bandura, A., Lecomte, J., & Carré, P. (2007). *L'auto-efficacité*. De Boeck.

Hamric, A. B., Hanson, C. M., Tracy, M. F., & O'Grady, E. T. (2013). *Advanced Practice Nursing - E-Book : An Integrative Approach* (5^e éd.). Saunders.

Reynaud, M., Karila, L., Aubin, H. J., & Benyamina, A. (2016). *Traité d'addictologie*. Lavoisier Médecine-Sciences. Pages 745 à 750.

Thèses :

Vaquette, M. (2021) Prescription de benzodiazépines au Centre d'Accueil et de Crise du CHRU de Lille : facteurs influençant l'arrêt à trois mois. Faculté de médecine Henri Warembourg. Université de Lille. France.

Textes législatifs en ligne :

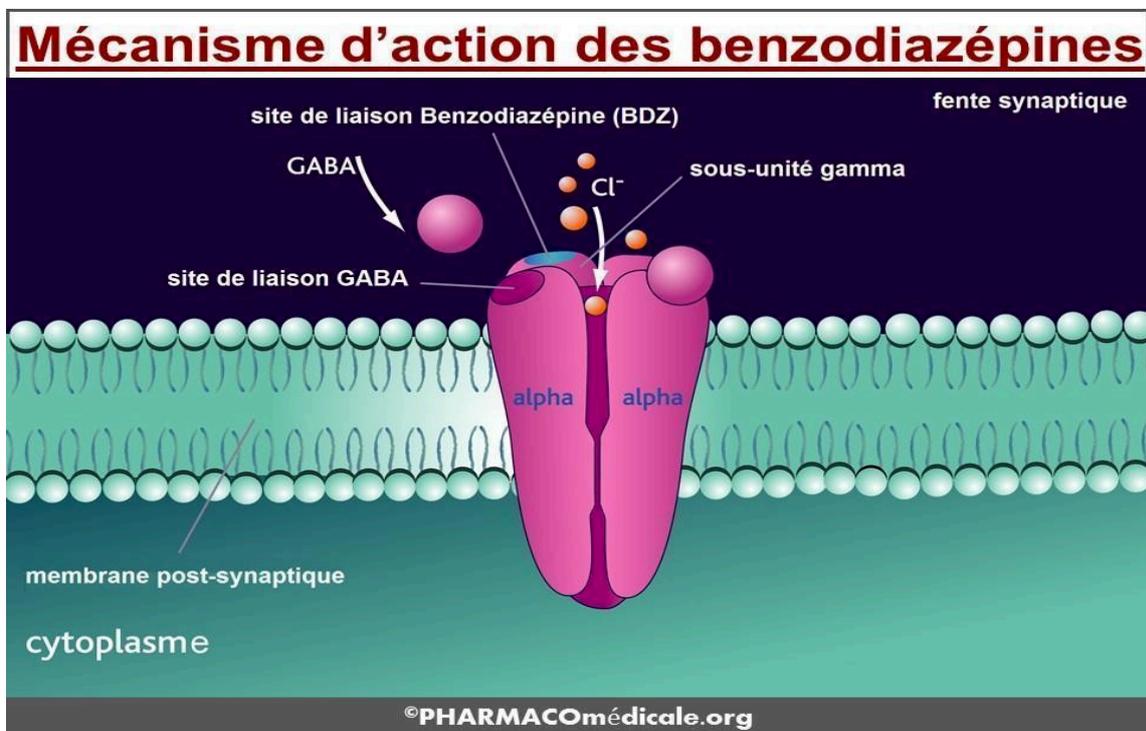
Ministère de la santé et des sports (2009), Article 51 de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires
https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000020879543

Glossaire

AMM	Autorisation de Mise sur le Marché
ARS	Agence Régionale de Santé
ASAP (loi d')	Accélération et Simplification de l'Action Publique
BZD	BenZoDiazépines
CME	Commission médicale d'Établissement.
CSIRMT	Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques
DIRM	Département d'Information et de Recherche Médicale
ECAB	Échelle Cognitive d'Attachement aux Benzodiazépines
EMPPA	Équipe Mobile de Psychiatrie de la Personne Âgée
EPSM	Établissement Public de Santé Mentale
ETP	Équivalent Temps Plein
F2RSM	Fédération Régionale de Recherche en psychiatrie et Santé Mentale
GHT	Groupement Hospitalier de Territoire
HAS	Haute Autorité de Santé
HPST (loi)	Hôpital Patient Santé Territoire
IMV	Intoxication Médicamenteuse Volontaire
IPAPSM	Infirmier de Pratique Avancée en Psychiatrie et Santé Mentale
OTSS (loi d')	Organisation et Transformation du Système de Santé
PM	Prescription Médicale
TCA	Trouble du Comportement Alimentaire
TPL	Trouble de Personnalité Limite

Table

Illustration 1



source: <https://pharmacomedicale.org/medicaments/par-specialites/item/benzodiazepines>

Tableau 1

Obstacles	Catalyseurs
<ul style="list-style-type: none">• Inertie par crainte de conséquences négatives, par exemple un litige.• Peur d'un effet négatif sur la relation professionnelle avec le patient.• Peur de l'inconnu, par exemple les conséquences potentielles du sevrage.• Ambivalence perçue du patient ou résistance au changement.• Manque de temps pour discuter et mettre en œuvre la déprescription avec les patients.• Crainte de miner les relations interprofessionnelles.	<ul style="list-style-type: none">• Réceptivité des patients à la déprescription .• Capacité à modifier la prescription .• Conseils sur la façon de déprescrire.• Quantification des bénéfices et des inconvénients des médicaments.• Confiance pour s'écarter des directives de prescription .• Un plus grand dialogue avec les patients pour accroître la compréhension et la prise de décision partagée.• Expérience antérieure de déprescription.

Table des matières

Introduction générale

1. Introduction & intérêt de l'analyse	1
1.1 Historique.....	1
1.2 Pharmacologie.....	1
1.3 Effets indésirables.....	2
1.4 Recommandations actuelles guidant le prescripteur en France.....	3
1.5 Enjeux socio-économiques et de santé publique.....	4
1.6 État des lieux de la littérature.....	5
1.7 La déprescription proactive.....	5
1.7.1 Le concept de proactivité.....	6
1.7.2 La proactivité au service de la déprescription des BZD.....	8
1.8 Le protocole local de coopération interprofessionnelle.....	11
1.8.1 2009: l'article 51 fondateur de la loi.....	11
Hôpital Patient Santé Territoire (HPST)	
1.8.2 2019: l'article 66 de la loi Organisation et.....	12
Transformation du Système de Santé (OTSS)	
1.8.3 2020 : l'article 97 de la loi Accélération.....	12
et Simplification de l'Action Publique (ASAP)	
1.9 L'auto-efficacité selon Albert Bandura.....	13
1.10 Le leadership clinique.....	17
2. Récit de situation complexe et authentique	19
2.1 Contexte de la situation rencontrée.....	20
2.2 La situation clinique complexe et authentique.....	21
2.3 A la recherche de comportements proactifs.....	25
2.4 Questionnaire d'enquête à l'attention de la pratique infirmière.....	27
3. Pratiques effectives et perceptions	27
3.1 Le compte-rendu de l'audit.....	28
3.2 Les conclusions de l'enquête.....	29
4. Analyse & Discussion	32
4.1 Un bilan contrasté.....	32
4.2 Limites de l'étude.....	34
4.3 Le protocole de coopération locale dans l'amélioration durable.....	35
des bonnes pratiques.	

Conclusion

Bibliographie

Glossaire

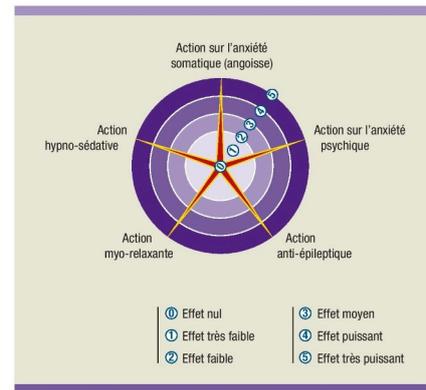
Table

Table des matières

Annexes

Les benzodiazépines et leurs étoiles

ANNEXE 1



alprazolam 0,5 mg
Xanax®



bromazepam 12 mg
Lexomil®



brotizolam 0,25 mg



clobazam 20 mg
Likozam®, Urbanyl®



clonazepam 2 mg
Ritrovil®



clorazepate 15 mg
Tranxène®



clotiazepam 10 mg
Veratran®



cloxazolam 2 mg



diazepam 10 mg
Valium®



flunitrazepam 4 mg
Rohypnol®



flurazepam 3 mg



ketazolam 45 mg



loflazepam 2 mg
Victan®



loprazolam 2 mg
Havlane®



lorazepam 2,5 mg
Temesta®



lormetazepam 2 mg
Noctamid®



nitrazepam 5 mg
Mogadon®



nordazepam 10 mg
Nordaz®



oxazepam
Seresta®



prazepam
Lysanxia®



temazepam 10 mg
Normison®



temazepam 20 mg
Normison®



triazolam
Halcion®



zolpidem 10 mg
Stilnox®



zopiclone 7,5 mg
Imovane®

Lieu de santé sans tabac

respadd
RÉSEAU DE PRÉVENTION DES ADDICTIONS

LSPS
RÉSEAU FRANÇAIS
LIEUX DE SANTÉ PROMOTEURS DE SANTÉ

International Network of
Health Promoting Hospitals
& Health Services

Modalités d'arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés chez le patient âgé

Octobre 2007

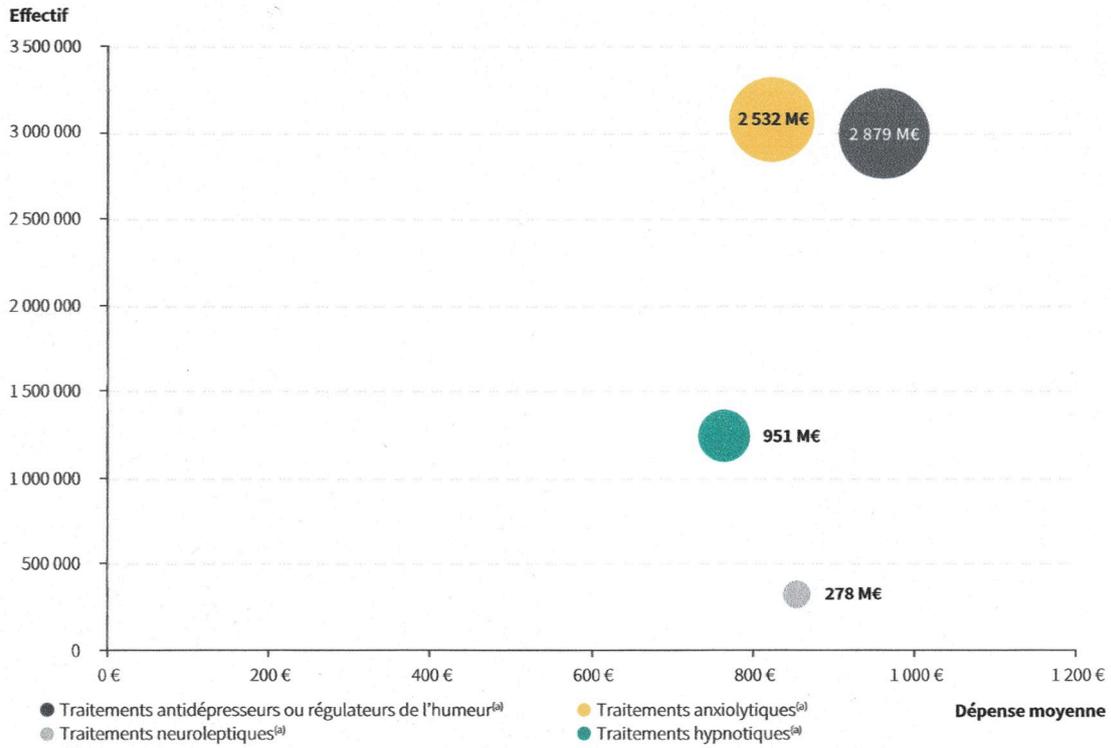
Échelle ECAB

Échelle ECAB		
Échelle cognitive d'attachement aux benzodiazépines (attribuer 1 point en cas de réponse « vrai », sauf question 10 = 1 point en cas de réponse « faux »)		
Les questions ci-dessous concernent certaines idées que vous pouvez avoir sur les médicaments tranquillisants et/ou somnifères que vous prenez.		
Si une proposition correspond à ce que vous pensez, cochez la case « vrai » ; cochez la case « faux » dans le cas contraire.		
Il est indispensable de répondre à toutes les propositions avec une seule réponse « vrai » ou « faux », même si vous n'êtes pas très sûr(e) de votre réponse.		
Nom du médicament concerné :		
	Vrai	Faux
1. Où que j'aille, j'ai besoin d'avoir ce médicament avec moi.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
2. Ce médicament est pour moi comme une drogue	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
3. Je pense souvent que je ne pourrai jamais arrêter ce médicament...	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
4. J'évite de dire à mes proches que je prends ce médicament.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
5. J'ai l'impression de prendre beaucoup trop de ce médicament.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
6. J'ai parfois peur à l'idée de manquer de ce médicament.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
7. Lorsque j'arrête ce médicament, je me sens très malade.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
8. Je prends ce médicament parce que je ne peux plus m'en passer.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
9. Je prends ce médicament parce que je vais mal quand j'arrête.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
10. Je ne prends ce médicament que lorsque j'en ressens le besoin.....	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1

Le questionnaire ECAB est constitué de 10 items cotés 1 ou 0. Le score total au questionnaire est obtenu par la somme des points aux différents items. Un score ≥ 6 permet de différencier les patients dépendants des patients non dépendants avec une sensibilité de 94 % et une spécificité de 81 %.

FIGURE 75

Traitements psychotropes^(a) – Effectifs, dépenses remboursées moyennes par patient et dépenses totales en 2019



(a) Hors pathologies

Note de lecture: la taille de la bulle est proportionnelle au montant des dépenses remboursées affecté à chaque pathologie, traitement ou événement de santé représenté sur le graphique (en millions d'euros). Par exemple, en 2019, les dépenses remboursées au titre des traitements neuroleptiques (hors pathologies) représentent 278 millions d'euros.

Champ: tous régimes – France entière

Source: Cnam (cartographie – version de juillet 2021)

PROTOCOLES LOCAUX DE COOPÉRATION

MODE D'EMPLOI

Un protocole de coopération permet un transfert d'activités, d'actes de soins ou de prévention entre professionnels médicaux et paramédicaux, suite à une formation.

Les protocoles de coopération nationaux sont encadrés par arrêté, qui définit de manière stricte :

- La profession du délégant et du délégué.
- L'acquisition des compétences exigées pour la mise en œuvre du protocole.
- Les actes ou activités dérogatoires aux conditions légales d'exercice, uniquement prévus par le protocole.
- Les critères d'inéligibilité pour les patients ne pouvant être pris en charge dans le protocole.
- Les lieux possibles de mise en œuvre.



Qu'est-ce qu'un protocole de coopération local ?

■ Il est cependant prévu par les textes la possibilité de créer de nouveaux protocoles, **au seul usage de l'équipe promotrice**, afin de trouver de nouvelles modalités organisationnelles sont pertinentes pour la situation rencontrée. Ce sont les protocoles de coopération locaux (article D. 4011-4-1 du code de la santé publique).

Le CNCI (comité national des coopérations interprofessionnelles) a la possibilité d'envisager la généralisation de ce pro-

tocole au niveau national, s'il s'avère particulièrement pertinent dans sa phase de mise en œuvre locale. Il mènera en ce cas un travail conjoint avec la HAS avant généralisation du protocole.

Il est possible de créer des protocoles locaux en établissement de santé, au sein d'un GHT, ou encore dans des structures d'exercice coordonnée en ville (ESP, MSP, CDS, CPTS) et des établissements et services médico-sociaux (ESMS).



Comment créer un protocole local ?

POUR CRÉER UN PROTOCOLE LOCAL DE COOPÉRATION, PLUSIEURS ÉTAPES SONT À RESPECTER

1. Pour tout type de structure :

Élaboration du protocole de coopération local, en respectant les exigences essentielles de qualité et de sécurité prévues à l'article 5. 4011-1 du Code de la Santé Publique.

Ce protocole peut porter sur tous les actes ou thématiques que les professionnels jugeront pertinents.

Retrouvez à la fin de cette fiche une grille d'aide à l'élaboration d'un protocole local.

2. Si vous êtes un établissement de santé ou un GHT :

Présentation du protocole de coopération local à la CME (ou à la commission médicale de groupement le cas échéant si le protocole est prévu à l'échelle du GHT), ainsi qu'à la commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotéchniques.

3. Si vous êtes un établissement de santé ou un GHT :

Rendu de l'avis de la CME et de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotéchniques.

Décision d'autorisation du directeur général de l'établissement ou du GHT pour la mise en œuvre du protocole dans l'établissement.

4. Pour tout type de structure :

Déclaration de la mise en œuvre du protocole par le directeur général de l'établissement ou du GHT, ou par le responsable de la structure d'exercice coordonné ou de l'ESMS au directeur général de l'Agence Régionale de Santé, via le site : <https://www.demarches-simplifiees.fr/commencer/protocole-locale-declaration-modification-d-equipe-coop-ps>

Cette déclaration consiste à déposer sur la plateforme :

- Le protocole et ses annexes.
- Pour chaque membre de l'équipe volontaire, l'accord d'engagement daté et signé, une copie de la pièce d'identité, le numéro d'enregistrement au tableau ordinal ou le fichier professionnel spécifique et son justificatif et l'attestation sur l'honneur de l'acquisition des compétences exigées pour la mise en œuvre du protocole.

La date de déclaration du protocole constitue la date de mise en œuvre effective du protocole.

5. Si vous êtes un établissement de santé, un GHT ou un ESMS :

Information de la commission des usagers ou du conseil de la vie sociale sur la mise en œuvre du protocole local et transmission de l'avis de la commission sur cette mise en œuvre au directeur général de l'Agence Régionale de Santé.



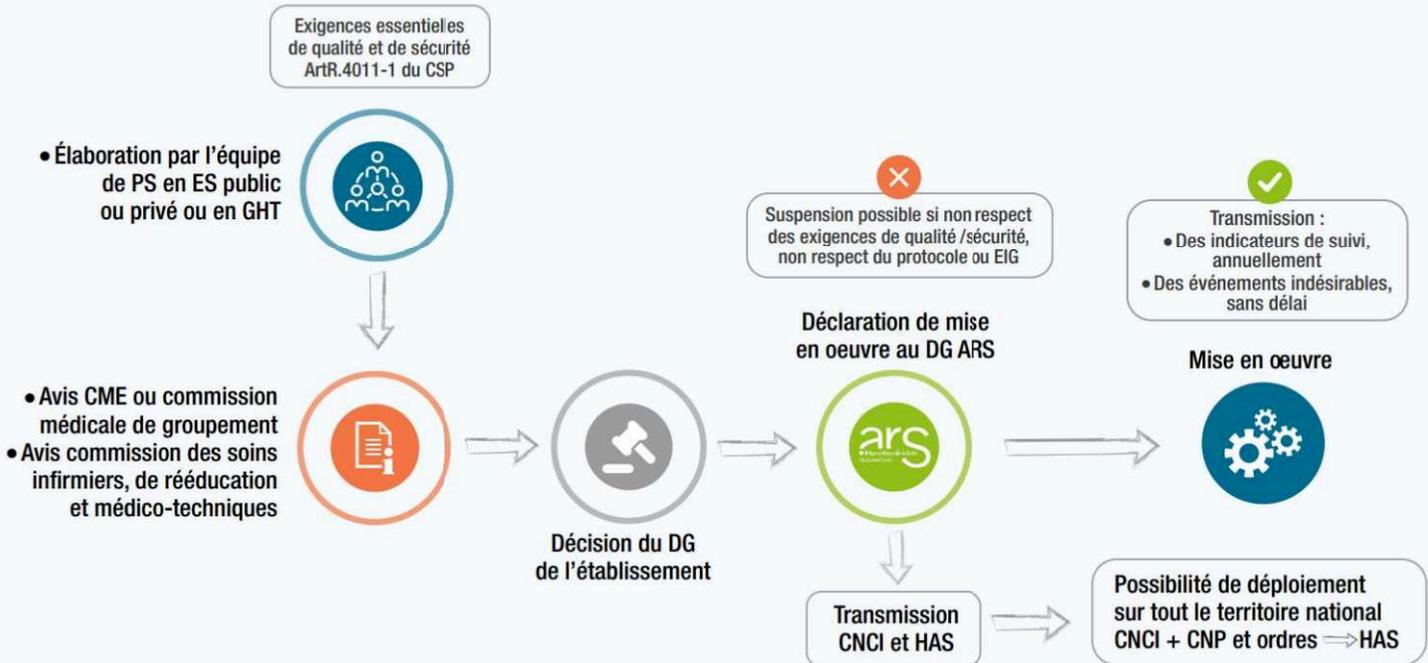
Comment est suivie la mise en œuvre du protocole local ?

Le directeur de l'établissement ou le responsable de la structure transmet annuellement, au directeur général de l'Agence Régionale de Santé, les données relatives aux indicateurs de suivi des protocoles locaux, au moyen de la plateforme www.démarches.simplifiées.fr.

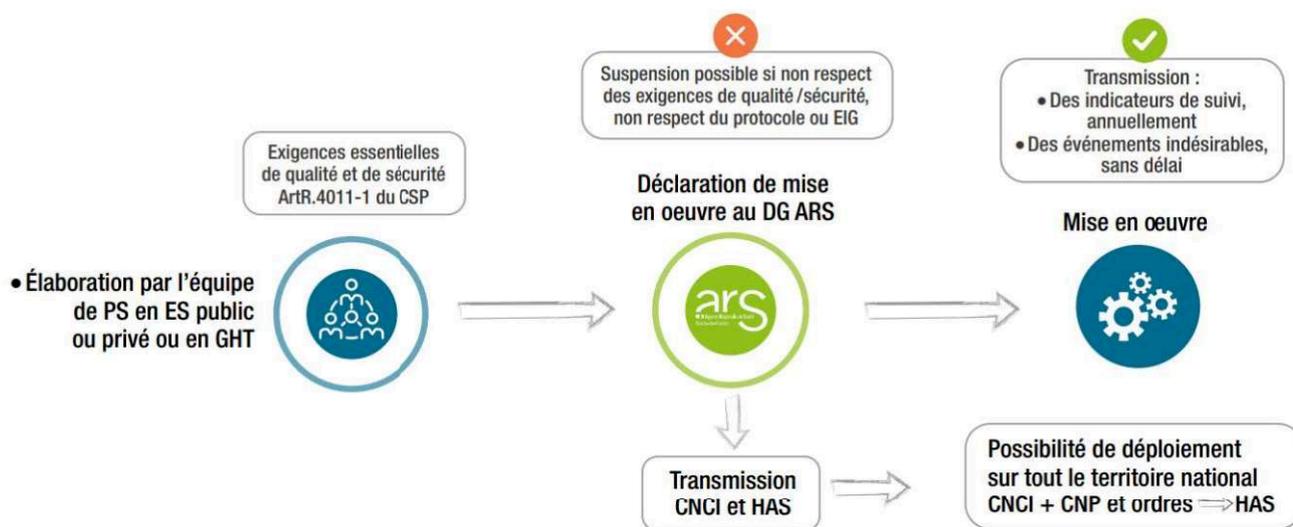
Ces indicateurs doivent contenir à minima :

- Le nombre de patients pris en charge au titre du protocole.
- Le taux de reprise par les professionnels de santé délégués (nombre d'actes réalisés par le déléguant sur appel du délégué / nombre d'actes réalisés par le délégué).
- La nature et le taux d'évènements indésirables s'il y a lieu.
- Le taux de satisfaction des professionnels de santé adhérents au protocole, évalué via un questionnaire dédié.

Parcours d'un protocole local en ES



Parcours d'un protocole local en structure d'exercice coordonné en ville (ESP, MSP, CDS, CPTS) et établissement médico-social



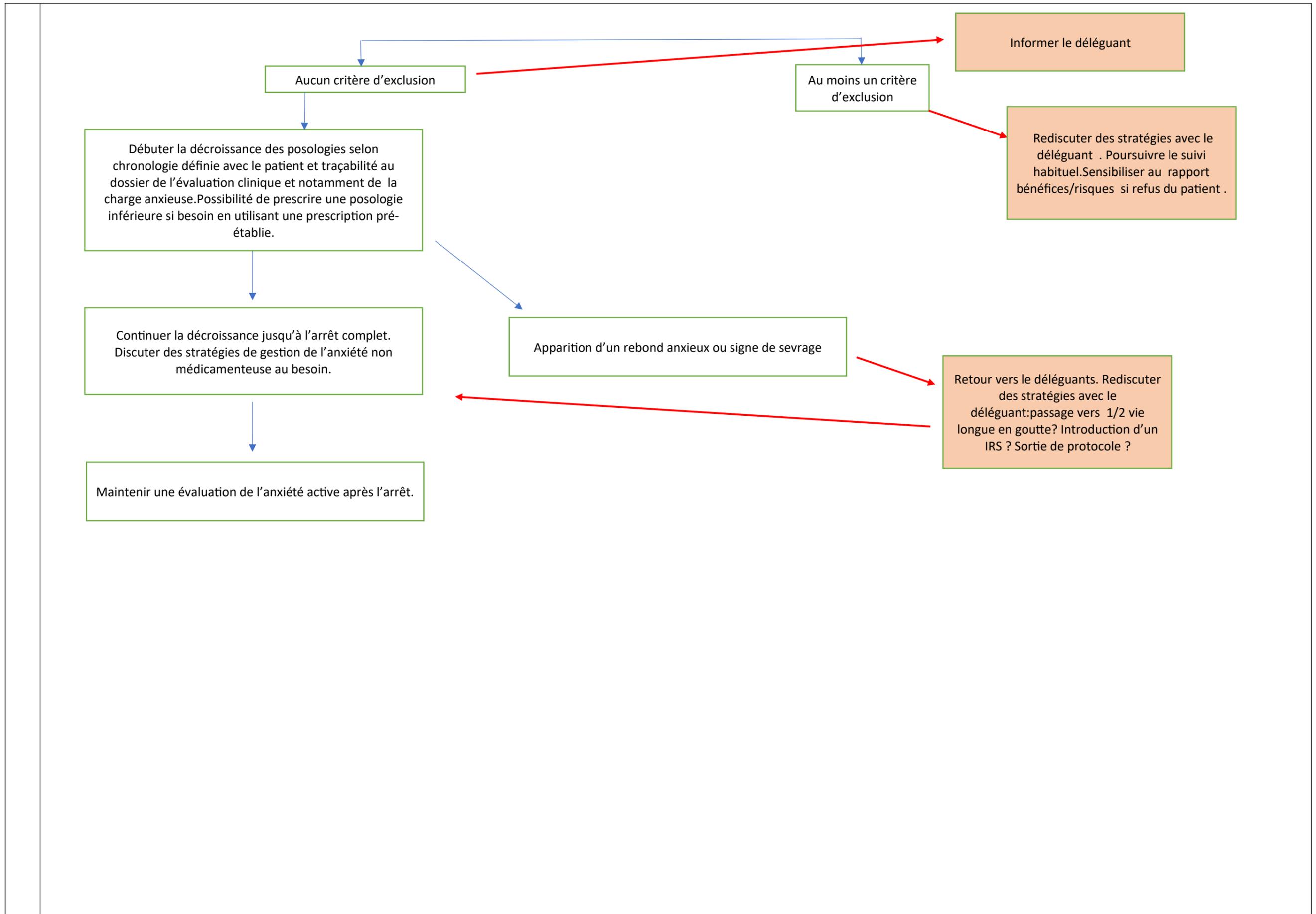
Vos référents territoriaux de proximité ARS et CPAM pourront vous renseigner plus précisément sur la marche à suivre pour l'élaboration d'un protocole local.

Si vous avez besoin d'informations complémentaires, contactez-nous à l'adresse suivante: ars-hdf-protocoles-de-cooperation@ars.sante.fr

Grille d'élaboration d'un protocole local de coopération inter professionnelle		Indexation des annexes
<p>Fondé sur les exigences de qualité et de sécurités des protocoles de coopération entre professionnels de santé précisées par le décret du 27 décembre 2019 https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000039684544/ et après s'être assuré du caractère dérogatoire des actes décrits dans le protocole</p>		<p>Attention certaines annexes sont obligatoires, cf. tableau récapitulatif infra</p>
I	<p>1. Intitulé du protocole</p> <p>« Consultation infirmière pour la déprescription des benzodiazépines (BZD) chez les patients bénéficiant de soins ambulatoires en psychiatrie et santé mentale. »</p>	
II	<p>2. Présentation générale du protocole et de son contexte de mise en œuvre</p> <p><u>Objectifs de mise en œuvre :</u></p> <p>L'objectif est de systématiser un comportement proactif des infirmiers dans la déprescription des BZD pour contribuer au respect des bonnes pratiques dans la conduite de ces traitements. cf ANNEXE 1</p> <p><u>Patients et pathologie(s) concernés par le protocole :</u></p> <p>Pour tout patient bénéficiant de soins ambulatoires en psychiatrie et santé mentale (PSM) acceptant une réduction de ces thérapeutiques. Toute pathologie rencontrées en PSM.</p> <p><u>Intervalle d'âge des patients</u></p> <p>15-99 ans</p> <p><u>Professionnels concernés</u></p> <p>Qualification professionnelle et éventuellement spécialité des délégués : médecin psychiatre Qualification professionnelle et éventuellement spécialité des délégués : infirmier.ère diplômé.e d'État</p> <p><u>Lieux de mise en œuvre (établissement de santé ou médico-social, structure de soins de ville, domicile des patients...):</u></p> <p>Tout lieu de soin ambulatoire en PSM = domicile du patient, CMP, CATTP</p>	<p>Annexe n° X le cas échéant : objectifs généraux, contexte et présentation du protocole</p> <p>ANNEXE 1 = partie introductive du mémoire de B. Dujardin IPA</p>
III	<p>3. Critères d'inclusion des patients (définir précisément tous les critères)</p> <p><u>Critère 1 :</u> patient observant un traitement par BZD depuis plus de 12 semaines. <u>Critère 2 :</u> patient d'accord pour la décroissance de son traitement.</p>	<p>Annexe 2 : Formulaire de vérification des critères d'éligibilité du patient, d'information du patient et de recueil de son consentement au protocole</p>
	<p>4. Critères de non-inclusion des patients (ces critères peuvent être liés à la présence de complications de la pathologie concernée ou à d'autres facteurs)</p> <p><u>Critère 1 :</u> patient présentant des antécédents de crise convulsive lors d'un sevrage. <u>Critère 2 :</u> patient observant un traitement avec des BZD dans le cadre d'une pathologie épileptique. <u>Critère 3 :</u> patient bénéficiant déjà d'un suivi actif en addictologie dans le cadre d'un sevrage aux BZD</p>	

		<p><u>Critère 4</u> : patient observant un traitement apparenté aux BZD, à visée hypnotique, dans le cadre de troubles du sommeil (nécessité de créer un protocole dédié basé sur des critères spécifiques à ces molécules).</p> <p><u>Critère 5</u> : patient présentant manifestement un trouble anxieux modéré à sévère avec une cotation supérieure à 25 à l'échelle de Hamilton.</p> <p><u>Critère 6</u> : patient en refus de décroissance de posologie de ses BZD</p> <p><u>Critère 7</u> : patient NON suivi par un psychiatre signataire du protocole</p>											
	<p>5. Organisation de l'inclusion et modalités d'information et d'accord des patients (ou celui de l'entourage pour les mineurs et les personnes sous mesure de protection¹ si inclus)</p>	<p><u>Préciser à quel moment, comment et par qui s'effectue l'inclusion</u> :</p> <p>L'inclusion se déroulera au décours d'un entretien avec personnel médical et/ou para-médical référent auprès du patient. L'initiative de la démarche sera donc à l'appréciation du psychiatre référent (mise en place d'objectifs de soin sur prescription avec délégation) mais également à l'initiative de l'IDE référent dans un esprit de proactivité (dans le cadre de la délégation). Dans ce dernier cas, l'IDE référent informera le psychiatre référent de la l'entrée en décroissance dans le cadre du protocole (de vive voix, par appel téléphonique, mail anonymisé).</p> <p><u>Modalités d'information et de recueil du consentement <input type="checkbox"/> oral ou <input type="checkbox"/> écrit, modalités de retour au délégant en cas de non inclusion :</u></p> <p>Une transmission ciblée « Décroissance des BZD » sera créée dans le dossier. Y figureront l'accord oral donné par le patient, un état clinique de base décrivant l'état anxieux avant l'initiation de la décroissance afin de situer un éventuel rebond anxieux.</p>											
<p>IV</p>	<p>6. Description synthétique par un algorithme du parcours du patient dans le cadre du protocole incluant l'inclusion, les étapes de prise en charge, la réorientation vers le délégant ou le recours à une procédure d'urgence en cas d'identification d'un critère d'exclusion ou d'événement intercurrent...</p> <p>Ci-contre exemple d'algorithme à titre indicatif, à compléter ou modifier selon les spécificités propres à chaque projet de protocole</p> <p><i>Si le protocole comprend plusieurs parcours, décrivez chaque sous-parcours par un algorithme distinct afin d'éviter les algorithmes trop complexes</i></p> <div style="text-align: center; margin: 20px 0;"> <div style="border: 1px solid green; padding: 5px; display: inline-block; margin-bottom: 10px;">Proposition d'inclusion au protocole émanant du psychiatre référent ou de l'IDE référent</div> <div style="margin-left: 100px;">↓</div> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Présence de critères guidant la prise en charge ou alertant sur une exclusion du protocole</th> <th>OUI</th> <th>NON</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Critère 1 patient présentant des antécédents de crise convulsive lors d'un sevrage.</td> <td></td> <td>x</td> </tr> <tr> <td>Critère 2 patient observant un traitement avec des BZD dans le cadre d'une pathologie épileptique.</td> <td></td> <td>x</td> </tr> <tr> <td>Critère 3 etc ...</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <div style="margin-left: 100px; margin-top: 10px;">↓</div> </div> <div style="text-align: right; margin-top: 20px;"> <div style="background-color: #4a7ebb; color: white; padding: 5px; display: inline-block;">Exemple de grille d'entretien avec le patient</div> </div>	Présence de critères guidant la prise en charge ou alertant sur une exclusion du protocole	OUI	NON	Critère 1 patient présentant des antécédents de crise convulsive lors d'un sevrage.		x	Critère 2 patient observant un traitement avec des BZD dans le cadre d'une pathologie épileptique.		x	Critère 3 etc ...		
Présence de critères guidant la prise en charge ou alertant sur une exclusion du protocole	OUI	NON											
Critère 1 patient présentant des antécédents de crise convulsive lors d'un sevrage.		x											
Critère 2 patient observant un traitement avec des BZD dans le cadre d'une pathologie épileptique.		x											
Critère 3 etc ...													

¹ Dans le respect des dispositions de l'article L. 1110-4 du CSP https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000036515027/



	<p>7. Liste de toutes les dérogations envisagées : lister tous les actes et activités dérogatoires aux décrets de compétences des délégués prévus pour la mise en œuvre du protocole, de préférence selon un déroulé chronologique. Pour chaque dérogation, rédiger une annexe comprenant l'arbre décisionnel associés aux documentations et outils nécessaires : ordonnances préétablies, fiches d'information ou de conseils, programme de formation si le choix est fait de segmenter la formation dérogation par dérogation</p> <p><i>Nb : les dérogations peuvent porter sur la réalisation d'examens cliniques ou complémentaires, la réalisation de tests, la prescription d'examens complémentaires ou de traitements hors compétences des délégués, sans oublier celles relatives aux entretiens avec les patients</i></p>	<p><u>Dérogation 1</u> : Rédaction de prescription pré-établie par psychiatre déléguant pour adaptation posologique décroissante des traitements avec BZD.</p> <p><u>Dérogation 2</u> :</p> <p><u>Dérogation n</u> :</p> <p>...</p>	<p>Annexe 3 à x : pour chaque dérogation, <input type="checkbox"/> arbre décisionnel guidant pas à pas l'intervention des délégués en associant une action à chaque situation identifiée sans que les délégués puissent effectuer un diagnostic ou un choix thérapeutique non prévus dans le protocole (cf. exemple infra)</p> <p>⑨ Ordonnance(s) type de prescription des examens complémentaires et traitements envisagés, fiches de conseils pour les patients et (si le choix en est fait) programme de formation spécifique à la dérogation...</p> <p><u>ANNEXE = prescription pré-établie n'autorisant que la réduction posologique</u></p> <p>Annexe x (optionnelle) : Tableau récapitulatif des normes attendues en cas d'interprétation de résultats par les délégués</p> <p><u>Rédaction d'un planning prévisionnel de décroissance</u></p>
V	<p>8. Modalités envisagées pour le partage des données de santé et la coopération entre délégants et délégués.</p>	<p><u>Modes de collecte, de traçabilité et de partage des données de santé entre délégants et délégués</u></p> <p><u>Outils utilisés</u> :logiciel Cariatides</p> <p><u>Dossier utilisé</u> : informatique</p> <p><u>Si dossier informatique, Identifiant et mots de passe personnels</u> : oui</p>	
	<p>9. Modalités de transmission des informations à l'ensemble des professionnels de santé concernés par la prise en charge du patient afin d'assurer la continuité des soins : au médecin traitant, s'il n'est pas le déléguant, et aux autres professionnels de santé</p> <p><i>Prioriser un cadre sécurisé de transmission</i></p>	<p><u>Envoi d'une fiche d'information par voie postale au médecin traitant déclaré l'informant de l'existence du protocole de coopération et de l'inclusion du patient. Envoi joint du calendrier prévisionnel de décroissance dans le cas ou le médecin traitant renouvelerait les BZD</u></p>	<p>Annexe (s) n° X le cas échéant</p> <p>-Modèle type de courrier de transmission au médecin traitant</p> <p>-Modèle type de courrier de transmission aux autres professionnels de santé</p>
VI	<p>10. Conditions d'expérience professionnelle et de formation complémentaire théorique et pratique requises des professionnels délégués</p> <p>Le programme de formation doit être validé par le délégué avant la mise en œuvre du protocole</p>	<p><u>Prérequis : qualification (diplôme) et expérience professionnelle (durée et lieu d'expérience) des délégués</u></p> <p><u>Diplôme d'État infirmier avec expérience supérieure à 3 ans en soins ambulatoires.</u></p> <p><u>Formation théorique : durée et contenu si possible validés par les CNP concernés :</u></p> <p>Compétences à acquérir en rapport avec les actes et activités délégués :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Évaluation de l'anxiété en utilisant l'échelle de Hamilton - Connaître en détail les recommandations de bonnes pratiques qui guident l'utilisation des BZD et notamment le rythme de décroissance théorique souhaitable. - Savoir identifier les molécules de BZD selon appellation commerciale et DCI - Savoir reconnaître les signes de sevrage en BZD - Connaître les stratégies de gestion non médicamenteuses de l'anxiété. 	<p>Le programme de formation peut</p> <ul style="list-style-type: none"> - Soit être décrit ici pour l'ensemble du protocole - Soit présenté de façon spécifique à chaque dérogation dans les annexes relatives aux arbres décisionnels

		<p>Objectifs pédagogiques : à la fin de la formation le délégué sera capable de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - citer les principaux signes d'un sevrage aux BZD - reconnaître alternativement une BZD par son appellation commerciale et sa DCI - citer les recommandations actuelles qui guident la prescription de BZD. - proposer une orientation vers l'équipe pluri-professionnelle si besoin de mettre en place une gestion non médicamenteuse de l'anxiété. - Déroulement en précisant la durée de chaque phase et la durée totale de la formation, qualification professionnelle ou spécialité du formateur - Évaluation de l'acquisition des compétence et modalités de validation (<i>qui valide ; quel type de validation</i>) - Critères de validation <p><u>Formation pratique</u> : modalités, nombre d'heures estimé, modalités de validation :</p> <p><u>Maintien des compétences</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre minimal de patients (ou d'actes) devant être pris en charge sur une période à définir pour le maintien des compétences : - Modalités de formation continue : 	
VII	<p>11. Disponibilité et interventions requises du professionnel délégant Les critères d'alerte spécifiques à chaque dérogation par le délégué au délégant pour supervision ou réorientation doivent être indiqués dans chaque arbre décisionnel, en précisant les délais de prise en charge</p>	<p><u>Mode d'organisation en équipe pour assurer la disponibilité d'un nombre suffisant de délégants :</u> nécessité d'avoir 2 médecins signataires afin d'assurer un relais si absence, notamment dans le cas de retour vers psychiatre décrit dans l'algorithme.</p> <p><u>Mode d'organisation en cas d'absence programmée et non programmée du délégant/du délégué :</u> pas de délégation possible hors professionnel référent et signataire. Voir si nécessité de proposer une co-référence IDE au patient ou allongement de la durée théorique planifiée pour temporiser l'absence.</p> <p><u>Modalités de supervision par le délégant :</u> Audit de dossier patient avec l'appui de l'encadrement si nécessaire</p> <p><u>Critères d'alerte généraux au délégant et de réorientation par le délégué vers le délégant en sus des retours au délégant prévus par les arbres décisionnels, en précisant les délais (ex : difficultés de coordination, dégradation rapide de l'état du patient, demande du patient de sortie du protocoles...) :</u></p> <p><u>Modalités de gestion des urgences (mode de contact, délai d'intervention, conduite à tenir en cas de délégant absent ou non joignable)</u></p>	<p>Annexe(s) n° X (optionnelle) Fiches pratiques de conduite(s) à tenir en cas d'urgence avec définition des facteurs de gravité</p>
VIII	<p>12. Principaux risques liés à la mise en œuvre du protocole. Procédure d'analyse des pratiques et de gestion des risques.</p>	<p><u>Risques identifiés à chaque étape de la mise en œuvre du protocole, en indiquant les mesures préventives prévues pour chaque risque identifié :</u></p> <p>Risque de sevrage en BZD Risque de rebond anxieux</p> <p><u>Périodicité des réunions de coordination et d'analyse de pratiques délégants/délégués</u></p> <p>Rencontre dès que nécessaire si situation dépendante</p>	

	<p>13. Gestion des événements indésirables (<i>Prioriser une organisation en équipe</i>)</p>	<p><u>Modalités de recueil des évènements indésirables</u> Réalisation d'une fiche d'évènement indésirable (FEI) <u>Modalités d'analyse et de traitement des évènements indésirables</u> Application de la procédure de traitement de la FEI</p>	
IX	<p>14. Indicateurs de suivi. Seuls les cinq indicateurs signalés par une étoile* sont obligatoires (articles D. 4011-4-1 et D. 4011-4-2 du CSP). Le cas échéant, préciser les valeurs attendues et ajouter des indicateurs spécifiques au protocole. <i>Nb : un évènement indésirable associé aux soins (EIAS) est un évènement inattendu qui perturbe ou retarde le processus de soin, ou impacte directement le patient dans sa santé.</i></p>		

Récapitulatif des annexes

Annexe 1	Objectifs généraux, contexte et présentation générale du protocole (optionnel)
Annexe 2	Formulaire de vérification des critères d'éligibilité au protocole et de recueil du consentement du patient
Annexe 3 à x	Arbres de décisions pour chaque dérogation pouvant comprendre les ordonnances préétablies, des fiches de conseils aux usagers, le programme de formation spécifique à cette dérogation
Annexe x	Tableau récapitulatif des normes attendues (optionnel)
Annexe x	Modèle type de courrier d'orientation par le délégué à un autre PS que le déléguant
Annexe x	Questionnaire pour le recueil de la satisfaction des professionnels de santé

Annexe 1. Objectifs généraux, contexte et présentation générale du protocole

Contexte

Objectifs de mise en œuvre

Conditions de succès

Annexe 2. Formulaire de vérification des critères d'éligibilité au protocole et de recueil du consentement du patient

Grille de vérification de l'éligibilité au protocole établie d'après la liste des critères d'inclusion et d'exclusion au protocole. Il est également possible d'établir deux tableaux à compléter successivement, un pour les critères d'inclusion et un autre pour les critères d'exclusion.

	Déléguant		Délégué	
	OUI	NON	OUI	NON
Patient en dehors de l'intervalle d'âge prévu par le protocole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Critères d'exclusion 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Critère d'exclusion 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Critère d'exclusion 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Critère d'exclusion laissé à la seule appréciation du déléguant x...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Critère d'exclusion x...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si une seule croix est dans les colonnes OUI, le patient n'est pas éligible au protocole

Fiche d'information et de recueil du consentement du patient (exemple donné à titre indicatif)

Madame, Monsieur,

Dans le cadre de l'équipe constituée autour de votre médecin, il vous est proposé d'être pris en charge par un [profession du délégué]* spécifiquement formé dans le cadre d'un protocole de coopération « [intitulé du protocole]. Cette prise en charge a pour but d'assurer une réponse adaptée à vos besoins de santé...

Ce protocole de coopération a été spécifiquement autorisé par le directeur général de l'établissement / inscrit au projet de santé de la MSP / CDS / CPTS et il a été déclaré auprès du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé. Son détail peut vous être remis sur simple demande.

Dans le cadre de cette prise en charge le [profession du délégué] pourra réaliser en lien avec le médecin les actes et activités suivants :

-
-
...

Il contactera le médecin chaque fois que nécessaire pour décider de la conduite à tenir. Celui-ci le conseillera et interviendra auprès de vous s'il le juge nécessaire.

En signant ce document vous donnez votre consentement pour être pris en charge dans le cadre du protocole. Ce consentement sera consigné dans votre dossier médical. Il vous sera bien entendu possible de revenir à tout moment sur ce consentement. Si vous refusez, cela ne modifiera pas vos relations avec votre médecin.

Accord du patient : oui

Signature du patient ou de son représentant légal :

- Nom de la personne qui a informé le patient et recueilli son consentement :

- Qualité :

- Signature :

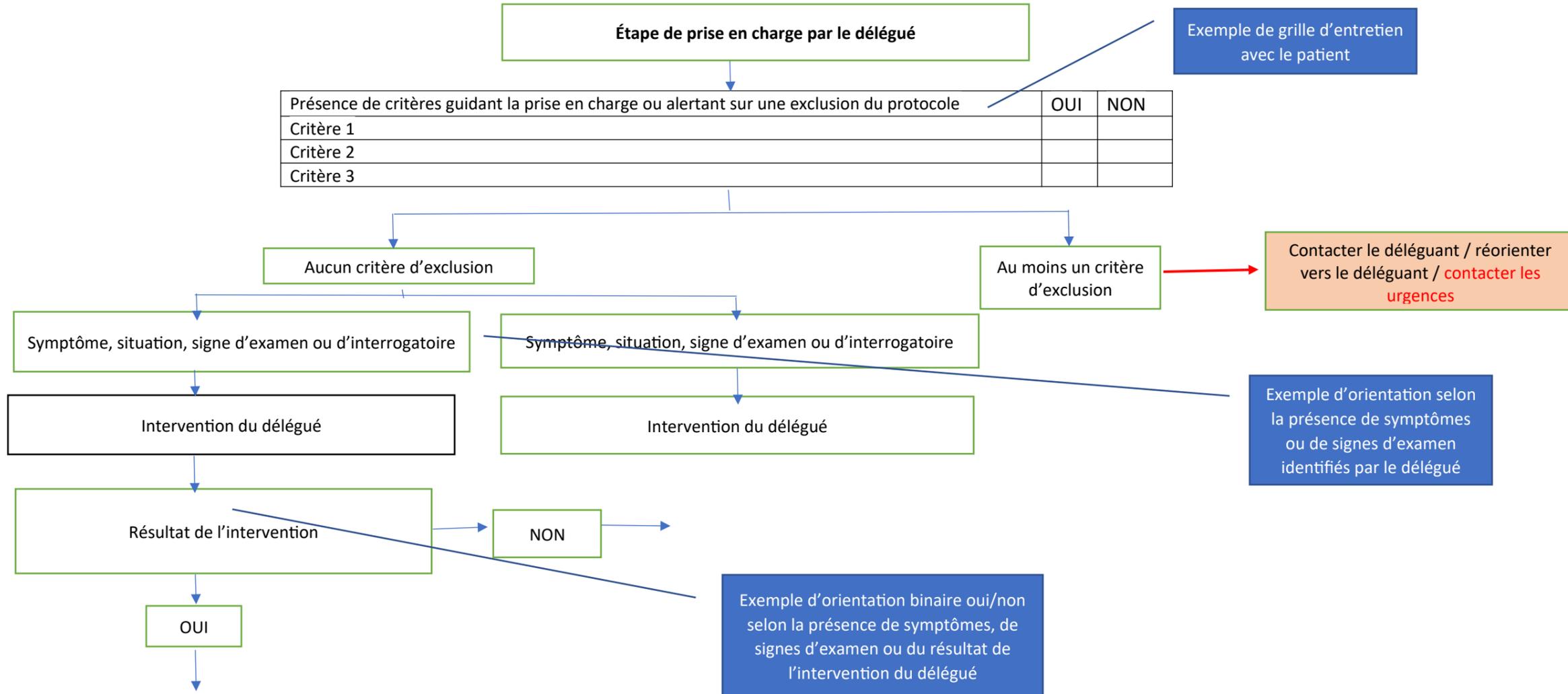
Pour tout complément d'information, coordonnées du médecin :

*infirmier / pharmacien / masseur-kinésithérapeute / sage-femme / orthoptiste/ etc.

Annexe 3 et suivantes. Arbre décisionnel des délégations

Arbre décisionnel (exemple donné à titre indicatif)

Méthode : suivre « pas à pas » l’algorithme suivant pour prendre en charge le patient, repérer les critères justifiant de prendre l’avis du délégant ou de le réorienter vers le délégant. En l’absence de ces critères, prendre en charge le patient aux différentes étapes prévues jusqu’à la finalisation de la prise en charge prévue par le protocole.



Exemple de grille d'entretien avec le patient

Contacter le délégant / réorienter vers le délégant / **contacter les urgences**

Exemple d'orientation selon la présence de symptômes ou de signes d'examen identifiés par le délégué

Exemple d'orientation binaire oui/non selon la présence de symptômes, de signes d'examen ou du résultat de l'intervention du délégué

Ordonnances pré établies à utiliser le cas échéant (mettre un titre pour chaque ordonnance)

Nom, Prénom du patient	Identification du médecin délégant (RPPS) et du délégué (RPPS ou ADELI)
Date :	
-	
Nom et signature du médecin prescripteur et du délégué	

Fiche de conseils au patient et à son entourage (optionnel)

Programme de formation théorique et pratique devant être validé par le délégué avant la mise en œuvre du protocole

- Compétences à acquérir en rapport avec les actes et activités délégués
- Objectif pédagogiques : à la fin de la formation le délégué sera capable
- Déroulement (dont durée) et qualification professionnelle ou spécialité du formateur
- Évaluation de l'acquisition des compétence et modalités de validation
- Critères de validation

Références bibliographiques (*recommandations de bonnes pratiques et références réglementaires*)

Annexe x. Tableau récapitulatif des normes attendues pour les examens complémentaires devant être interprétés par le délégué

Annexe x. Modèle type de courrier d'information aux correspondants

Annexe x. Questionnaire pour le recueil de la satisfaction des professionnels de santé



Questionnaire d'enquête

Proposé dans le cadre du mémoire de Benjamin Dujardin, infirmier étudiant en pratique avancée.

Bonjour,

Vous êtes infirmier.ère en soins généraux au sein du CMP du centre Erasme à Armentières. Vous accompagnez une patientèle que vous rencontrez régulièrement dans le cadre de votre rôle propre et/ou sur prescription. De ces rôles émergent des objectifs propres à chacune de vos prises en soin. Ce questionnaire, anonyme, a pour but d'explorer le sentiment d'auto-efficacité personnelle (Albert Bandura) des infirmier.ères et son impact dans l'adoption d'une attitude proactive orientée vers la décroissance des benzodiazépines (BZD).

Je vous remercie d'avance de m'accorder un peu de votre temps et reviendrez vers les personnes intéressées pour un temps de synthèse concernant ce travail.

1. Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous ?

- 18-25
- 26-35
- 36-45
- 46-55
- 56 et +

2. Depuis combien de temps êtes-vous diplômé.e ?

- moins de 3 ans
- entre 3 et 10 ans
- entre 10 et 20 ans
- + de 20 ans

ANNEXE 5

Selon les affirmations proposées cochez la réponse qui vous convient.

3. Selon vous, la présence de BZD dans les thérapeutiques des patient.e.s que vous accompagnez est :

- très fréquente
- fréquente
- rare
- absente

4. Au regard de cette fréquence, votre perception de leur présence dans l'arsenal thérapeutique est :

- pas du tout problématique
- pas vraiment problématique
- plutôt problématique
- tout à fait problématique

5. Vous connaissez les recommandations de bonnes pratiques qui guident le prescripteur dans l'usage des BZD :

- OUI
- NON

6. Chez vos patient.tes, leur durée de prescription est selon vous :

- beaucoup trop longue
- plutôt longue
- ni trop longue, ni trop courte
- plutôt courte
- beaucoup trop courte

7. Chez vos patient.tes, l'indication de ces traitements est selon vous:

- parfaitement claire
- plutôt claire
- pas très claire
- pas claire du tout

8. Lors de vos entretiens, vous prenez en compte et tracez la présence des BZD parmi le traitement global :

- systématiquement
- souvent
- parfois
- jamais

ANNEXE 5

9. Il vous arrive d'évaluer la dépendance de vos patients aux BZD grâce à l'échelle ECAB : (Echelle Comportemental d'Attachement aux Benzodiazépines)

- jamais
- rarement
- souvent
- toujours

10. Selon vous, seul le corps médical doit pouvoir déprescrire les BZD :

- pas du tout d'accord
- pas tout à fait d'accord
- ni d'accord, ni pas d'accord
- plutôt d'accord
- tout à fait d'accord

11. Il peut vous arriver de conseiller à certain.e.s de vos patient.e.s une diminution de leur prises de BZD sans vous référer préalablement à un médecin (généraliste ou psychiatre) :

- jamais
- parfois
- souvent
- toujours

Si vous avez répondu « Jamais » à la question 11. Vous répondrez aux questions 12, 13, 14 et 15 en vous imaginant dans l'adoption de cette démarche.

12. Vos expériences réussies vous permettent de conseiller ces décroissances de posologies de BZD à vos patient.e.s :

- pas du tout d'accord
- pas tout à fait d'accord
- sans avis
- plutôt d'accord
- tout à fait d'accord

13. L'observation de certain.e.s collègues (IDE, médecins) en entretien, des échanges informels au sujet de vos pratiques,... vous ont permis d'intégrer un modèle à suivre pour conseiller vos patient.e.s dans la décroissance des BZD :

- pas du tout d'accord
- pas tout à fait d'accord
- sans avis
- plutôt d'accord
- tout à fait d'accord

ANNEXE 5

14. Vous associez un état d'esprit positif à cette démarche de décroissance :

- toujours
- souvent
- parfois
- jamais

15. L'influence verbale de vos collègues, avec par exemple, des encouragements reçus lorsque vous rencontrez des difficultés dans cette démarche de déprescription seraient pour vous:

- très aidant
- plutôt aidant
- assez peu aidant
- pas du tout aidant

16. Le tableau ci-dessous est issu d'une publication¹ sur le rôle infirmier dans le soutien à la déprescription proactive. Pour chacune des colonnes obstacles ET facilitateurs, classez du plus important vers le moins important, les éléments qui ont été identifiés par les auteurs. 1 étant donc selon vous l'obstacle ou le facilitateur le plus important, 2 le suivant, etc...

Obstacles	Facilitateurs
Inertie par crainte de conséquences négatives, par exemple un litige	Réceptivité des patients à la déprescription
Peur d'un effet négatif sur la relation professionnelle avec le patient	Capacité à modifier la prescription
Peur de l'inconnu, par exemple les conséquences potentielles du sevrage	Conseils sur la façon de déprescrire
Ambivalence perçue du patient ou résistance au changement	Quantification des bénéfices et des inconvénients des médicaments
Manque de temps pour discuter et mettre en œuvre la déprescription avec les patients	Confiance pour s'écarter des directives de prescription
Crainte de miner les relations interprofessionnelles	Un plus grand dialogue avec les patients pour accroître la compréhension et la prise de décision partagée
	Expérience antérieure de déprescription

¹ Wright, D. J., Scott, S., Buck, J., & Bhattacharya, D. (2019). Role of nurses in supporting proactive deprescribing. *Nursing Standard*, 34(3),

ANNEXE 5

17. Un protocole vous ouvrant la possibilité de diminuer (déprescrire) les posologies de BZD, vous guidant dans la démarche, tout en encadrant légalement cette pratique. Cela vous semble être un outil :

- indispensable
- plutôt intéressant
- peu utile
- tout à fait inutile

18. Une valorisation salariale lors de l'adhésion à ce protocole serait décisive pour vous :

- OUI
- NON

ANNEXE 6

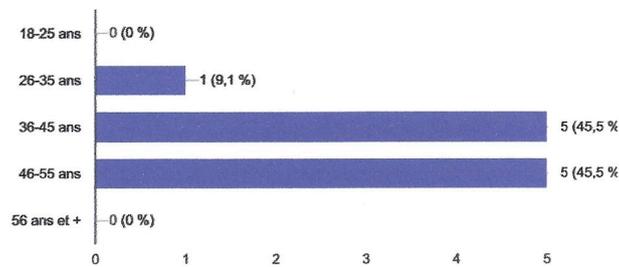
Questionnaire enquête proactivité / auto-efficacité dans la déprescription des BZD

11 réponses

1. Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous ?

[Copier](#)

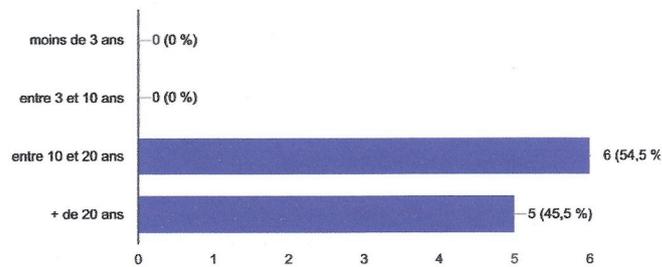
11 réponses



2. Depuis combien de temps êtes-vous diplômé.e ?

[Copier](#)

11 réponses

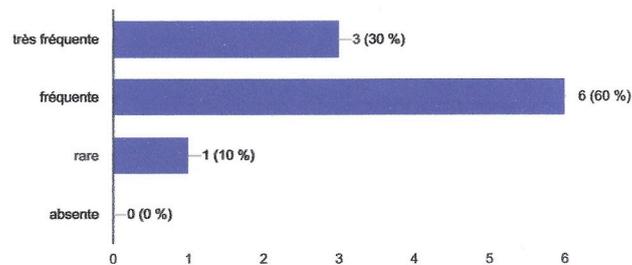


Selon les affirmations proposées cochez la réponse qui vous convient.

3. Selon vous, la présence de BZD dans les thérapeutiques des patient.e.s que vous accompagnez est :

[Copier](#)

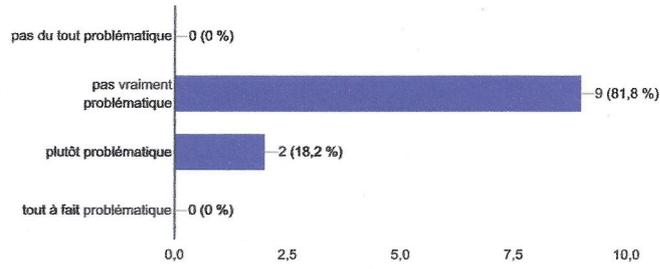
10 réponses



4. Au regard de cette fréquence, votre perception de leur présence dans l'arsenal thérapeutique est :

[Copier](#)

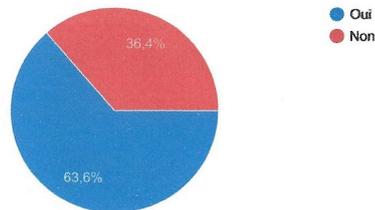
11 réponses



5. Vous connaissez les recommandations de bonnes pratiques qui guident le prescripteur dans l'usage des BZD :

[Copier](#)

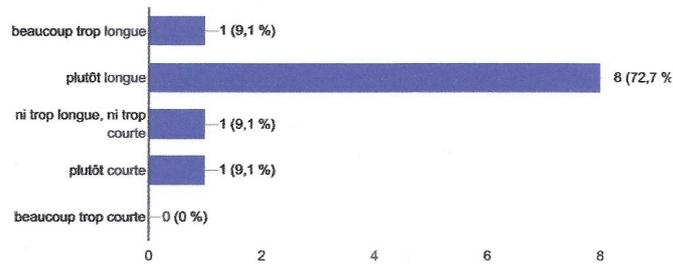
11 réponses



6. Chez vos patient.tes, leur durée de prescription est selon vous :

[Copier](#)

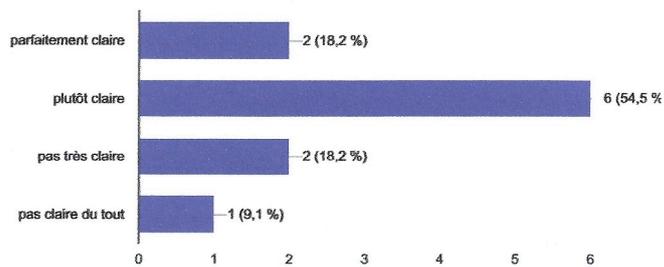
11 réponses



7. Chez vos patient.tes, l'indication de ces traitements est selon vous :

[Copier](#)

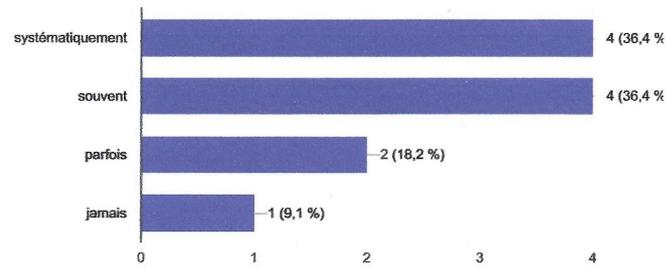
11 réponses



8. Lors de vos entretiens, vous prenez en compte et tracez la présence des BZD parmi le traitement global :

[Copier](#)

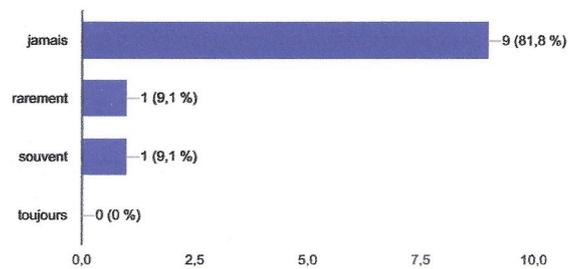
11 réponses



9. Il vous arrive d'évaluer la dépendance de vos patients aux BZD grâce à l'échelle ECAB : (Echelle Comportementale d'Attachement aux Benzodiazépines)

[Copier](#)

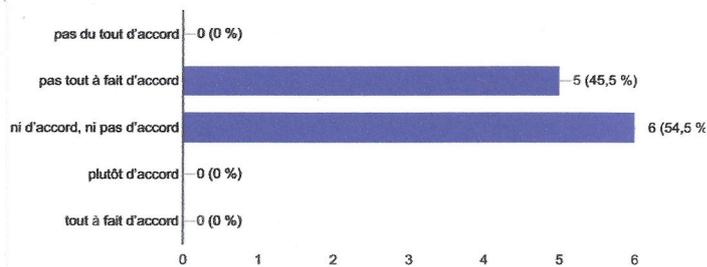
11 réponses



10. Selon vous, seul le corps médical doit pouvoir déprescrire les BZD :

[Copier](#)

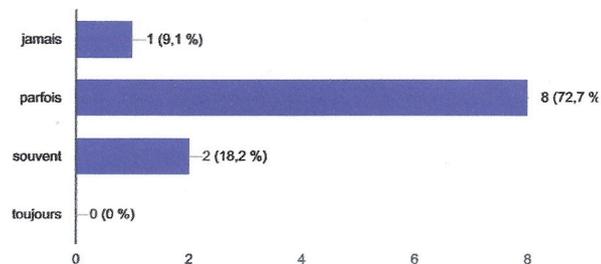
11 réponses



11. Il peut vous arriver de conseiller à certain.e.s de vos patient.e.s une diminution de leur prises de BZD sans vous référer préalablement à un médecin (généraliste ou psychiatre) :

[Copier](#)

11 réponses

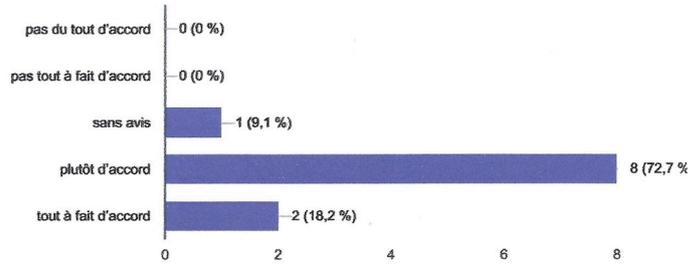


Si vous avez répondu « Jamais » à la question 11. Vous répondrez aux questions 12, 13, 14 et 15 en vous imaginant dans l'adoption de cette démarche.

12. Vos expériences réussies vous permettent de conseiller ces décroissances de posologies de BZD à vos patient.e.s :

[Copier](#)

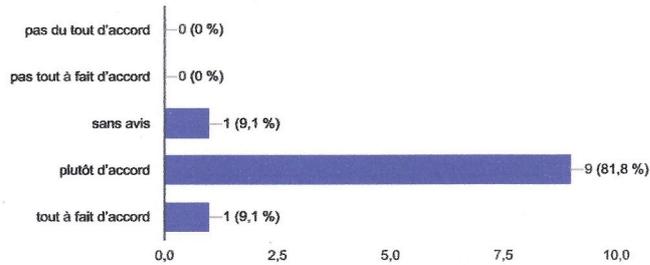
11 réponses



13. L'observation de certain.e.s collègues (IDE, médecins) en entretien, des échanges informels au sujet de vos pratiques,... vous ont permis d'intégrer un modèle à suivre pour conseiller vos patient.e.s dans la décroissance des BZD :

[Copier](#)

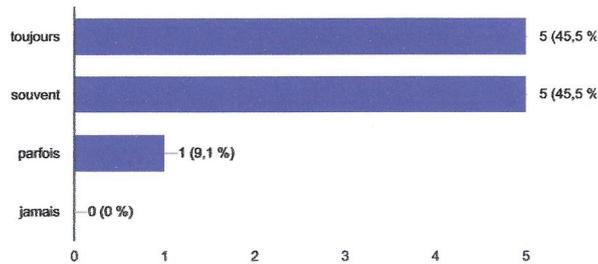
11 réponses



14. Vous associez un état d'esprit positif à cette démarche de décroissance :

[Copier](#)

11 réponses



Question 16

Tableau de répartition (par points) de l'importance perçue des obstacles à la déprescription.

	Ambivalence perçue du patient ou résistance au changement.	Peur de l'inconnu, par exemple les conséquences potentielles d'un sevrage.	Craintes de miner les relations inter-professionnelles.
1er	30	6	6
2e	20	15	15
3e	4	8	4
4e	3	3	6
5e	0	6	4
6e	0	0	2
total	57	38	37

	Inertie par crainte de conséquences négatives, par exemple un litige.	Peur d'un effet négatif sur la relation professionnelle avec le patient.	Manque de temps pour discuter et mettre en œuvre la déprescription avec les patients.
1er	12	6	0
2e	0	0	5
3e	20	4	4
4e	3	15	9
5e	0	8	2
6e	3	0	5
total	38	33	25

Pour rappel, l'ordre d'importance accordé par le soignant octroie :

1^{er} = 6 points

2^e = 5 points

3^e = 4 points

4^e = 3 points

5^e = 2 points

6^e = 1 point

Tableau de répartition (par points) de l'importance perçue des catalyseurs à la déprescription.

	Réceptivité des patients à la déprescription .	Capacité à modifier la prescription .	Conseils sur la façon de déprescrire.	Quantification des bénéfices et des inconvénients des médicaments.
1er	7	0	21	0
2e	12	6	0	24
3e	5	10	20	10
4e	4	0	8	4
5e	6	9	0	6
6e	2	8	4	2
7e	3	1	0	1
Total	39	34	53	47

	Confiance pour s'écarter des directives de prescription .	Un plus grand dialogue avec les patients Pour accroître la compréhension et la prise de décision partagée.	Expérience antérieure de déprescription.
1er	7	42	14
2e	24	6	6
3e	5	5	10
4e	8	4	12
5e	6	0	3
6e	0	0	2
7e	1	2	10
Total	51	59	57

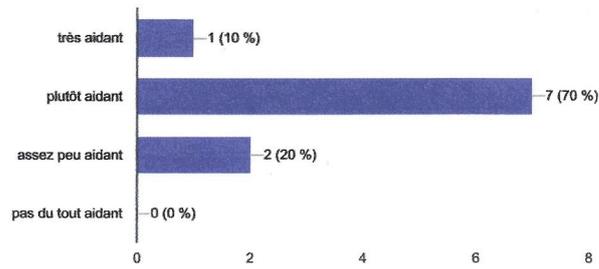
Pour rappel, l'ordre d'importance accordé par le soignant octroie :

- 1^{er} = 7 points
- 2^e = 6 points
- 3^e = 5 points
- 4^e = 4 points
- 5^e = 3 points
- 6^e = 2 point
- 7^e = 1 point

15. L'influence verbale de vos collègues, avec par exemple, des encouragements reçus lorsque vous rencontrez des difficultés dans cette démarche de déprescription seraient pour vous:

[Copier](#)

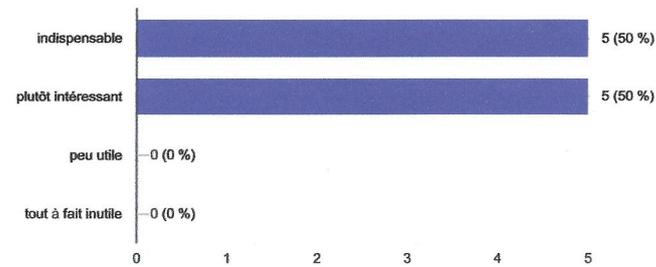
10 réponses



17. Un protocole vous ouvrant la possibilité de diminuer (déprescrire) les posologies de BZD, vous guidant dans la démarche, tout en encadrant légalement cette pratique. Cela vous semble être un outil :

[Copier](#)

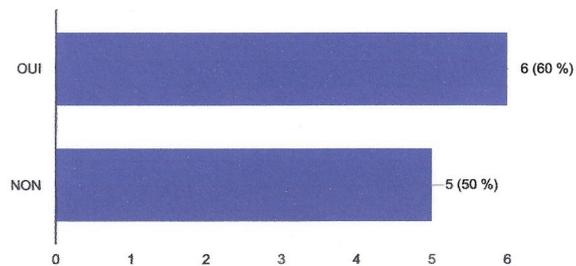
10 réponses



18. Une valorisation salariale lors de l'adhésion à ce protocole serait décisive pour vous :

[Copier](#)

10 réponses



ANNEXE 7

Prescription n° (x_x désigne un âge du patient supérieur à 70 ans)	Molécule	posologie	commentaire
1	lorazepam	jusqu'à 3mg	pas d'évaluation des prises SB, pas de comportement proactif Pas de PM actualisée sous 12 semaines
3_1	lorazepam	3,5mg	reconduit par géronto-psy, pas de PM actualisée sous 12 semaines
4_2	oxazepam	10mg	tentative d'arrêt géronto-psy fin 2021, pas de comportement proactif Pas de PM actualisée sous 12 semaines
6_4	lorazepam	3mg	pas de comportement proactif, pas de PM actualisée sous 12 semaines
7_5	oxazepam	200mg	discussion autour d'une décroissance évoquée par géronto-psy, recueil des craintes Pas de PM actualisée sous 12 semaines
8_6	oxazepam	25mg	peu d'éléments sur l'antériorité des prises, pas de comportement proactif Pas de PM actualisée sous 12 semaines
9	lorazepam	12,5mg	pas de comportement proactif, pas de PM actualisée sous 12 semaines
10_7	oxazepam	20mg	pas de comportement proactif, pas de PM actualisée sous 12 semaines
11_8	?	?	pas d'éléments anamnétiques, pas d'évaluation médicale Pas de PM actualisée sous 12 semaines
12_9	oxazepam	10 à 15mg	pas de comportement proactif, pas de PM actualisée sous 12 semaines
13_10	oxazepam	60mg	pas de comportement proactif, pas de PM actualisée sous 12 semaines
16	lorazepam	3 mg	pas de comportement proactif, pas de PM actualisée sous 12 semaines
18_12	oxazepam	15 à 25mg	reconduit par géronto-psy, pas de comportement proactif Pas de PM actualisée sous 12 semaines
19	alprazolam	0,50 à 0,75mg	pas de comportement proactif, pas de PM actualisée sous 12 semaines
21_14	clotiazepam	15 à 20 mg	reconduit par géronto-psy, pas de comportement proactif Pas de PM actualisée sous 12 semaines
22	alprazolam	0,125 mg	pas de comportement proactif, pas de PM actualisée sous 12 semaines
24	oxazepam	5 à 10mg	pas de comportement proactif, pas de PM actualisée sous 12 semaines

Feuille1

25	alprazolam	?	pas de comportement proactif, pas de PM actualisée sous 12 semaines
26	lorazepam	?	pas de comportement proactif, pas de PM actualisée sous 12 semaines
27	lorazepam	2,5mg	pas de comportement proactif, pas de PM actualisée sous 12 semaines
28	lorazepam	1mg	pas de comportement proactif, pas de PM actualisée sous 12 semaines
29	oxazepam	15mg	pas de comportement proactif, pas de PM actualisée sous 12 semaines
31	lorazepam	3mg	pas de comportement proactif, pas de PM actualisée sous 12 semaines
32_15	oxazepam	30mg	pas de comportement proactif, pas de PM actualisée sous 12 semaines
33_16	oxazepam	20mg	pas de comportement proactif, pas de PM actualisée sous 12 semaines
34	lorazepam	3mg	pas de comportement proactif, pas de PM actualisée sous 12 semaines
35	alprazolam	jusqu'à 0,75mg	pas de comportement proactif, pas de PM actualisée sous 12 semaines
36	oxazepam	15 à 25mg	pas de comportement proactif, pas de PM actualisée sous 12 semaines
37	lorazepam	1 à 2mg	pas de comportement proactif, pas de PM actualisée sous 12 semaines
39	alprazolam	jusqu'à 0,25mg	pas de comportement proactif, pas de PM actualisée sous 12 semaines
40	alprazolam	?	pas de posologie identifiée, pas de comportement proactif Pas de PM actualisée sous 12 semaines
41	Clotiazepam + Alprazolam	?	pas de posologie identifiée, pas de comportement proactif Pas de PM actualisée sous 12 semaines
42	lorazepam	1 à 3 mg	pas de comportement proactif, pas de PM actualisée sous 12 semaines
44	alprazolam	0,50mg	pas de comportement proactif, pas de PM actualisée sous 12 semaines
45	lorazepam	2,25mg	pas de comportement proactif, pas de PM actualisée sous 12 semaines
46	clorazepate	20 à 25mg	CAT médicale de diminution en 05/2021, pas de comportement proactif Pas de PM actualisée sous 12 semaines
47	alprazolam	1,5 mg	pas de comportement proactif, pas de PM actualisée sous 12 semaines
50	lorazepam	1mg	pas de comportement proactif, pas de PM actualisée sous 12 semaines
52	alprazolam	?	pas de posologie identifiée, pas de comportement proactif Pas de PM actualisée sous 12 semaines
53	alprazolam	1mg	pas de comportement proactif, pas de PM actualisée sous 12 semaines

Feuille1

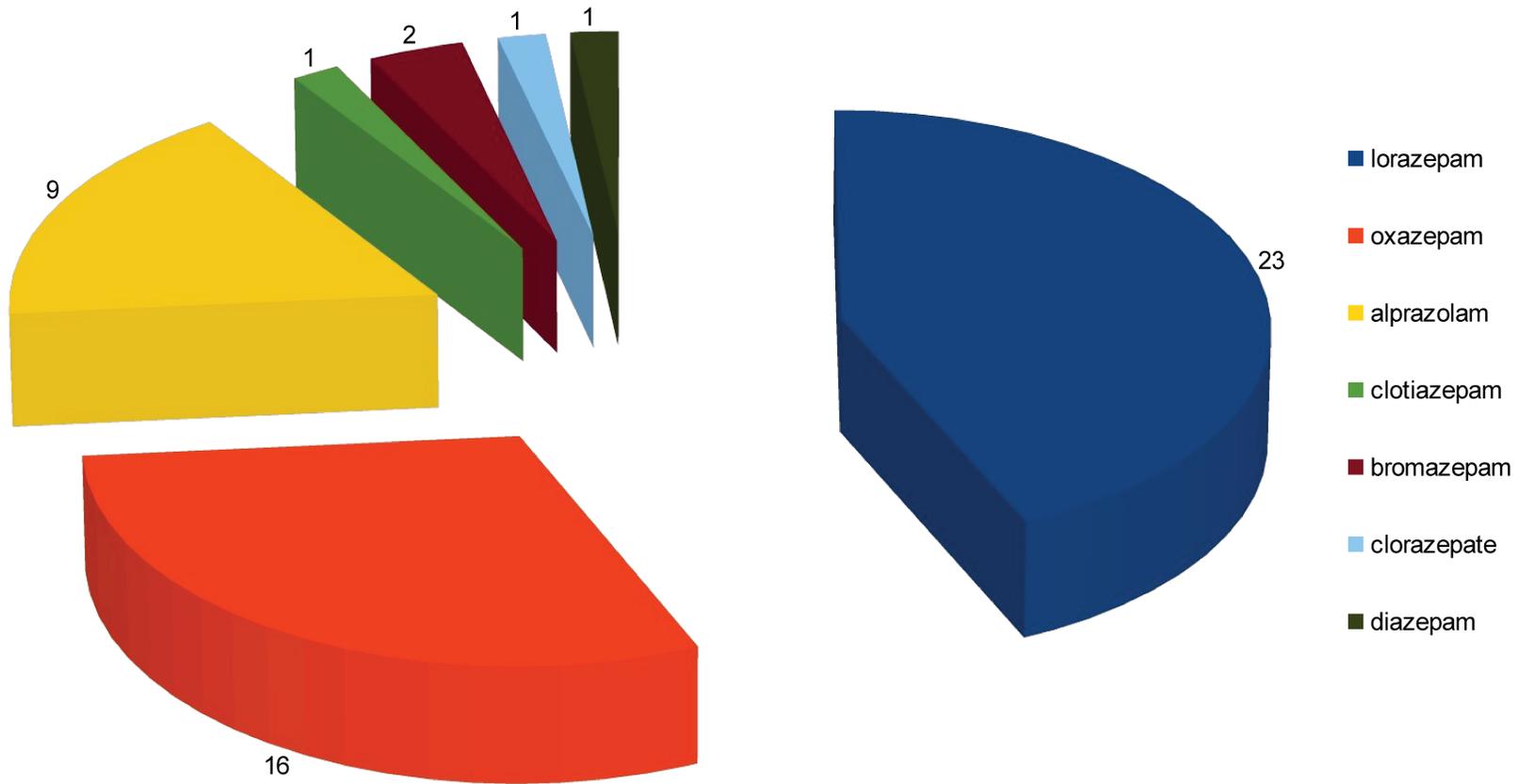
54_17	lorazepam	1,5mg	reconduit par géronto-psy, pas de comportement proactif Pas de PM actualisée sous 12 semaines
55	alprazolam	0,875mg	pas de comportement proactif, pas de PM actualisée sous 12 semaines
56	alprazolam	jusqu'à 0,25mg	pas d'évaluation des prises pas, pas de comportement proactif Pas de PM actualisée sous 12 semaines
57	lorazepam	3mg à 4mg	pas de comportement proactif, pas de PM actualisée sous 12 semaines
58	lorazepam	2,5 à 5mg	pas de comportement proactif, pas de PM actualisée sous 12 semaines
61_18	bromazepam	1,5 mg	reconduit par géronto-psy, pas de comportement proactif Pas de PM actualisée sous 12 semaines
62	alprazolam	jusqu'à 0,25mg	pas d'évaluation des prises, trouble d'addiction à l'alcool, pas de comportement proactif Pas de PM actualisée sous 12 semaines
63_19	oxazepam	10 à 15mg	pas de comportement proactif, pas de PM actualisée sous 12 semaines
64	bromazepam	?	pas de comportement proactif, pas de PM actualisée sous 12 semaines
2	oxazepam	jusqu'à 5mg	poly-consommatrice, pas d'évaluation des prises, pas de comportement proactif
5_3	lorazepam	3mg	pas de comportement proactif
14	lorazepam	7,5 mg	profil de dépendance, situation psychiatrique instable, pas de comportement proactif
15	lorazepam	10mg	situation psy instable avec hospitalisation
17_11	lorazepam	5mg	reconduit par géronto-psy, pas de comportement proactif
20_13	oxazepam	30mg	prévention sevrage sec conso OH
23	lorazepam	5,5mg	pas de comportement proactif
30	alprazolam	0,75mg	pas de comportement proactif
38	bromazepam	1,5 mg	diminution avec le psychiatre référent, pas de comportement proactif
43	alprazolam	0,25mg	renouvelé par psy réf, pas de comportement proactif
48	oxazepam	150 mg	fin de suivi à la demande de la patiente
49	alprazolam	0,5 à 0,75mg	pas de comportement proactif
51	diazepam	15 mg	pas de comportement proactif
59	lorazepam	1mg	pas de comportement proactif
60	lorazepam	1 mg	pas de comportement proactif

Feuille1

65	lorazepam	7,5 mg	pas de comportement proactif
66	oxazepam	30 mg	décroissance médicalement objectivée, pas de comportement proactif

ANNEXE 8

Répartition quantitative, par nombre de prescriptions (>S+12 semaines depuis l'instauration), des BZD entre le 10 et le 14/01/22.



Annexe 9

Nom long Unité	File active	Nombre Entretiens
CENTRE DE SANTE MENTALE ERASME G07	1 093	5084

Nom long Unité	File active	Nombre Entretiens	Libellé Modalité Réalisation Acte
CENTRE DE SANTE MENTALE ERASME G07	188	327	Audio
CENTRE DE SANTE MENTALE ERASME G07	1 054	4757	Présentiel

Libellé Type Acte	File active	Nombre Entretiens	Libellé Modalité Réalisation Acte
R01 Entretien	188	327	Audio
R01 Entretien	1 025	4371	Présentiel
R05 Entretien avec soin technique	54	386	Présentiel

Libellé Localisation Acte	File active	Nombre Entretiens
Appartements thérapeutiques "Léonard De Vinci" (G07)	1	1
Cabinet du médecin traitant (G07)	2	2
Centre de santé mentale "Erasme"	1 007	4552
CHA - Médecine Chirurgie (G07)	6	6
CHA - Urgences (G07)	69	69
Court séjour gériatrique (G07)	1	1
Domicile du patient (G07)	61	309
EHPAD - ERQUINGHEM / LYS (G07)	3	29
EHPAD - Françoise de Luxembourg - Armentières	3	32
EHPAD - Henri BOUCHERY - LA CHAPELLE D' ARMENTIERES (G07)	1	1
EHPAD - Jean Rostand - Armentières	2	2
EHPAD - SAILLY SUR LA LYS (G07)	1	1
EMSIAD - bât 12 (G07)	40	60
FAM Capinghem (G07)	1	2
Foyer Les Myosotis - NIEPPE (G07)	2	5
Foyer Logement ARMENTIERES (G07)	2	8
Substitut du domicile (G07)	4	4
	Somme :	5084

Title :**Benzodiazepines: A public health and interprofessional cooperation issue?****Key-words: deprescribing; benzodiazepines ; protocole ; cooperation ; nurse; advanced practice****Abstract**

Introduction: France is the 2nd largest consumer of benzodiazepines in Europe. Their reimbursement represented in 2019 about 2.5 billion euros for about 3 million users. The Covid-19 pandemic has increased the use of these drugs. Medical action in benzodiazepines deprescribing is guided by a wide literature and is the subject of numerous studies. In contrast to the role of nurses in psychiatry and mental health. However, nurses can contribute to this by their prescribed role or in a proactive way. This study focused on defining the place of the advanced nurse practitioner in the implementation of interprofessional cooperation that would promote proactive nursing behaviors directed towards the reduction of benzodiazepines uses.

Method: An authentic and complex situation report illustrates a problematic aspect of the long-term benzodiazepines use without proactive nursing behaviours. A retrospective, prospective, single-centre exploratory research was then conducted. It counted and inventoried the benzodiazepine prescriptions of a patient population followed by 12 nurses in a medical-psychological center over a period of five days. Proactive nursing behaviours, aimed at decreasing the use of these treatments, were investigated. The impact of these prescriptions on the care provided and the level of perceived self-efficacy were evaluated in these nurses

Results: 136 files were analysed, of which 65 (47.8%) involved the presence of a prescription for more than 12 weeks. Among these 65 files, no proactive nursing behaviour aimed at decreasing the benzodiazepine use could be identified. The dominant perception of the nurses was that there were no problems associated with long-term compliance with benzodiazepines. In despite with good knowledge declared of good practice guidelines and a satisfactory level of self-efficacy perceived when proactive behaviour reported.

Conclusion: The lack of proactive nursing practices to reduce benzodiazepine use reflects the varying degrees of awareness of the problem. The construction of a local protocol of interprofessional cooperation would allow a delegation of competence capable of regulating a practice and promoting proactivity. Their implementation by the advanced nurse practitioner allows the exercise of transformational leadership and the development of nurse feeling of perceived self-efficacy . Finally, this protocolisation would support dialogue with general practitioners, most of whom renew these treatments.

AUTEUR : Nom : Dujardin

Prénom : Benjamin

Date de soutenance : 6 juillet 2022

Titre du mémoire :

Benzodiazépines : Un enjeu de santé publique et de coopération interprofessionnelle ?

Mots-clés libres: déprescription ; benzodiazépines ; protocole ; coopération ; infirmier ; pratique avancée

Résumé :

Introduction: La France est le 2^e plus gros consommateur de benzodiazépines en Europe. Leur remboursement représentait en 2019 environ 2,5 milliard d'euros pour environ 3 millions d'usagers. La pandémie de Covid-19 a majoré le recours à ces médicaments. L'action médicale dans la déprescription des benzodiazépines est guidée par une littérature fournie et fait l'objet de nombreuses études. A contrario de l'action infirmière y œuvrant en psychiatrie et en santé mentale. Elle peut pourtant y contribuer dans son rôle prescrit ou avec une certaine proactivité. Cette étude s'est intéressée à définir la place de l'infirmier de pratique avancée dans la mise en place d'une coopération interprofessionnelle qui favoriserait des comportements infirmiers proactifs dirigés vers la décroissance des benzodiazépines.

Méthode: Un récit de situation complexe et authentique vient illustrer un aspect problématique de l'usage au long cours des benzodiazépines sans proactivité infirmière. Une recherche exploratoire rétrospective, prospective, monocentrique, est ensuite réalisée. Elle dénombre et inventorie sur une période de 5 jours de consultations, les prescriptions de benzodiazépines d'une patientèle suivie en référence par 12 infirmières au sein d'un centre médico-psychologique. Des comportements infirmiers proactifs tracés, visant la décroissance de ces traitements, sont recherchés. L'impact de ces prescriptions dans les prises en soin et le niveau d'auto-efficacité perçue sont évalués chez ces infirmières.

Résultats: 136 dossiers sont analysés dont 65 (47,8 %) comportent la présence d'une prescription depuis plus de 12 semaines. Parmi ces 65 dossiers, aucun comportement infirmier proactif visant la décroissance n'a pu être relevé. La perception dominante des infirmières est l'absence de problème associée à l'observance au long cours de benzodiazépines. Cela malgré une bonne connaissance déclarée des recommandations de bonnes pratiques et un niveau d'auto-efficacité perçue comme satisfaisant lorsque sont déclarés des comportements proactifs.

Conclusion: L'absence de proactivité infirmière tracée visant la décroissance des benzodiazépines, traduit diversement la prise en compte de la problématique étudiée. La construction d'un protocole local de coopération interprofessionnelle permettrait une délégation de compétence à même de régler une pratique et de favoriser la proactivité. Leur implémentation par l'infirmier de pratique avancée autorise l'exercice d'un leadership transformationnel et un développement du sentiment d'auto-efficacité perçue. Enfin, cette protocolisation serait un support au dialogue avec les médecins généralistes qui renouvellent en majorité ces traitements.

Directeur de mémoire : Docteur Laurent Defromont