



Université de Lille

**FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG
Année 2024-2025**

MEMOIRE DE FIN D'ETUDES
POUR LE DIPLÔME D'ETAT D'INFIRMIER EN PRATIQUE AVANCÉE

Mention : Pathologies chroniques stabilisées -
Prévention et polyopathologies courantes
en soins primaires

**Optimiser la prise en soin des troubles du sommeil de la personne âgée : le rôle de
l'I.P.A. face au mésusage des benzodiazépines.**

Présenté et soutenu publiquement le 5 septembre à 8h

Par Agathe STAES

Membres du jury :

Président du jury : Monsieur le Professeur François PUISIEUX

Enseignant infirmier : Madame Gwladys ACOULON

Directeur de mémoire : Madame Sophie FASSEU

Département facultaire de médecine Henri Warembourg
Avenue Eugène Avinée - 59120 LOOS

Je tiens à remercier toutes les personnes qui, sur le plan personnel ou professionnel, m'ont aidé et soutenu dans la réalisation de ce mémoire de fin d'études, et durant cette année de formation.

Merci aux membres du jury : Mme Gwladys ACOULON et Monsieur le Professeur François PUISIEUX, pour le regard et l'intérêt que vous portez à ce travail.

A mes directeurs de mémoire : Monsieur Mikael HORVATH, merci pour avoir amorcé et étayé le thème de ce travail, et Madame Sophie FASSEU-BOUSSEMART, merci pour tes nombreuses relectures, pour tes conseils et pour ton soutien.

A l'équipe de direction du Centre Hospitalier de Bailleul, à Monsieur Frédéric DELPLACE, à Monsieur Sylvain HURE, merci de m'avoir permis d'accéder à cette mention supplémentaire, et à mon évolution professionnelle, depuis plusieurs années maintenant. Merci pour votre confiance.

Aux médecins qui ont pris le temps de m'encadrer, Docteur Emeline PREVOST, Dr Pauline BEAUVALLET, Dr Sadek AIT-AISSA, Dr FOLLIN et Dr JANSON, merci pour votre disponibilité, pour nos échanges et les connaissances que vous m'avez transmises, toujours avec bienveillance.

A l'équipe d'encadrement du Centre Hospitalier de Bailleul, à Mme Mélanie OBJOIS et Mme Maud LE DEIST, merci pour vos encouragements et votre soutien.

Merci aux équipes soignantes du service de Soins médicaux et de réadaptation, ainsi que des E.H.P.A.D. La Roseraie et les Capucins, pour nos nombreux échanges.

A mes collègues IPA et IDE en gériatrie : Danièle, Dorothée, Aline, Margaux, Julie, Mélanie, Véronique, Elodie et Valérie, merci pour votre disponibilité et vos précieux retours sur vos missions respectives.

A mes parents, merci (le mot est faible, celà fait un moment maintenant que vous ai "embarqué" dans cette aventure!), pour votre soutien inconditionnel, matériel et moral. Vous êtes mes modèles.

A mes enfants, Inès et Gabriel, je n'ai pas été très disponible pour vous ces derniers temps; merci pour votre patience. Je vous aime.

A Rémi, merci pour ton amour et ton soutien.

GLOSSAIRE

A.G.G.I.R. : Autonomie Gérontologique- groupes iso ressources.

A.N.S.M. : Agence Nationale de Sécurité du Médicament

A.P.A. : Activité Physique Adaptée

B.Z.D. : Benzodiazépine

CR3PA : Centre de Ressources en Psychogériatrie et Psychiatrie de la Personne Âgée

C.R.T. : Centre de Ressources Territoriaux

C.M.P. : Centre Médico Psychologique

E.D.C. : Episode Dépressif Caractérisé

E.G.S. : Evaluation Gériatrique Standardisée

E.H.P.A.D. : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

G.A.B.A. : Gamma Amino Butyric Acid

G.H.T. : Groupement Hospitalier de Territoire

G.I.R. : Groupe Iso-Ressources

H.A.S. : Haute Autorité de Santé

I.P.A. : Infirmier en pratique Avancée

M.A. M.A. : Maladie d'Alzheimer et Maladies Apparentées

M.P.I. : Médicaments Potentiellement Inappropriés

O.M.S. : Organisation Mondiale de la Santé

P.C.S. : Pathologies Chroniques Stabilisées

P.T.S.M. : Projet Territorial de Santé Mentale

Q.D.V. : Qualité De Vie

S.A.S : Syndrome d'Apnée du Sommeil

S.D.E. : Somnolence Diurne Excessive

S.J.S.R. : Syndrome des Jambes Sans Repos

U.H.R. : Unité d'Hébergement Renforcé

U.S.L.D. : Unité de Soins de Longue Durée

U.V.A. : Unité de Vie Alzheimer

SOMMAIRE

Avant propos	
I - Les modifications physiologiques du sommeil	1
II - L'utilisation des benzodiazépines dans les troubles du sommeil	5
III - Mésusage des benzodiazépines chez la personne âgée: sous-utilisation ou sur-utilisation ?	7
IV - Personnes âgées et prescriptions de benzodiazépines : pourquoi tant de précautions?	
V - La problématique et les hypothèses	10
MÉTHODOLOGIE	13
1 - Caractéristiques de l'étude	13
2 - Population	13
3. Méthode de recueil	15
4. Analyse des données	16
5. Cadre législatif	16
RÉSULTATS ET ANALYSE	17
ANALYSE	22
1. L'évaluation des troubles du sommeil	22
2 . Les prescriptions de benzodiazépines chez la personne âgée	24
3 Les axes d'amélioration et alternatives	26
4 Le leadership et la posture infirmière	28
5 - La pluridisciplinarité dans la prise en soins	30
DISCUSSION	33
1. Les troubles du sommeil chez le sujet âgé : évaluation et prise en soins	33
2. Le misuse des benzodiazépines chez la personne âgée	33
3. La révision médicamenteuse	34
4. Les alternatives non médicamenteuses	36
5. Missions de l'I.P.A. en gériatrie	37
FORCES ET LIMITES	39
1. Les forces de l'étude	39
2. Les limites de l'étude	39
LES PERSPECTIVES	40
1. Des perspectives pour la recherche	40
2. Des automatismes à mettre en oeuvre dans la pratique :	40
CONCLUSION	42
BIBLIOGRAPHIE	45

TABLE DES MATIÈRES

48

TABLE DES ANNEXES

49

Avant propos

Madame Do., est une résidente âgée de 72 ans, autonome (elle réalise seule ses soins, elle se déplace sans aide), elle ne présente pas de trouble cognitif; elle souffre de troubles bipolaires anciens, actuellement stabilisés traités par thymorégulateur et anxiolytique- L'infirmière qui la prenait en soins m'a un jour contactée au sujet de Mme D., sollicitant un passage infirmier "psy", voire "une hospitalisation en psychiatrie", car "Mme D. n'est pas comme d'habitude", me dit-elle.

Après avoir été hospitalisée la veille aux urgences pour "troubles du comportement" et bénéficié d'un bilan exhaustif dont les résultats étaient sans particularité, madame D avait réintégré l'EHPAD.

A l'interrogatoire, madame D me mentionne qu'aucun événement particulier n'a pu être à l'origine de l'altération de son état de santé. Elle me mentionne en effet qu'elle ne "se sent pas comme d'habitude", "je suis comme bloquée". Elle présente en effet un ralentissement psychomoteur, associé à une anxiété importante, et une insomnie, éléments qui d'ordinaires sont absents chez elle. Je constate dans le dossier de soin le remplacement depuis 4 jours de son traitement anxiolytique de la classe des benzodiazépines habituel. Il avait été remplacé par une molécule de la même classe thérapeutique mais à la pharmacocinétique différente. Face au ralentissement psychomoteur de la patiente, à son anxiété et à ses troubles du sommeil de type insomnie, j'émet l'hypothèse d'un sevrage en benzodiazépines.

Ce cas clinique illustre l'équilibre précaire de la santé mentale chez la personne âgée. Les modifications thérapeutiques, et notamment ceux ayant une action sur le système nerveux central comme les benzodiazépines, peuvent engendrer des effets secondaires importants.

En France, la santé mentale des personnes âgées est un enjeu de santé publique majeur. Selon Santé Publique France (2023), près de 15 % des plus de 75 ans souffrent de symptômes anxiodépressifs, et l'insomnie touche 50 % des résidents en EHPAD (1).

Pour répondre à ces troubles, les benzodiazépines sont encore largement prescrites. Selon une étude québécoise, la prévalence de l'utilisation des benzodiazépines est estimée entre 9 et 20 % et peut s'élever à 30 % chez les personnes âgées de plus de 85 ans(2,3). Pourtant la HAS publie des recommandations à une utilisation prudente, limitée dans le temps et encadrée de ces molécules. En effet, leur usage chronique, les posologies inadaptées ou les substitutions non maîtrisées exposent aux risques de chutes de troubles cognitifs, de syndromes

confusionnels, et à la dépendance. Ils viennent s'ajouter au risque d'interaction médicamenteuse chez les patients âgés polymédiqués.

Ce travail s'inscrit dans une volonté de comprendre les pratiques professionnelles et les déterminants de prescription des benzodiazépines chez les résidents d'EHPAD présentant des troubles du sommeil. D'où notre question de recherche :

“Quelles actions l'I.P.A. exerçant en EHPAD peut-il mettre en place afin d'assurer un suivi personnalisé des troubles du sommeil et de leur prise en soins, afin de minimiser le risque iatrogène?”.

INTRODUCTION

I - Les modifications physiologiques du sommeil

I.1 État des lieux du sommeil chez le sujet âgé

Le vieillissement physiologique s'accompagne de modifications significatives de l'architecture du sommeil. Avec l'âge, on observe une :

- Diminution du temps total de sommeil nocturne,
- Augmentation de la latence d'endormissement,
- Fragmentation du sommeil avec des éveils multiples,
- Tendance à l'endormissement et au réveil précoces,
- Augmentation des siestes diurnes.

Ces changements, bien que physiologiques, peuvent contribuer à une dégradation de la qualité de vie et favoriser une somnolence diurne accrue. Ainsi, 40 à 70 % des personnes âgées présenteraient des troubles chroniques du sommeil (4).

Le trouble du rythme circadien de type « avance de phase », physiologique chez le sujet âgé, se caractérise par un endormissement et un éveil précoces. Il toucherait entre 1 et 7 % des personnes de plus de 75 ans. Les tentatives de décaler volontairement l'heure du coucher peuvent entraîner une diminution de la quantité et de la qualité du sommeil, majorant la somnolence en journée (4).

Par ailleurs, différentes études ont mis en évidence, par des mesures objectives, une diminution du sommeil lent profond (stade N3) et du sommeil paradoxal (REM signifiant Rapid eye movement) avec l'âge, ainsi qu'une baisse globale de l'efficacité du sommeil.

Les plaintes d'insomnie sont fréquentes dans la population générale : environ un tiers des adultes présentent une insomnie transitoire au cours de leur vie, et 10 % souffrent d'une insomnie chronique. La prévalence augmente avec l'âge et est plus élevée chez les femmes.

Chez les personnes atteintes de maladies neuro cognitives, en particulier la maladie d'Alzheimer, les troubles du sommeil concernent 25 à 40 % des patients. Ces troubles constituent à la fois un marqueur de sévérité de la maladie et un facteur aggravant du déclin cognitif. On observe également des parasomnies telles que le sundowning syndrome, les cauchemars, les troubles du comportement en sommeil paradoxal, ainsi qu'une hypersomnie diurne fréquente(5).

L'évaluation clinique d'une plainte de troubles du sommeil chez le sujet âgé repose sur plusieurs éléments :

- L'analyse du contexte d'apparition et de l'évolution des troubles (naturelle, liée aux traitements, ou à des modifications comportementales) ;
- La caractérisation du type d'insomnie :
 - Difficultés d'endormissement : durée, habitudes du coucher, ruminations, douleurs, etc.
 - Réveils nocturnes multiples : fréquence, durée, causes, activités nocturnes (polyurie, grignotage, tabac...) ;
 - Réveil précoce : horaire, activités avant le lever ;
- L'évaluation de l'environnement de sommeil ;
- L'identification des conséquences diurnes (fatigue, somnolence, troubles cognitifs...).

Enfin, il est important de rappeler que 600 000 personnes âgées vivent aujourd'hui en EHPAD en France (6). Cette population, souvent polypathologiques et polymédiqués, est particulièrement exposée aux troubles du sommeil et au risque iatrogène associé à leur prise en charge. Différents types de troubles du sommeil ont pu être identifiés au sein de cette population.

1.2 Les principaux troubles du sommeil

De nombreux troubles du sommeil se manifestent par une insomnie et généralement par une somnolence diurne excessive. L'insomnie peut être à elle seule, un trouble, ou elle peut être un symptôme d'une pathologie.

Les difficultés d'endormissement doivent être différenciées des difficultés à rester endormi ou du réveil précoce, parce que les étiologies sont différentes. L'insomnie d'endormissement suggère un syndrome de retard de la phase de sommeil, un syndrome des jambes sans repos, une insomnie psychophysologique chronique.

Quant à l'insomnie par trouble du maintien du sommeil, elle fait plutôt référence à une dépression majeure, un syndrome d'apnée obstructive du sommeil, ou être physiologique du vieillissement (7). On distingue les insomnies des hypersomnies.

1.2.1 Les insomnies (8)

Parmi les insomnies primaires, on distingue l'insomnie psychophysologique, la plus fréquente, toujours en lien avec un facteur initial stressant (physique ou psychologique), l'insomnie paradoxale, liée à une mauvaise perception de la qualité ou de la durée du sommeil, ainsi que l'insomnie idiopathique, d'origine inconnue, souvent présente depuis l'enfance.

D'autre part, parmi les insomnies secondaires, on différencie l'insomnie d'origine psychiatrique associée aux troubles de l'humeur, aux troubles anxieux ou aux états de stress post-traumatique, l'insomnie d'origine iatrogène résultant d'une prise de médicaments tels que des corticoïdes, des hormones thyroïdiennes ou des psychostimulants. Elle survient à la suite d'un sevrage médicamenteux ou d'une consommation excessive de caféine ou stimulants.

De plus, les insomnies peuvent résulter d'un syndrome des jambes sans repos, *aussi appelé Maladie de Willis-Ekbom*. Il toucherait jusqu'à 45% des plus de 65 ans, et est sous diagnostiqué. Il est plus fréquent chez la femme de plus de 65 ans. Sa physiopathologie repose sur des anomalies du transport du fer au niveau cérébral, sous-tendue par une vulnérabilité génétique. Le manque de disponibilité du fer est responsable d'une dysrégulation du système dopaminergique (8).

I.2.2 Les hypersomnies

L'hypersomnie se définit comme un besoin irrépressible et excessif de dormir, même quand on a déjà dormi suffisamment la nuit. Cela peut gêner la vie quotidienne, provoquer des pertes d'attention, des oublis, et augmenter le risque d'accidents, surtout en conduisant ou au travail.

Il existe différentes formes d'hypersomnie, dont les plus fréquentes sont : la somnolence diurne excessive, les troubles respiratoires du sommeil, le manque de sommeil chronique et les hypersomnies secondaires liées à d'autres pathologies ou traitements.

La somnolence diurne excessive (SDE) est une plainte fréquente, qui se définit par un besoin excessif de dormir durant la journée.

Une autre cause fréquente d'hypersomnie est liée aux troubles respiratoires du sommeil, en particulier le syndrome d'apnée du sommeil. Il touche 5 à 10% de la population générale. Plus fréquent chez l'homme, chez les sujets en surpoids et souffrant d'obésité. La suspicion diagnostique doit être confirmée par un enregistrement nocturne (polysomnographie), qui met en évidence de nombreux arrêts respiratoires :

- Apnée : interruption complète de la respiration >10 secondes
- Hypopnée : diminution partielle de la respiration >10 secondes, associée à une désaturation en oxygène et/ou un micro éveil.

Par ailleurs, certains patients souffrent d'un syndrome d'insuffisance du sommeil. Il se traduit par un temps de sommeil insuffisant pour assurer un niveau d'éveil normal au cours de la journée. Des signes cognitifs peuvent être retrouvés.

Enfin, il existe des hypersomnies secondaires. Elles peuvent être d'origine :

- Iatrogène : conséquence d'une prise de psychotropes, antiépileptiques, antihistaminiques et antalgiques opioïdes
- Psychiatrique : dans un contexte d'épisode dépressif caractérisé (EDC).
- Médicale (non psychiatrique), principalement d'origine neurologique comme par exemple la maladie de Parkinson

II - L'utilisation des benzodiazépines dans les troubles du sommeil

Les benzodiazépines sont des agonistes des récepteurs GABAergiques de type A (=GABA_A) : les BZD, en se fixant sur ses récepteurs, modifient sa conformation, renforcent les effets du GABA (Acide gamma-aminobutyrique), qui est le principal neurotransmetteur inhibiteur du système nerveux central.

Les propriétés actives de ces BZD sont : anxiolytiques, sédatives, hypnotiques, anti convulsives et myorelaxantes. On les classe en 2 catégories, en fonction de leur durée d'action :

- Les molécules à durée d'action longue, supérieure à 24h (DIAZEPAM, CLONAZEPAM)
- Les molécules à durée d'action courte : inférieure à 24h (OXAZEPAM, LORAZEPAM, TEMAZEPAM).

Selon l'AMM, les BZD hypnotiques sont réservées aux troubles du sommeil transitoires (ex.: événement de vie), et leur prescription est limitée à 4 semaines (dont incluse, la période de réduction de posologie). Quant aux BZD anxiolytiques, elles sont indiquées dans le traitement symptomatique des manifestations anxieuses sévères et/ou invalidantes, et leur durée de prescription se limite à 12 semaines. (9)

Toutefois, une autre classe de thérapeutiques apparentée est distinguée des BZD : les "Z-médicaments"="BZRA", agonistes des récepteurs des BZD. Ce sont le ZOPICLONE et le ZOLPIDEM. Les BZD sont différenciables en deux classes toujours selon leur durée d'action. On distingue les molécules à durée d'action longue, de plus de 24h (DIAZEPAM, CLONAZEPAM), de celles ayant une durée d'action inférieure à 24 h (DIAZEPAM, CLONAZEPAM) (10).

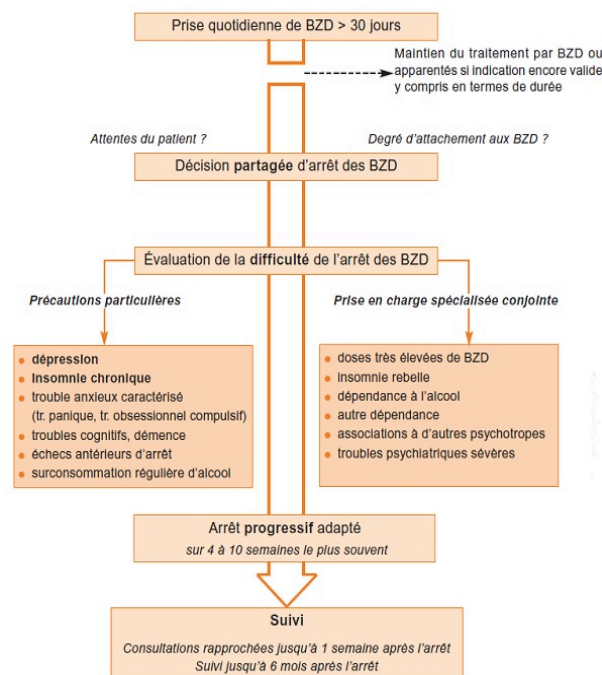
Un tiers des plus de 65 ans possède au moins une prescription de benzodiazépines, et 18 % des sujets atteints d'Alzheimer consomment régulièrement des antipsychotiques.

Deux explications peuvent être avancées pour expliquer cette "surutilisation" des psychotropes chez les personnes âgées : d'une part, la fréquence élevée des troubles psychiatriques dans cette population et les risques liés à leur non prise en charge, notamment une altération de la qualité de vie, de l'autonomie fonctionnelle et un risque suicidaire accru ;

d'autre part, la persistance de nombreuses prescriptions inappropriées, les psychotropes étant parfois surutilisés, parfois sous-utilisés, comme c'est le cas dans la dépression, souvent sous-diagnostiquée chez la personne âgée.

Au-delà du coût financier que cela induit, les psychotropes sont responsables d'une grande partie des accidents iatrogènes, aux conséquences lourdes chez le sujet âgé. Les hypnotiques sont souvent prescrits en l'absence de diagnostic psychiatrique établi, et dans 2/3 des cas, ils sont prescrits au long cours, durant des périodes de plus de 3 mois, dépassant ainsi les recommandations de la H.A.S (figure 1).

Figure 1 : Arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés chez le patient de plus de 65 ans.



Toutefois, la décroissance et l'arrêt de ces thérapeutiques doivent se faire de manière encadrée, anticipée, afin d'éviter des complications, telles que le syndrome de sevrage, par exemple. Chez tout sujet âgé, traité quotidiennement et depuis plus de 30 jours Il est

recommandé de proposer un schéma d'arrêt de la consommation, si le traitement n'est plus indiqué, et au moment d'amorcer un arrêt, une décroissance. Cette démarche doit inclure :

- Une évaluation des attentes de la personne âgée, son degré "d'attachement" aux benzodiazépines, pour aboutir à une décision partagée, et évaluer les facteurs pronostiques ;
- Une différenciation des situations nécessitant une stratégie de décroissance particulière, sachant que même si l'objectif de la démarche est l'arrêt complet, une diminution de la posologie est déjà un résultat positif.

Les médicaments potentiellement inappropriés (MPI) sont des médicaments qui ont un rapport bénéfice/risque défavorable. Laroche *et al.* (Laroche et al., 2008) ont défini une liste de MPI à éviter chez les personnes âgées de plus de 75 ans, âge correspondant en général au moment à partir duquel les modifications physiologiques, la fréquence des comorbidités, l'altération de l'état général et de l'autonomie favorisent une situation de fragilité qui augmente la iatrogénie. Les études Nord-Américaines avaient, quant à elles, proposé leurs recommandations dès l'âge de 65 ans. Parmi les M.P.I. prescrits, 56,4% étaient des benzodiazépines et apparentées à demi-vie courte.

Le seul facteur influençant statistiquement la prescription des benzodiazépines à demi-vie courte est la dépendance de la personne, selon la grille AGGIR; l'augmentation d'un point sur l'échelle de GIR augmenterait le risque de prescription de benzodiazépines de 16.1% (6)

La Haute Autorité de Santé (H.A.S.) rappelle aux médecins, pharmaciens et patients, que la prescription et le renouvellement de somnifères ne doit pas être systématique. Les somnifères ne sont indiqués que pour de courtes périodes et dans un délai allant de quelques jours à quatre semaines maximums (11). Ils ne doivent pas être prescrits sur une longue période, d'autant que leur efficacité diminue avec le temps ; les sujets âgés sont aussi beaucoup plus exposés aux risques, du fait de leur résistance physique amoindrie et de leur métabolisme plus lent.

En France, au-delà de 70 ans, une personne sur deux consomme de façon quotidienne et prolongée des anxiolytiques et hypnotiques (benzodiazépines) (12). Cette consommation tend à se banaliser. On note que les femmes consommeraient deux fois plus de psychotropes que les hommes. La balance bénéfices-risques est ténue, car la fréquence élevée de troubles psychiatriques chez les sujets âgés, ainsi que les risques à ne pas traiter ces troubles, peuvent

considérablement impacter leur qualité de vie et leur autonomie mais, les prescriptions inappropriées restent nombreuses dans cette population, et les anxiolytiques et hypnotiques sont souvent prescrits en l'absence de diagnostic psychiatrique établi.

III - Mésusage des benzodiazépines chez la personne âgée : sous-utilisation ou sur-utilisation ?

Chez le sujet âgé, les prescriptions médicamenteuses sous-optimales peuvent relever de trois modalités : overuse (sur-utilisation), misuse (mauvaise utilisation), underuse (sous-utilisation). Une étude observationnelle prospective a notamment été réalisée de septembre 2008 à mars 2009 en unité de court séjour gériatrique, où les ordonnances de 200 patients âgés de plus de 75 ans ont été analysées de manière qualitative afin d'évaluer la prévalence de ces trois modes de prescriptions sous-optimales. Il est constaté que l'overuse (sur-utilisation) et le misuse (mauvaise utilisation) étaient plus élevés chez les patients vivant en institution, polypathologiques et polymédiqués. La prévalence de la surutilisation atteint 77 % des patients, celle de la sous-utilisation (underuse) 64,5 %, et celle de la mauvaise utilisation 47,5 %.

L'overuse (sur-utilisation) et le misuse (mauvaise utilisation) étaient plus élevés chez les patients vivant en institution, polypathologiques et polymédiqués (13) Selon une étude publiée en 2021 dans le European Journal of Clinical Pharmacology, 10 à 15% des personnes âgées résidant en Europe consomment régulièrement des benzodiazépines, principalement pour traiter l'anxiété, l'insomnie, ou d'autres troubles du sommeil. Les patients âgés de plus de 65 ans font partie des plus grands consommateurs de benzodiazépines. La prévalence de l'utilisation des benzodiazépines dans cette population est estimée entre 9 et 20 % et peut atteindre 30 % chez les patients âgés de plus de 85 ans (14).

Pourtant, la prescription de telles molécules n'est pas sans risque. Les personnes âgées de plus de 65 ans sont en effet davantage exposées à des effets indésirables, notamment en raison de changements pharmacocinétiques dans les benzodiazépines. Des effets indésirables de type psychomoteur et cognitif, affectant la mémoire et la concentration, peuvent déjà survenir à des doses thérapeutiques. Un risque de chute plus important ainsi qu'une augmentation du nombre de fractures de la hanche ont également été rapportés chez les

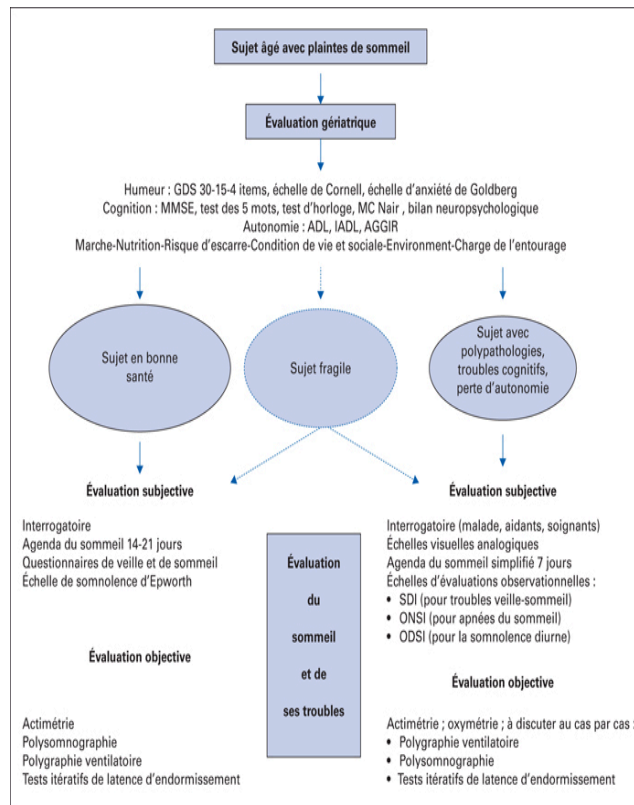
patients âgés prenant des benzodiazépines. À ceci s'ajoute le risque d'avoir un accident de la route, risque lié à l'effet sédatif de cette médication (15).

Une méta analyse, incluant 24 études randomisées, en double aveugle, et contrôlées, comparant l'efficacité (sur au moins 5 nuits consécutives) de tout hypnotique (sauf barbituriques et hydrate de chloral), versus placebo chez les personnes âgées d'au moins 60 ans se plaignant d'insomnie a démontré qu'une utilisation à court terme d'un somnifère chez la personne âgée apporte un bénéfice statistiquement significatif pour le sommeil, mais que la pertinence clinique de ce gain est à questionner.

Chez les personnes âgées de plus de soixante ans, une prudence particulière est de mise en raison du risque accru de chutes et de troubles cognitifs (16).

Une autre analyse dont l'objectif était de décrire les co-prescriptions inappropriées de psychotropes chez les patients hospitalisés âgés de 75 ans et plus a été menée en analysant la base de données médicales d'un hôpital général français de 222 lits, totalisant 11 929 séjours d'au moins 3 jours de patients âgés de 75 ans et plus. Les prescriptions et les co-prescriptions de psychotropes ont été identifiées automatiquement. Les médicaments anticholinergiques à effet sédatif ont été considérés comme des psychotropes. Une expertise a été réalisée pour les séjours avec co-prescription de trois psychotropes ou plus afin d'identifier les co-prescriptions inappropriées (17). L'administration d'un psychotrope a été identifiée dans 5 475 séjours (45,9 % du nombre total de séjours), dont 1 526 (12,8 % du total) comportaient au moins une co-prescription. Des co-prescriptions de trois psychotropes ou plus pendant au moins 3 jours ont été identifiées lors de 374 séjours (3,1 % du total). La plupart de ces co-prescriptions (n = 334 ; 89,2 %) étaient considérées comme inappropriées en raison de l'association d'au moins deux médicaments de la même classe psychotrope (n = 269), de l'absence d'indication claire pour un psychotrope (n = 173) et d'antécédents de chutes (n = 86). Cependant, les co-prescriptions ont été maintenues après la sortie de l'hôpital dans 77,4 % des cas.

Figure 2 Exploration des troubles du sommeil chez le sujet âgé : quelles particularités ?



Source : Revue Gériatrie et psychologie, neuropsychiatrie du vieillissement. Vol .14, n°4, Déc. 2016.

IV - Personnes âgées et prescriptions de benzodiazépines : pourquoi tant de précautions?

Après 65 ans, le risque d'effets indésirables des médicaments est plus fréquent et surtout plus grave. Les médicaments pouvant engendrer ces effets sont notamment les médicaments cardiovasculaires, les anti-inflammatoires non stéroïdiens et les psychotropes(18). En effet, les personnes âgées multiplient les facteurs de risque de survenue de iatrogénie médicamenteuse. Définie par l'OMS comme "toute réponse nuisible et non recherchée qui se manifeste à des doses utilisées à des fins prophylactiques, thérapeutiques et diagnostic", reste liée notamment à la fragilité à la polymédication (plus de 5 médicaments/ jour), à une pharmacocinétique et/ou pharmacodynamie altérée. La population des personnes âgées en France est en constante augmentation, et elle représente aussi la part de la population qui "consomme" le plus de médicaments, du fait de la polypathologie. En effet, le vieillissement

physiologique de l'organisme avec l'avancée en âge modifie la pharmacodynamie (réponse de l'organisme aux médicaments) et la pharmacocinétique

En plus de cette "surconsommation" médicamenteuse, le processus de vieillissement entraîne des modifications pharmacocinétiques. La pharmacocinétique, décrite parfois comme l'action de l'organisme sur un médicament, se réfère au devenir du médicament, de son entrée jusqu'à sa sortie de l'organisme, l'évolution en fonction du temps de son absorption, sa biodisponibilité, sa distribution, son métabolisme, et son excrétion. qui peuvent être à l'origine de perturbations de :

- ★ l'absorption : la diminution du tonus musculaire et de la motilité intestinale induisent un ralentissement des temps de transit. L'achlorhydrie, qui est la perte de l'acidité gastrique, et qui constitue un facteur de variabilité de la dissolution des principes actifs. On note également une diminution de la muqueuse intestinale, de 20% en moyenne, ainsi qu'une diminution des débits sanguins au niveau intestinal et hépatique, de l'ordre de 30%.

- ★ la distribution : les facteurs impliqués dans la distribution et modifiés chez le sujet âgé sont : une diminution de la capacité du cœur à irriguer les tissus (de l'ordre de 20%).

La vitesse de transport des médicaments pourra donc être retardée. La fixation aux protéines plasmatiques, avec une diminution des concentrations d'albumine ; on a donc une augmentation de la fraction libre, c'est-à-dire la fraction active des médicaments liés à l'albumine. La masse et la composition tissulaire, avec un doublement de la masse grasse au détriment de la masse maigre et de l'eau corporelle. Le sujet âgé stocke très fortement les médicaments lipophiles comme la majorité des psychotropes en général, et les benzodiazépines en particulier. Cela s'explique par la modification (19) :

- ★ Du métabolisme : l'activité des enzymes est diminuée, ce qui réduit les performances métaboliques hépatiques; avec une augmentation des concentrations des médicaments métabolisés par ce cytochrome.

- ★ De l'élimination : la clairance rénale représente la vitesse de filtration rénale; elle diminue fortement chez le sujet âgé, et s'accompagne en parallèle d'une augmentation de la demi-vie d'élimination et des concentrations à l'équilibre des médicaments s'éliminant principalement par voie urinaire, soit la grande majorité d'entre eux.

L'augmentation de la masse grasse est aussi responsable de l'allongement de la demi-vie des molécules lipophiles.

V - La problématique et les hypothèses

V .1 La problématique

Chez les personnes âgées, souvent, les plaintes relatives au sommeil ne correspondent pas à une insomnie mais sont liées à des problèmes de santé sous-jacents (syndrome d'apnée du sommeil, dépression, douleur, etc.). Ces troubles sont trop fréquemment traités par des benzodiazépines, qui peuvent, si utilisées au long cours, entraîner des effets délétères. En effet, ces molécules induisent des phénomènes d'accoutumance, d'impossibilité de sevrage, de masquage de la dépression, d'apparition ou d'aggravation de troubles mnésiques, de majoration du risque de chute, de syndrome confusionnel aigu, de surdosage...

Les personnes de plus de 65 ans sont davantage exposées aux effets secondaires, en raison de modifications pharmacocinétiques propres au vieillissement physiologique. Des effets indésirables de type psychomoteur et cognitif, touchant aussi la mémoire et la concentration, peuvent déjà survenir à des doses thérapeutiques. On note aussi une majoration des chutes et donc de fractures de la hanche.

Utilisées comme hypnotiques, les BZD peuvent être efficaces en cas d'insomnie transitoire, mais ne permettent pas de traiter l'insomnie chronique. De plus, le recours à cette prescription ne doit pas être banalisé, car il ne résout pas l'étiologie de l'insomnie.

Leur usage requiert le respect de règles précises :

- prescription à une posologie minimale utile
- limitation de la prescription dans la durée (28 jours maximum)
- information du patient sur la durée du traitement, des modalités de prise, ainsi que des modalités de décroissance en cas d'arrêt, et des effets indésirables potentiels.

Le choix d'un hypnotique est fonction :

- Du profil d'insomnie de la personne (insomnie d'endormissement, difficulté de maintien du sommeil, réveil matinal précoce)
- Du délai et de la durée d'action du produit
- Du risque d'interactions médicamenteuses, notamment avec d'autres psychotropes
- De l'état physiologique de la personne (âge, état des fonctions hépatique et rénale)
- Du type d'activités susceptibles d'être pratiquées par la personne au décours de la prise.

Il faut noter aussi que certaines personnes âgées consomment des hypnotiques depuis longtemps - plusieurs années- et qu'un arrêt de traitement peut signifier la remise en cause d'un certain équilibre, voire d'un mode de vie auquel elles s'étaient habituées. Il est donc recommandé d'analyser les bénéfices et les risques associés à la prise de BZD et à son interruption

V.2 Les hypothèses

Le rôle de leadership auprès des équipes soignantes confèrent à l'I.P.A. le développement de l'acculturation, autour des effets indésirables des traitements, de la surveillance des effets attendus et secondaires; la formation de l'I.P.A. lui permet l'enrichissement de ses connaissances et compétences dans la prise en charge des troubles du sommeil, les indications thérapeutiques.

La prise en charge des troubles du sommeil chez la personne âgée consiste avant tout en une évaluation de la symptomatologie, l'adaptation du traitement s'il existe et nécessite souvent un processus de décroissance, ou de conversion d'une médication inappropriée avec les surveillances qui l'accompagnent, sous la supervision d'un professionnel de santé, qu'il soit médecin, pharmacien ou infirmier, dans le but d'améliorer la santé, mais aussi de réduire les coûts.

V.3 Le questionnaire

Mon questionnaire porte sur les missions et la plus-value de l'I.P.A. dans ce processus de suivi:

- Comment repérer les résidents en misuse médicamenteuse concernant la prise en soins de leur(s) trouble(s) du sommeil?
- A quelle(s) étape(s) du suivi des troubles du sommeil l'intervention de l'I.P.A. est-elle pertinente?
- Comment impliquer les équipes soignantes dans cette collaboration, et quel(s) outil(s) peut/peuvent être utilisé(s) pour s'assurer de leur collaboration?
- Quelle adhésion à une adaptation de la prise en soins peut on attendre d'un résident à qui un traitement est parfois prescrit depuis de nombreuses années sans que l'on en connaisse la réelle indication?

Ce corpus de questions m'amène à formuler la question de recherche suivante :

“Quelles actions l'I.P.A. exerçant en EHPAD peut il mettre en place afin d'assurer un suivi personnalisé des troubles du sommeil et de leur prise en soins, afin de minimiser le risque iatrogène?”.

MÉTHODOLOGIE

1 - Caractéristiques de l'étude

Nous avons réalisé une étude qualitative, prospective, multicentrique. L'investigateur principal de cette étude est une étudiante infirmière en pratique avancée, mention pathologies chroniques stabilisées.

Pour répondre à notre question de recherche, nous avons réalisé des entretiens individuels semi-structurés, et un guide d'entretien semi-dirigé composé de 7 questions a été élaboré.

Afin de garantir la rigueur méthodologique de la recherche qualitative, nous avons utilisé la grille COREQ (Consolidated criteria for reporting qualitative studies). L'ensemble des critères est détaillé sous la forme d'un tableau en annexe (*Annexe 1*).

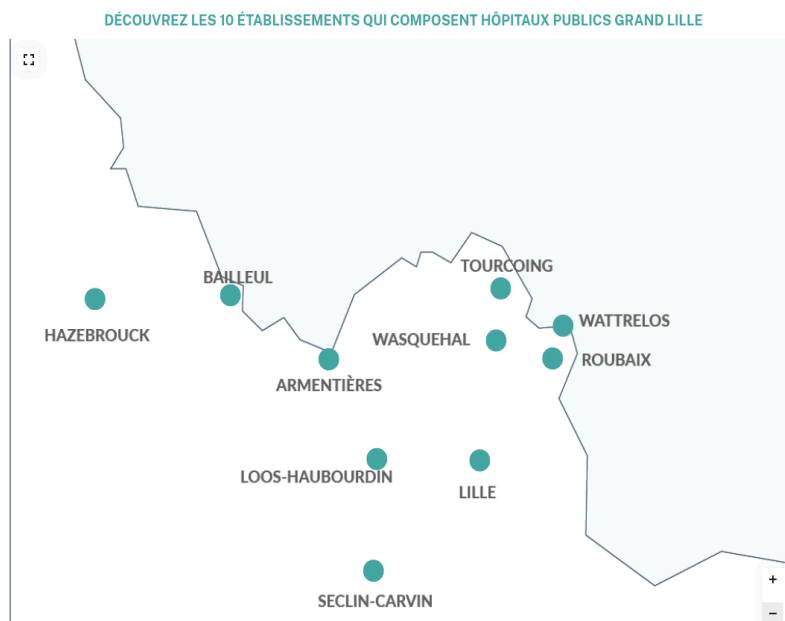
2 - Population

2.1 La population étudiée

Grâce à notre réseau professionnel, notamment par l'intermédiaire des cadres de santé d'un établissement de santé, nous avons pu contacter 5 infirmières diplômées d'état exerçant en médecine gériatrique ou en Service de Soins médicaux et de réadaptation, de nuit.

Également, nous nous sommes intéressés aux missions des I.P.A. exerçant en gériatrie, notamment dans l'évaluation des troubles du sommeil chez le sujet âgé, ainsi que de la réévaluation des thérapeutiques associées. Pour ce faire, nous avons choisi d'interroger des I.P.A. exerçant en gériatrie dans différents établissements hospitaliers publics du Nord et du Pas de Calais. Nous avons aussi contacté les EHPAD des centres hospitaliers du GHT Grand Lille, qui comprend 10 centres hospitaliers généraux publics, souhaitant d'abord cibler les I.P.A. exerçant en EHPAD, au sein du GHT dans lequel nous exerçons aussi.

Nous avons répertorié 3 IPA (dont 1 absente durant l'étude). Afin de collecter davantage de données; nous avons alors décidé d'étendre nos recherches aux autres Centres hospitaliers des Hauts de France, des domaines publics et privés, et avons contacté ces établissements afin de recenser les I.P.A. y exerçant en gériatrie.



2.2 Critères d'inclusion

Les infirmiers diplômés d'État, exerçant de nuit, auprès de personnes âgées, en service/unité de moyen-long séjour.

Tout infirmier de pratique avancée, ayant validé la mention pathologies chroniques stabilisées, et exerçant en gériatrie, est éligible à être interrogé selon le guide d'entretien créé, s'il l'accepte.

Les inclusions ont débuté mi-mars et jusqu'à début mai 2025.

2.3 Critères d'exclusion

Les infirmiers exerçant dans les disciplines n'accueillant pas ou peu fréquemment de sujets âgés.

Les I.P.A. des autres mentions : Maladie rénale chronique, dialyse, transplantation rénale, oncologie et hémato-oncologie et urgences.

2.4 Échantillonnage

Nous avons contacté 10 I.P.A. exerçant en gériatrie dans les Hauts de France ; 5 d'entre eux ont répondu et accepté de participer à notre étude.

3. Méthode de recueil

3.1 Modalités de recueil des données

Les participants ont reçu un formulaire d'information (*Annexe 2*).

Ce document précisait l'objectif de la recherche, les modalités de déroulement de la recherche (sa durée moyenne ainsi que la nécessité d'un enregistrement audio), et les conditions de traitement des données (anonymisation des données et durée de sauvegarde).

Les entretiens ont été réalisés sur rendez-vous en individuel, en présentiel sur le lieu de travail, ou par téléphone.

Les échanges ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone numérique PHILIPS DVT1150, après accord des participants.

A l'issue du premier entretien, le guide d'entretien individuel initial (*Annexe 3*) a été enrichi par des questions supplémentaires, afin de préciser davantage les réponses.

La durée des entretiens variait entre 22 et 43 minutes, avec une moyenne de 32 minutes, et nous en avons retranscrit les échanges sur un fichier informatique au format GOOGLE DOC, préalablement anonymisées avec la lettre "P", pour participant, suivie d'un chiffre correspondant au numéro d'entretien.

Un QR code permet l'accès aux verbatims (*Annexe 4*).

Le seuil de suffisance des données a été discuté entre la chercheuse et la directrice de mémoire.

Dans notre étude, nous avons identifié :

Cinq thèmes principaux puis 30 sous thèmes, et de multiples éléments les détaillant.

3.2 : Retranscription des données

Les entretiens ont été retranscrits mot-à-mot, en respectant scrupuleusement chaque mot employé par les professionnels, avec l'aide de l'outil "saisie vocale".

4. Analyse des données

L'analyse des données a été menée selon une démarche hypothético-déductive, en s'inspirant de l'analyse thématique.

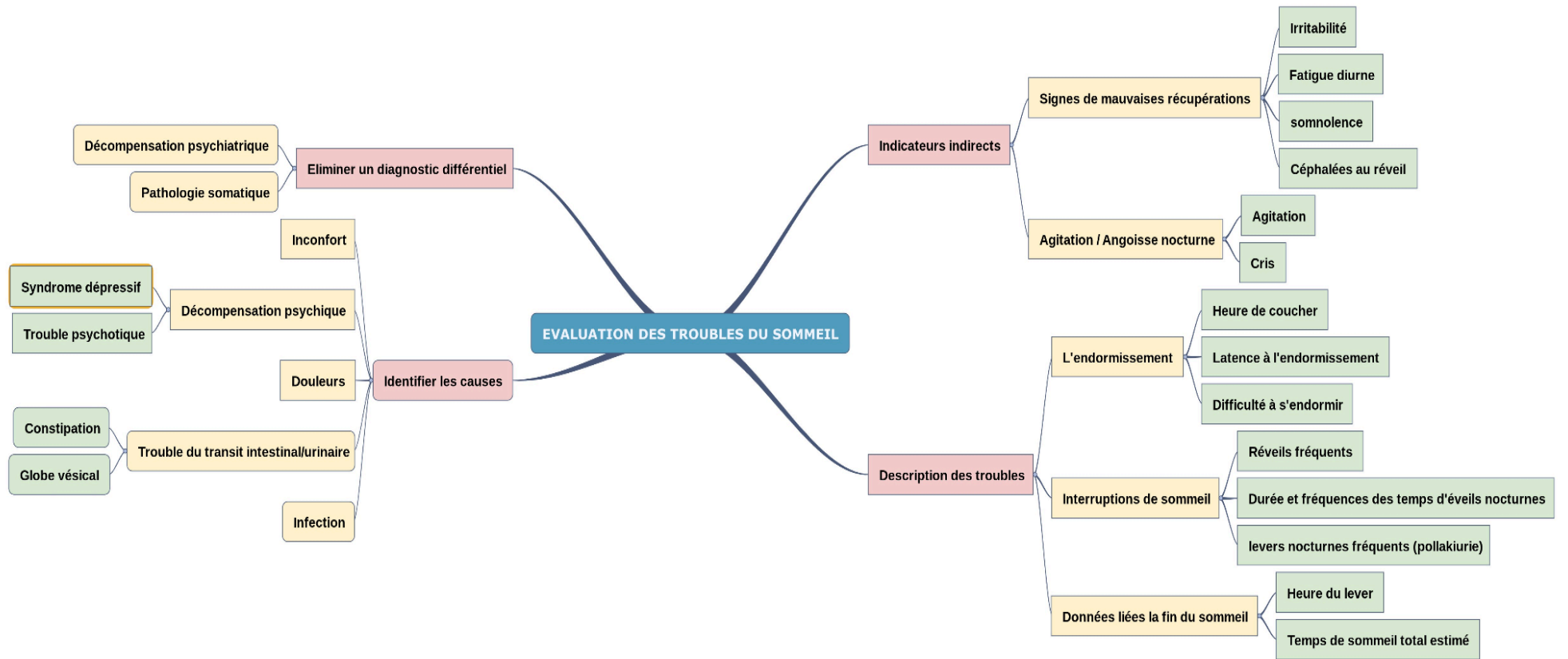
Aucun logiciel d'analyse qualitative des données de type *N-vivo* n'a été utilisé. Afin de faciliter l'analyse des données nous les avons présenté sous la forme d'arbres thématiques grâce au logiciel Wise-mapping ® disponible sur l'espace numérique de travail de l'Université de Lille.

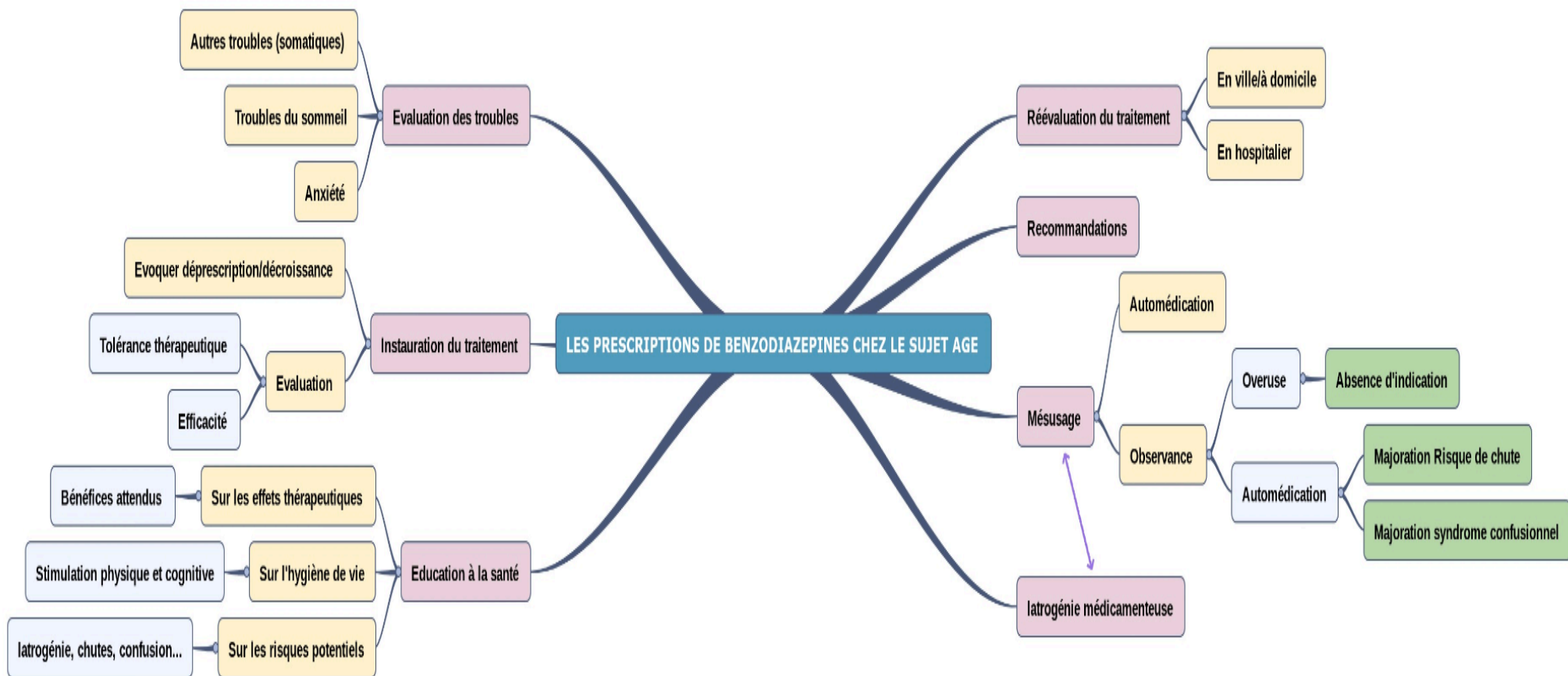
Du fait de contraintes de temps, nous n'avons pas procédé à la triangulation des données.

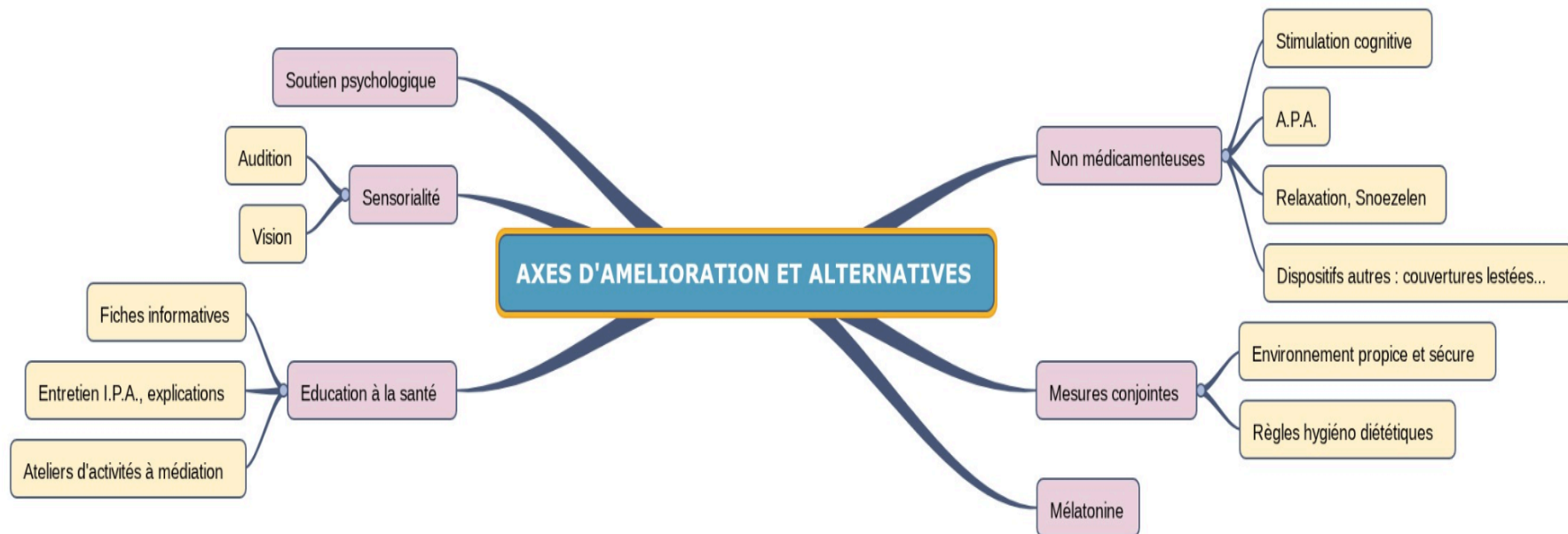
5. Cadre législatif

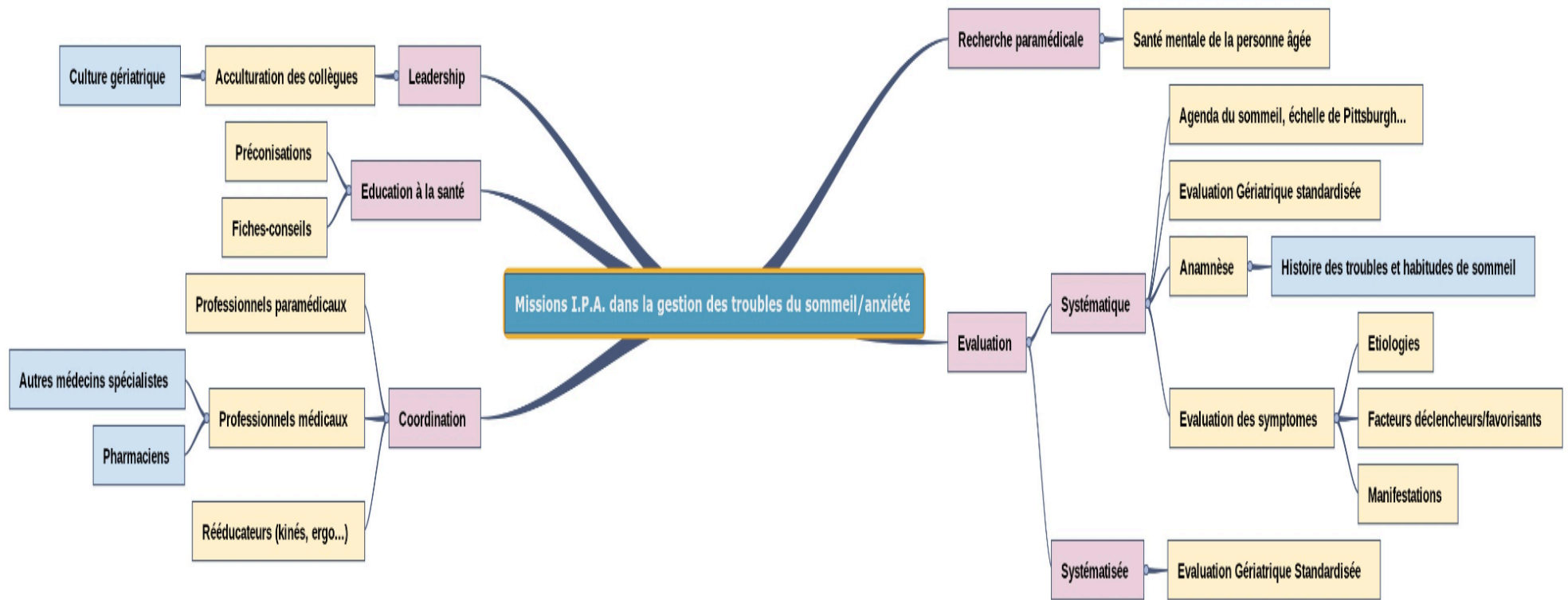
Conformément à la Loi Jardé, notre étude de recherche relève des recherches non-interventionnelles. Elle a été enregistrée auprès du délégué à la protection des données (D.P.O.), en application du règlement général sur la protection des données (R.G.P.D.) (*Annexe 5 : Attestation d'enregistrement DPO*).

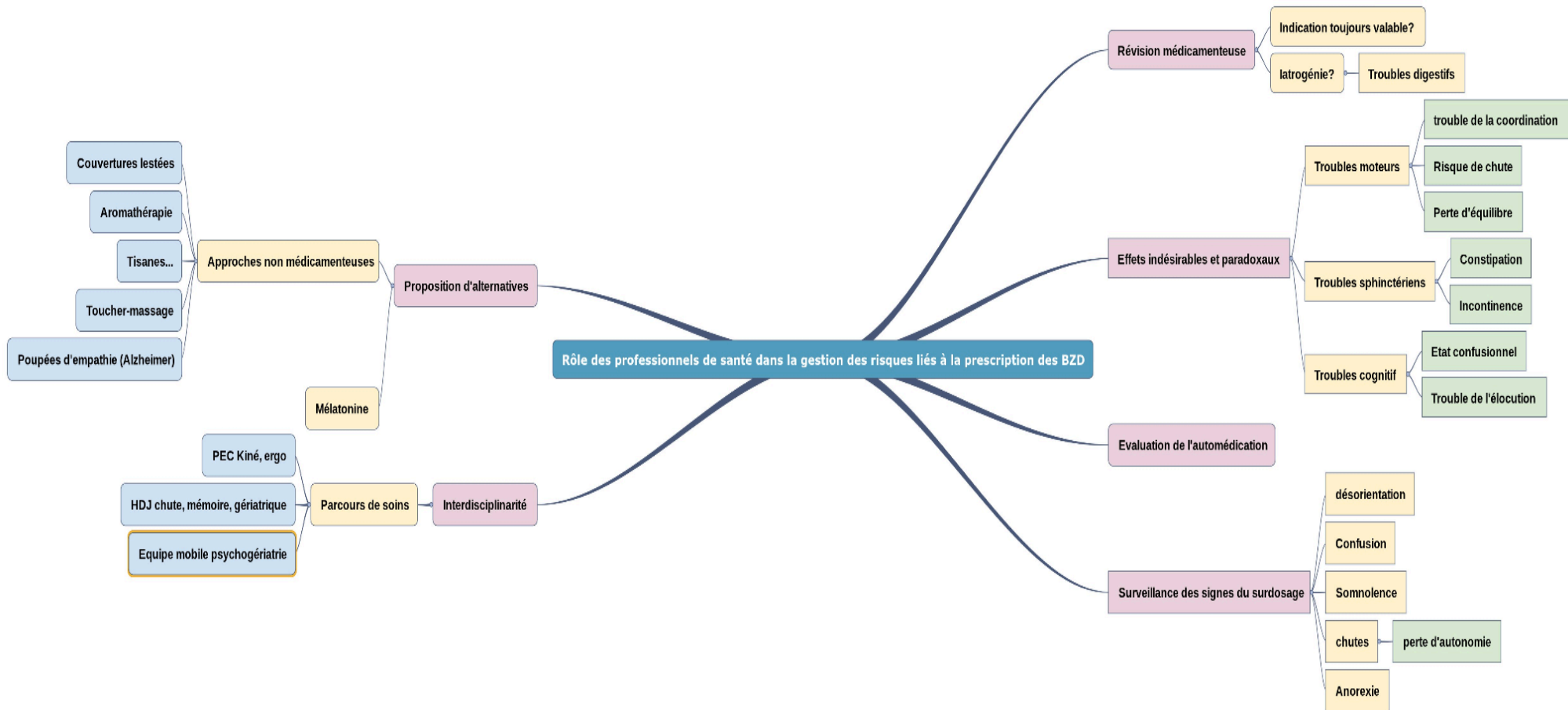
RÉSULTATS











ANALYSE

1. L'évaluation des troubles du sommeil

1.1 Une évaluation systématique / systématisée ?

L'évaluation des troubles du sommeil fait partie intégrante de l'évaluation gériatrique standardisée.

P 1 : *“En fait euh, moi mon constat c'est que les personnes âgées quand elles rentrent en EHPAD le médecin traitant, ne suit plus la personne, et donc euh l'ordonnance elle reste telle quelle jusqu'à ce que le médecin co' voit la personne. “*

P 2 : *“Alors oui, complètement puisque ça fait partie intégrante de l'évaluation gériatrique standardisée, qui est multidimensionnelle et voilà, tout comme on pose les questions sur les troubles de la mémoire ou des douleurs, on pose aussi les questions sur la qualité du sommeil, sur l'anxiété (...).*

P 4 : *“J'interviens dans la prise en charge des patients ayant des troubles du sommeil ou de l'anxiété”.*

P 5 : *“On évalue systématiquement dans les 24-48 premières heures d'hospitalisation”*

P 6 : *“On évalue, surtout avec les A-S, qui sont plus proches des résidents ou patients. On évalue la qualité et la quantité de sommeil, l'irritabilité, l'agitation, la somnolence, les levers fréquents la nuit pour uriner par exemple”.*

P7 : *“J'évalue la quantité, la qualité du sommeil, la durée, la continuité”.*

1.2 La spécificité des sujets âgés souffrant de troubles psychiques

Les sujets âgés souffrant de troubles psychiques requièrent une attention particulière dans l'évaluation de leurs troubles :

P 3 : *“L'évaluation est systématique, sauf chez les patients ayant un suivi psychiatrique, c'est le psychiatre qui réévalue”.*

P 1 : *“Je vois avec le psychogériatre pour les ordonnances contenant des neuroleptiques”.
“On en a une belle part, parce qu'on a deux unités, alors une unité de type MAMA, et une UHR*

P 4 : *“J’interviens dans la prise en charge des patients présentant des troubles du sommeil et également de l’anxiété”.*

1. 3 Troubles du sommeil et causes somatiques ou iatrogénie

La perturbation du sommeil, ou de tout autre paramètre physiologique, doit faire évoquer, en premier lieu, la recherche d’une cause iatrogène ou somatique. C’est pourquoi il est primordial de réaliser un interrogatoire ainsi qu’un examen clinique le plus complet possible afin d’orienter de façon pertinente le projet thérapeutique.

P 1 : *“Tout trouble la nuit doit être associé à une recherche d’épine irritative, euh, type bladder scan, revoir un peu le transit du patient, évaluer et gérer la douleur avant (...)”.*

P 3 : *“Oui (...) en général quand on transmet des troubles du sommeil, je vais aller bilanter un peu la personne”.*

P 6 : *“On fait une fenêtre thérapeutique à l’admission pour éliminer une cause organique”.*

1.4 Troubles du sommeil et troubles cognitifs

La iatrogénie médicamenteuse chez le sujet âgé induit ou majore en particulier avec les psychotropes, des troubles mnésiques.

P 4 : *“Chez les patients qui présentent des troubles cognitifs, il m’arrive que les gériatres m’adressent les patients pour évaluer un traitement, euh.. que ce soit un traitement antidépresseur, que ce soit un traitement anxiolytique ou encore un traitement pour les troubles du sommeil”.*

“C’est vrai qu’en gériatrie on essaie de limiter au maximum la prise de traitement, parce qu’on sait que ça a vraiment un effet délétère, que ça soit sur le plan mnésique et sur la tolérance au traitement chez les personnes âgées”.

2 . Les prescriptions de benzodiazépines chez la personne âgée

2.1 La réévaluation thérapeutique

Une réévaluation régulière des traitements psychotropes, en lien avec les médecins prescripteurs est réalisée. Il est aussi nécessaire d'identifier l'ensemble des traitements inducteurs du sommeil. Dans certains établissements, les logiciels de D.P.I. affichent des recommandations thérapeutiques, en appui aux prescriptions. Dans certains cas, une fenêtre thérapeutique est systématiquement réalisée à l'admission, afin d'évaluer l'état de base du patient et de déceler d'éventuels troubles somatiques sous-jacents pouvant interférer avec le comportement ou le sommeil. Cette pratique s'inscrit dans une logique de démarche clinique rigoureuse.

P 1 : *“Sur les anxiolytiques ou sur les somnifères, voilà je pose directement la question au médecin, est ce qu'on va vers un switch de la molécule, est ce qu'on change? Parfois ça peut être aussi une histoire de galénique qui est plus forcément adaptée.”*

P 2 : *“Alors on recherche toujours s'il y a un traitement inducteur du sommeil parce que faut savoir que c'était des traitements qui sont pas toujours sur la même ordonnance que les traitements de fond”*

P 6 : *“Alors on a les recommandations qui sont affichées à côté des prescriptions thérapeutiques dans le DPI. On fait toujours une fenêtre thérapeutique à l'admission, afin d'avoir l'état de base du sujet, et de pouvoir discerner un trouble somatique sous-jacent.*

P 7 : *Les traitements sont prescrits par le médecin coordinateur de la structure, ou par le médecin traitant du résident, mais l'administration thérapeutique est parfois “laissée” à l'aide soignante”*

P 9 : *“Je suis jeune diplômée, j'applique les prescriptions médicales”.*

2.2 Le misuse

L'absence de réévaluation des troubles ainsi que des thérapeutiques induit un mésusage, avec au cours du temps une absence d'indication, voire un mésusage.

P2 : (...) j'ai encore beaucoup de patients qui sont sous Bromazepam, avec des ordonnances de 1 quart, 1 à 4 fois par jour, et en fait on ne sait pas ce que prend la personne(...)

P3 : (...) c'est vrai qu'y a des résidents qui viennent de ville, de leur domicile, qui arrivent avec leurs prescriptions médicales de ville, et c'est vrai que parfois on voit euh... des prescriptions de benzos qui outrepassent les recommandations (...)ou les demi-vies sont assez longues et du coup chez les gens qui ont des troubles cognitifs on sait que c'est pas recommandé, mais c'est vrai qu'y a beaucoup de mésusage de ces molécules.

P 4 : “Alors bien sûr, on en a beaucoup. On a quand même beaucoup de patients qui arrivent avec une liste de médicaments (...) la problématique c'est qu'on a souvent des patients qui ont des médicaments qu'ils prennent depuis de nombreuses années et qui n'ont pas forcément été réévalués”.

Néanmoins, certains professionnels utilisent les benzodiazépines... en relais d'autres psychotropes, aux effets secondaires délétères, notamment chez la personne âgée.

P5 : “Alors on s'aperçoit, que quand ils viennent de la ville, les benzodiazépines sont encore peu utilisées; en fait ils utilisent encore beaucoup de choses comme ... l'atarax, qu'on n'aime pas du tout, les neuroleptiques, qu'on n'aime pas du tout, et en fait euh on est régulièrement amenés à switcher de façon prudente ces traitements pour amener tout doucement l'utilisation des benzodiazépines en fait.”

2.3 ... et ses conséquences

Les personnes âgées sont parmi les plus exposées aux effets secondaires des benzodiazépines: augmentation des risques de chutes et de fractures de hanches, altération des fonctions cognitives, survenue d'un état confusionnel

P 1 : “le motif principal c'est l'évaluation de la chute chez le sujet âgé”.

P 4 : “Euh c'est vrai qu'en gériatrie on essaie de limiter au maximum la prise de traitement, parce qu'on sait que ça a vraiment un effet délétère, que ça soit sur le plan mnésique et sur la tolérance au traitement chez les personnes âgées. (...) Il va y avoir un impact aussi, sur tout ce qui est risque de chute, somnolence (...). L'objectif c'est de limiter le risque de chute, forcément et euh, de limiter la cascade gériatrique en fait, de limiter les fragilités gériatriques”.

3 Les axes d'amélioration et alternatives

3.1 Les approches non médicamenteuses

Les alternatives proposées autant que possible, non médicamenteuses, mais faute de moyens humains et de temps, ces techniques ne sont pas toujours possibles. Les préconisations en matière d'alternatives thérapeutiques associent l'utilisation de techniques de relaxation, ou de soins à médiation, à visée anxiolytique (Relaxation, toucher-massage, ici cités), et l'utilisation de la mélatonine.

P 3 : *“(…) alors ce qui est très bien c'est qu'on est autorisés à venir travailler avec nos chiens (…) j'en parlais ce matin avec une ergothérapeute, qui m'expliquait que la dernière fois qu'elle a voulu aller voir une résidente qui était en fin de vie, qui a déjà des rétractions articulaires douloureuses (…) elle m'expliquait qu'elle avait eu beaucoup plus de facilités à la mobiliser, euh que aud y'avait pas le chien, par exemple.”*

P 6 : *“On peut utiliser le toucher-massage(…)”, “On utilise aussi beaucoup la mélatonine”.*

P 7: *“J'utilise les massages, l'utilisation d'huiles essentielles, de lavande ou camomille. On peut aussi proposer des tisanes. On essaie de favoriser l'activité physique et la stimulation intellectuelle la journée, la marche (…) on peut proposer aussi les couvertures lestées”.*

P 8: *“Je peux mettre de la musique douce, de relaxation, on a aussi des couvertures lestées, qui favorisent l'enveloppement, la détente et l'apaisement. L'homéopathie peut aussi être utilisée, mais de façon moindre, car cela induit un coût supplémentaire pour le résident et sa famille (non remboursement des dispositifs)”.*

P 9 : *“Je veille à favoriser l'environnement apaisant et je propose systématiquement le traitement médicamenteux prescrit”.*

P 4 : *“On peut proposer des séances de toucher-détente, de massages et aussi de réflexologie plantaire, par une collègue formée”. “L’objectif c’est quand même d’apporter des techniques non médicamenteuses en fait”*

3.2 La Mélatonine

La mélatonine est une hormone naturelle produite par la glande pinéale, et sa sécrétion augmente peu après la tombée de la nuit. Elle participe au contrôle des rythmes circadiens et à la régulation du rythme jour-nuit, et est aussi associée à un effet hypnotique ainsi qu’à une propension accrue au sommeil.

Elle est fréquemment proposée et prescrite, mais elle doit être couplée à des mesures hygiéno-diététiques afin d’avoir une action optimale.

P 2 : *“Alors la mélatonine, j’en prescris très souvent, en première intention quand y’a des troubles du sommeil, je vais préférer si le patient est naïf de toute benzodiazépine (...) ce médicament ne va pas induire d’accoutumance (...) si le patient se réveille et déambule la nuit y’a pas de risque de chute associé”.*

P 3 : *“Alors je suis très positionnée en fait sur la mélatonine, parce que ça doit regrouper des critères qu’on ne peut pas forcément respecter en EHPAD. En fait on ne peut pas attendre que la mélatonine elle soit efficace, ça a un coût en plus de ça”*

P 4 : *“On va plus favoriser la prise de mélatonine”.*

P 5 : *“(…) on propose effectivement de la mélatonine, du circadin (...)”*

P 6 : *“On utilise beaucoup la mélatonine (...)”.*

P 7 : *“La mélatonine, quand elle est prescrite et qu’elle peut être fournie par l’entourage, car ce n’est pas remboursé”*

3.3 Le soutien psychologique

L’objectif principal est d’aider les personnes âgées à « bien vieillir » avec le soutien de la psychologie, à maintenir leur autonomie, à améliorer leurs capacités d’adaptation et à faire face efficacement aux défis du vieillissement.

P 3 : *“Là chez nous y’a une psychologue (...) elle sait par exemple que tous le vendredis elle a ces résidents-là parce qu’ils ne peuvent pas faire sans accompagnement psychologique*

3.4 Bien vieillir : de l'importance de bien entendre

Les troubles sensoriels affectant le goût, l'odorat, le toucher, la vue et l'audition apparaissent avec l'avancée en âge. Leur impact est d'autant plus important qu'ils peuvent entraîner une perte d'autonomie.

P 3 : "Y'a aussi les laboratoires qui viennent pour voir l'audition des personnes, parce que ça a été prouvé ça aussi, qu'un bon appareillage auditif pouvait diminuer les troubles du comportement".

4 Le leadership et la posture infirmière

4.1 Le concept de culture gériatrique

La culture gériatrique reste peu connue de tous. L'importance du savoir-être, du contact humain et de l'expérience est soulignée, tout comme la collaboration renforcée avec les aides-soignants. Une attention particulière est portée aux troubles psychiques et à leurs causes possibles. Un parcours personnel en lien avec la maladie d'Alzheimer motive un engagement fort en gériatrie

P 3 : *"En fait, y'a une culture gériatrique qui est pas forcément connue de tous."*

P 5 : *"Là où on a du mal parfois (...) parfois je vais donner des avis en fait dans le cadre d'une équipe mobile et effectivement dans les services de court séjour autres que gériatrie, t'as du mal, parce que là y'a pas la culture gériatrique".*

P 6 : *"Pour moi, ce qui compte vraiment, c'est le savoir-être. L'attitude qu'on adopte, le contact, que ce soit verbal ou physique, ça change tout avec les patients. Et ça, on l'apprend surtout avec l'expérience."*

P 7 : *"On travaille en binôme avec les aides-soignantes. Franchement, leurs compétences ont évolué, elles savent évaluer, prendre des initiatives... c'est devenu indispensable."*

P 8 : *"Avant, je travaillais de jour, ça m'a permis d'être plus attentive à certains signes : les angoisses, la dépression... Et je me demande toujours s'il n'y a pas des causes iatrogènes ou organiques derrière les troubles du sommeil."*

P 9 : *"J'ai pas encore beaucoup d'expérience, mais j'ai aidé ma grand-mère atteinte d'Alzheimer. Elle vivait avec nous. C'est ce qui m'a poussée à faire cette formation, et je veux vraiment rester en gériatrie."*

4.2 La formation des pairs

Essentielle, mais faute de temps, elle n'est pas toujours réalisable... l'expérience de terrain reste très valorisée.

P 1 : *“Alors pour l'instant pas tant que ça j'ai envie de dire, c'est plus lors des synthèses avec les équipes, on peut parler de certains conseils, mais c'est quelque chose que j'aimerais mettre en place”.*

P 3 : *“J'ai plus un rôle de leadership auprès des infirmiers et des aides-soignants, parce que c'est vrai que, en général, on a entre guillemets “la demande facile” d'introduire quand y'a des troubles du comportement (...) donc en fait mon rôle ça a été de leur expliquer que le médicament n'est pas forcément la réponse à tout (...). C'est des choses qu'on essaie de travailler au quotidien avec les équipes, euh, de pas banaliser ces molécules là, et de ne pas prescrire juste parce que la personne est agitée ou parce qu'elle ne veut pas dormir.”*

P 4 : *(...) je représente le groupe de recherche non médicale au sein du pôle de gériatrie, et puis des petites sessions aussi de formation et de sensibilisation (...).*

4.3 La démarche d'éducation à la santé

Certaines équipes de soins s'appuient sur les compétences des personnes âgées, maintenant ainsi leur autonomie le plus possible et favorisant l'empowerment.

P 4 : *“J'remets également aux patients, on a travaillé avec l'équipe infirmière sur des fiches conseils, notamment sur les troubles du sommeil et sur les astuces à préconiser et à mettre en place pour justement favoriser l'endormissement et le sommeil en fait”;*

“On essaie toujours de favoriser la prise en charge non médicamenteuse”.

5 - La pluridisciplinarité dans la prise en soins

5.1 La collaboration IPA-médecin dans les soins

La prise en soins en gériatrie est holistique, et il est primordial de croiser les regards des différents professionnels qui y gravitent.

P 1 : *“(…) j’ai la chance de travailler en direct avec le médecin, hein, médecin coordinateur (…) ce qui fait qu’une fois que j’ai fini mes visites, si j’ai des questions, sur les anxiolytiques ou les somnifères, eh voilà je lui pose directement la question (…)”*.

P 3 : *“Ben chez nous les médecins ils sont quand même assez raccord, parce qu’on a une gérontopsy avec nous, on a deux anciens médecins généralistes, dont deux de plus de 40 ans de médecine générale derrière eux, et euh, on a un jeune médecin en formation, donc (…) ils sont tous raccord sur la vigilance à avoir quand on utilise les benzodiazépines chez les personnes âgées”*.

P 4 : *“Et je travaille de toute façon toujours en collaboration avec les gériatres”*.

5.2 Et la plus-value d’une psychogériatre et/ou d’une psychologue :

La spécificité des troubles psychiques chez les sujets âgés requiert un regard spécialisé; cela concerne toute personne âgée sujette à des troubles psychiques qui sont déjà apparus à l’âge adulte et qui persistent ou qui sont diagnostiqués avec l’âge ou dans le cadre de la démence

P 1 : *“Et on a la chance aussi d’avoir une psychogériatre, qui intervient”. “Faudra qu’on voit justement avec notre psychogériatre pour euh, peut être diminuer un peu les traitements (…) la personne a dpu mal à participer aux activités, elle fait apathique, alors je pense qu’une réévaluation et qu’un réajustement de traitement, ça peut être complètement bénéfique”*.

P 3 : *“(…) mais elle peut pas avoir un suivi régulier, donc elle nous aide “ à lire plutôt le résident”, plutôt que d’entamer une psychothérapie, avec lui, soit par manque de temps, soit par présence de troubles neuro-cognitifs.”*

P 4 : *“On a la possibilité, on a la chance d’avoir deux neuropsychologues dans notre service, donc lorsque les patients viennent soit en hospitalisation ou en consultation, on peut organiser également un temps d’écoute et un temps d’accompagnement avec notre neuropsychologue”*.

5.3 L'interdisciplinarité pour faciliter les parcours

L'interdisciplinarité, ou interprofessionnalité, consiste en la mise en commun des compétences des différents professionnels œuvrant auprès du patient, pour servir au mieux un même projet : l'efficacité du parcours de soins.

P 4 : *“S’il y a nécessité que le patient ait besoin de voir un kinésithérapeute ou de faire une réévaluation plus globale, on va l’orienter vers un hôpital de jour et vers une conciliation médicamenteuse avec la pharmacienne. On a une équipe mobile de psychogériatrie (...) qui nous permet de faire le relais sur le domicile. Donc si par exemple je vois qu’un patient a des troubles anxieux et probablement un syndrome dépressif qui nécessite un accompagnement plutôt sur le long terme, ou parfois on a des patients aussi qui vont être réfractaires à venir à l’hôpital, c’est vrai qu’il y a un relai avec les collègues de l’équipe mobile de psychogériatrie (...). Après on fait également des relais en CMP si c’est nécessaire et euh.. avec une psychologue, en fonction des situations”.*

5.4 L'importance de la révision médicamenteuse

Cette démarche concourt à l'optimisation de la prise en charge thérapeutique du sujet âgé. Elle nécessite un temps pharmaceutique significatif, accordé à la séance pluridisciplinaire. Le temps est un paramètre crucial au déploiement de l'activité.

P 1 : *“Non, non, y’a pas vraiment de révision avec le pharmacien. Euh il appelle quand y’a un doute sur une prescription (...) s’il y a un doublon de prescription, si y’a une fonction rénale qui est un peu déconnante ...”*

P 3 : *“En fait y’a une étude, y’a déjà quelques années, qui avait mis en avant l’importance de la présence du pharmacien dans la révision des lignes de traitement. (...) soit quand le résident arrive j’appelle le pharmacien et on discute ensemble des thérapeutiques si le temps le lui permet (...).”*

P 4 : *“(…) alors ça nous arrive aussi d’avoir des patients qui arrivent avec une liste de traitements euh, très très importante, donc là on leur propose aussi une conciliation médicamenteuse avec la pharmacienne clinicienne”.*

P 5 : *“(…) au niveau de la consultation lorsqu’on fait une révision de l’ordonnance (...) ils ont une tartine de benzos, de traitements psychotropes, euh d’hypnotiques, et effectivement, à l’aide d’un gériatre, on fait des révisions d’ordonnance (...). Si on peut on révisé toute l’ordonnance”.*

DISCUSSION

1. Les troubles du sommeil chez le sujet âgé : évaluation et prise en soins

L'objectif de ce travail de recherche était de mieux connaître les missions de l'I.P.A. en gériatrie, dans le repérage, l'évaluation et la réévaluation des troubles du sommeil chez le sujet âgé, ainsi que le repérage du mésusage des benzodiazépines dans le traitement des troubles du sommeil.

Nous avons également souhaité connaître le positionnement des infirmiers exerçant de nuit en gériatrie, leur utilisation des alternatives non médicamenteuses, ainsi que les axes d'amélioration dans la prise en soins des troubles du sommeil chez le sujet âgé.

La multitude de recommandations abondant en faveur d'une diminution de l'usage des psychotropes chez la PA est contrebalancée par leur nécessité dans certains contextes cliniques, complexifiant la prise en soins. Dans l'étude de Etchepare et al., seulement 8 % de concordance est retrouvée entre les prescriptions de psychotrope chez la PA et les recommandations de la HAS. De plus, ces médicaments sont pour la majorité d'entre eux présents sur la liste des médicaments potentiellement inappropriés (MPI) selon les critères de Beers [6]

L'I.P.A., de par ses connaissances supplémentaires acquises au cours des deux années de formation, a un rôle dédié dans le repérage des troubles du sommeil, de l'anxiété, mais aussi du mésusage des benzodiazépines. De par son expérience et sa formation complémentaire en pratique avancée, il sera à même de repérer et d'orienter vers le dépistage de trouble (s) somatiques sous-jacents, tels que par exemple l'infection urinaire, les troubles du transit, un processus infectieux, une douleur... Formé à l'évaluation gériatrique standardisée, l'IPA sera un expert clinique du vieillissement, capable d'un raisonnement gérontologique dans l'accompagnement de la personne âgée.

2. Le misuse des benzodiazépines chez la personne âgée

En France, alors que 20,8 % de la population avait 60 ans ou plus en 2005, cette proportion atteindra 30,6 % en 2035 et 31,9 % en 2050 d'après les projections de l'Insee. Cette population vieillissante est connue pour être plus vulnérable aux événements indésirables iatrogènes.

En effet, la réponse aux médicaments administrés est influencée par les paramètres biologiques et physiologiques modifiés avec l'âge tels que la fonction rénale, le volume de distribution et le taux d'albumine. De plus, cette population est souvent polymédiquée, ce qui majore le risque de survenue d'évènements indésirables iatrogènes.

Ainsi, un médicament bénéfique chez un sujet jeune peut parfois être considéré comme néfaste chez un sujet âgé.

L'iatrogénie médicamenteuse du sujet âgé peut avoir pour origine trois modalités de prescriptions sous-optimales :

- L'overuse (sur-utilisation de traitement) : l'indication du traitement n'existe plus ou n'a jamais existé :

- L'underuse (sous-utilisation de traitement) : un traitement pourtant indiqué n'est pas prescrit ;

- Le misuse : les risques encourus par la prise du médicament sont supérieurs aux bénéfices attendus.

Les données recueillies au travers des entretiens ont permis de mettre en évidence le mésusage, surtout par la non-réévaluation, pour différentes raisons, des traitements anxiolytiques, et notamment des benzodiazépines, instaurées. Les publications scientifiques alertent depuis plusieurs années les médecins généralistes sur les potentiels risques de certains médicaments chez la personne âgée, notamment sur le risque de chute, fréquemment associé. Dès l'initiation d'une prescription de benzodiazépine, il est recommandé par l'ANSM, de prévoir et d'expliquer au patient l'arrêt à venir du traitement (20).

3. La révision médicamenteuse

En France, selon un rapport de la Haute autorité de santé (HAS), les patients de 65 ans et plus consomment en moyenne 3,9 médicaments différents en une journée. Ce chiffre s'élève à 4,4 pour les sujets âgés de 80 ans et plus (21).

Chez les personnes âgées, plusieurs médecins spécialistes interviennent, ce qui favorise la multiplicité des prescriptions. De plus, ces patients ont été le plus souvent hospitalisés au préalable en court séjour gériatrique et en soins de suite gériatrique, ce qui implique différentes habitudes médicales. Il est donc souhaitable de revoir l'ensemble de l'ordonnance par un médecin unique (gériatre), lors d'une hospitalisation de longue durée. Le travail en équipe pluridisciplinaire permet de s'affranchir des habitudes de prescription du praticien, de

mettre en commun les compétences de chacun, et permet pour le pharmacien de mieux prendre en compte le contexte clinique du patient, ce qui n'est pas toujours réalisable *via* le seul dossier patient informatisé (22).

Les besoins médicamenteux du patient évoluent entre le moment de la mise sous traitement lorsque le patient était actif à son domicile par exemple, et la période d'hospitalisation au cours de laquelle il est dépendant. L'analyse ligne à ligne de la prescription assure une évaluation de la balance bénéfique/risque de chaque traitement afin de ne pas exposer les patients à des risques injustifiés.

Un projet novateur dans le repérage et la prévention de la l'iatrogénie médicamenteuse a vu le jour, d'abord porté par le CHU d'Amiens, puis étendu au CHRU de Lille
Ce parcours comporte plusieurs étapes, selon les deux portes d'entrée : hospitalière et ville :

1. Repérage des patients à risque
 - Porte d'entrée hospitalière : lors de l'hospitalisation sur la base de différents critères (hospitalisation suite à un évènement iatrogène, traitement à marge thérapeutique étroite, plus de 3 modifications thérapeutiques)
 - Porte d'entrée ville : réalisé par les professionnels de santé libéraux, médecin traitant ou pharmacien d'officine, sur la base de 2 critères impératifs (patient âgé de 75 ans et plus et dont l'ordonnance comprend au moins 10 médicaments)
2. Inclusion dans le dispositif
 - Porte d'entrée hospitalière : après accord du médecin traitant et du pharmacien d'officine et après information au patient et/ou à l'aidant
 - Porte d'entrée ville : après information au patient et/ou à l'aidant et programmation d'une consultation à l'hôpital avec un gériatre et un pharmacien
3. Réévaluation thérapeutique, basée sur les référentiels scientifiques, au cours de l'hospitalisation ou de la consultation, au vu des problématiques aiguës du patient ainsi que de son historique médical à disposition.
4. Concertation pluri professionnelle entre les professionnels de ville, médecin traitant et pharmacien d'officine, et l'équipe hospitalière, gériatre et pharmacien, par téléphone ou en visioconférence selon les disponibilités, afin de discuter de la prise en charge du patient et de valider ou non les recommandations d'optimisation médicamenteuse proposée par l'équipe hospitalière

5. Élaboration du Plan Pharmaceutique Personnalisé (PPP) reprenant les différents éléments retenus au cours de la RCP
6. Suivi du patient selon le PPP élaboré ensemble
7. Clôture et facturation

L'étude IATROPREV, sur la réunion multidisciplinaire pour l'élaboration d'un plan pharmaceutique personnalisé (PPP) pour les personnes âgées à leur sortie d'hôpital, publiée en mai 2025, a montré que les personnes âgées sorties d'une unité de soins gériatriques ont bénéficié d'un grand nombre de changements de médicaments et de recommandations pour un suivi et un soutien à domicile. Cette étude du programme IATROPREV suggère qu'une réunion multidisciplinaire avec le médecin de famille et le pharmacien communautaire au moment de la sortie de l'hôpital contribuerait à améliorer l'adhésion aux recommandations ; même si chaque patient avait en moyenne 15 recommandations, le taux de mise en œuvre à 3 mois était élevé. Malheureusement, le refus fréquent des médecins traitants de participer à IATROPREV signifie que cette approche ne peut être proposée à tous les patients.

4. Les alternatives non médicamenteuses

Elles doivent en premier lieu et systématiquement être proposées; les mesures d'hygiène du sommeil et d'hygiène de vie constituent une base au traitement :

Toutes ces mesures ne sont pas toujours simples à respecter en collectivité, et notamment en institution..., mais nous devons au maximum veiller à personnaliser la prise en soins.

La Thérapie cognitivo-comportementale (TCC) est validée par différentes études^(BARBAUX, 2020) dans le traitement de l'insomnie chronique du sujet âgé, et elle reste conseillée en cas d'insomnie chronique avec dépendance aux hypnotiques chez des sujets sans troubles cognitifs

La mélatonine, qui tend à être proposée comme alternative aux hypnotiques, devrait être associée à la photothérapie, le matin, serait efficace pour consolider le rythme veille/sommeil(23).

5. Missions de l'I.P.A. en gériatrie

De par ses compétences cliniques élargies, l'IPA acquiert une expertise clinique intégrative au vieillissement, et fait preuve d'un raisonnement clinique gériatrique dans l'accompagnement des personnes âgées.

La hiérarchisation, l'adaptation et l'ajustement des soins, ainsi que la prévention des complications responsables de la cascade gériatrique et d'événements préjudiciables en terme de dépendance et de perte d'autonomie, d'hospitalisation, de coût et de mortalité accrue, en constituent ses missions principales. Formés au cours d'un deuxième cycle universitaire, les I.P.A. interviennent en contact direct avec la personne -entendue au sens de l'individu et de sa famille- dans de nombreux champs de la pratique et dans un esprit de collaboration avec leurs collègues infirmiers et autres professionnelles de santé.

La pratique avancée infirmière nécessite une approche systémique.

De part sa compétence de collaboration, elle fait notamment le lien avec les Filières gériatriques et les CR3PA (Centres de Ressources en Psychogériatrie et Psychiatrie de la Personne Âgée), dans la perspective d'élaboration du Projet Territorial de Santé Mentale (P.T.S.M.) 2026-2031. Ce projet est un outil de déclinaison de la politique de Santé Mentale, élaboré à l'initiative des acteurs locaux. Son objectif est d'améliorer l'accès des personnes concernées à des parcours de santé et de vie de qualité, sécurisés et sans rupture.

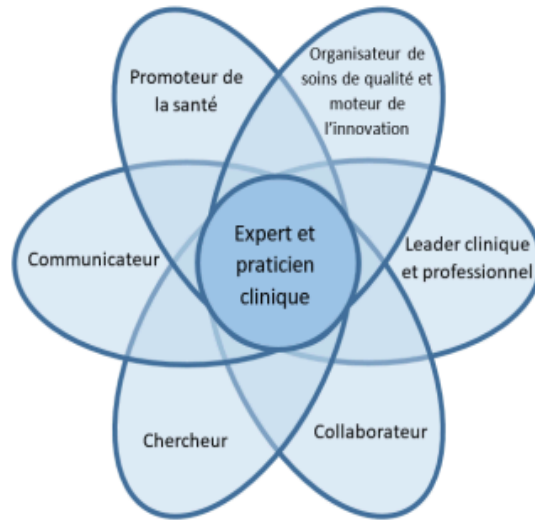
Ces PTSM comportent des actions :

- De promotion de la santé,
- De prévention,
- De diagnostic,
- De soins et de réadaptation.

Le PTSM actuel prévoit, dans son axe prioritaire n°2 : Organisation du parcours de santé et de vie sans rupture : l'accompagnement de la filière gériatrique de la Flandre Intérieure au déploiement d'un parcours psychogériatrique.

L'I.P.A formée au suivi des pathologies chroniques, du vieillissement, et des troubles psychiques, serait une ressource pour le repérage, le dépistage, l'orientation et le suivi de ces sujets.

Par son leadership, elle prône le développement de la réflexion éthique, avec l'objectif du respect de la balance bénéfique/risque de chaque action de soin.



DOMAINES DE COMPÉTENCES de l'IPA

- ① **Expert et praticien clinique:** l'IPA en tant qu'expert et praticien clinique autonome
- ② **Organisateur de soins de qualité et moteur de l'innovation:** l'IPA en tant qu'initiateur, innovateur, coordinateur et organisateur de soins de qualité
- ③ **Leader clinique et professionnel:** l'IPA en tant que leader clinique et professionnel et modèle de rôle dans la professionnalisation de la profession infirmière
- ④ **Collaborateur:** l'IPA comme promoteur de la collaboration interprofessionnelle
- ⑤ **Chercheur:** l'IPA en tant que chercheur et implémenteur de la pratique informée par la recherche et en tant que formateur et accompagnateur des autres professionnels
- ⑥ **Communicateur:** l'IPA en tant que communicateur avec les personnes, leur entourage et les autres professionnels
- ⑦ **Promoteur de la santé:** l'IPA comme coach, conseiller et participant et / promoteur du débat sociétal

Compétences de l'I.P.A. selon le modèle des CanMeds (Canadian Medical Educational Directions for Specialists. Frank, Snell, & Sherbino, 2017).

FORCES ET LIMITES

1. Les forces de l'étude

Le thème choisi est vaste, tant sur le plan gériatrique, que sur l'aspect pharmacologique. , amène à une réflexion plus élargie du repérage, du dépistage et de la prise en soins des troubles psychiques, au sens large, chez la personne âgée.

Le choix de la méthodologie qualitative a permis d'identifier divers points de vue, sur les thématiques questionnées (choix des alternatives non médicamenteuses, organisation des soins...). La rencontre aussi avec les infirmiers de nuit a mis en valeur leurs compétences dans la prise en soins des troubles du sommeil et de l'anxiété chez la personne âgée.

2. Les limites de l'étude

Il a fallu cibler les données de la revue de littérature, éviter de diverger lors des entretiens avec les professionnels contactés, ce qui a malgré tout créé des biais.

L'échantillonnage a été restreint, malgré les différents contacts et relances réalisés.

La contrainte spatio temporelle n'a pas permis de réaliser davantage d'entretiens.

La collecte des données non exhaustive car professionnels n'ayant pas répondu, ou ayant différé l'entretien, qui n'a finalement pas été réalisé.

La non-utilisation d'un logiciel de codage et d'analyse des données a pu induire plusieurs biais (Biais de sélection, et biais de confusion, notamment).

LES PERSPECTIVES

Afin de favoriser le développement de la culture gériatrique au sein des unités de soins, l'IPA possède une place centrale, et ce travail amène à poursuivre la réflexion.

1. Des perspectives pour la recherche

Tant au niveau de la revue de littérature, que lors des entretiens, nous avons retrouvé le phénomène de misuse médicamenteux. L'insomnie est l'un des symptômes majeurs de la dépression, elle touche 85% des personnes souffrant de dépression, et selon l'O.M.S., 1 personne sur 5 souffrira de dépression au cours de sa vie. L'insomnie peut survenir à n'importe quel stade de la maladie (prodromes, phase aiguë, récurrence, rémission), et est associée à une évolution plus défavorable de la maladie, à un accroissement des symptômes, à des rechutes et à la majoration du risque de passage à l'acte suicidaire, qu'il faut évaluer, et d'autant plus en gériatrie.

Les benzodiazépines ne traitent pas la dépression, et ils peuvent en masquer les symptômes.

2. Des automatismes à mettre en oeuvre dans la pratique :

De part mon expérience professionnelle et ce travail de recherche, je me suis aperçue que le syndrome dépressif est sous-traité car sous diagnostiqué. Le leadership devrait permettre cette acculturation des soignants, du moins une sensibilisation au repérage des troubles, afin de pouvoir y proposer une prise en soins.

Les benzodiazépines, utilisées à long terme (au-delà de 3 mois), dans le traitement de l'anxiété et de l'insomnie, n'ont pas montré d'efficacité.

Des outils d'évaluation existent, et peuvent orienter dans la précision des troubles, même si l'approche clinique reste primordiale.

La démarche clinique de l'IPA :

Le processus de vieillissement peut entraîner une perte de l'autonomie, ainsi qu'une aggravation des pathologies chroniques ; ce processus est amplifié par l'allongement de la durée de la vie, c'est pourquoi les personnes âgées doivent bénéficier d'une évaluation et

d'une prise en soins spécifiques, dans le cadre d'un parcours de soins et de vie, d'autant que leurs situations évoluent de façon hétérogène.

L'utilisation de l'E.G.S. vise à déterminer le statut médical, psychosocial et fonctionnel de la personne âgée, afin de déployer une stratégie de traitement adaptée, ainsi qu'un suivi adéquat.

Cette évaluation permet de :

- Détecter les pathologies traitables passées inaperçues
- Réduire le déclin fonctionnel
- Réduire le taux d'hospitalisation
- Réduire le recours à l'institutionnalisation
- Diminuer de 35% la survenue d'effets secondaires médicamenteux.

Le concept de "culture gériatrique" : l'exercice professionnel, auprès de personnes âgées, quel que soit le lieu d'exercice, n'est pas toujours vécu par les professionnels comme valorisant. Ce secteur souffre toujours d'une image péjorative : charge de travail lourde et répétitive, impression de « pertes des acquis » verbalisée par les étudiants ou jeunes professionnels dans des services où ils pensent qu'il n'y a pas de soins techniques; confrontation aussi avec de nombreuses pertes : l'autonomie, les repères, la vie; confrontation difficile avec le corps vieillissant, usé, avec la perte des facultés mentales où tout dialogue construit et cohérent est impossible ; peur de ce que les vôtres ou vous-même pouvez devenir, miroir d'une réalité à laquelle nous ne souhaitons pas être exposés.

Au contraire, les soins auprès des personnes âgées poly-pathologiques demandent des compétences multiples et approfondies.

CONCLUSION

Ce travail a mis en lumière les difficultés, pour les médecins généralistes, dans l'accompagnement et le suivi des troubles psychiques, et notamment l'anxiété et le sommeil, chez les sujets âgés.

Les recommandations stipulent : qu'il y a rarement urgence à prescrire, qu'il faut prendre le temps de l'écoute et de la décision ; que si un traitement par benzodiazépine est nécessaire, sa durée de prescription doit être la plus courte possible. Dès l'initiation, il faut envisager avec le patient le processus de décroissance, et lui proposer une réévaluation clinique et thérapeutique à court terme (quelques jours à quelques semaines). Enfin, il est primordial d'évoquer les risques liés aux benzodiazépines, mais le "culte" du médicament en France reste important (un symptôme= un médicament).

La qualité de l'accompagnement du sujet âgé, et notamment sur ces troubles du sommeil et de l'anxiété, se basera sur le lien de confiance qu'entretient le sujet âgé avec le soignant. Cela conditionne l'apport d'éléments de réponse, l'échange autour de la prise en soins afin de pouvoir l'adapter et l'optimiser. En effet, il est à noter que seules 1 à 2 plaintes relatives au sommeil sur 10, relèveraient de l'insomnie véritable, et que l'impression de "mal dormir" pousse de nombreux sujets âgés à se plaindre d'insomnie, sans que cela en soit une.

D'autre part, du point de vue des soignants, la tendance à la déambulation, constatée notamment chez les sujets présentant une démence, peut occasionner une gêne pour les autres résidents et le personnel, et peut "susciter" une sollicitation de prescription de psychotropes auprès du médecin.

Le leadership clinique de l'I.P.A. peut davantage être mis en avant, ce qui permettra une vision "partagée" du soin, dans le respect des attentes, des besoins et des objectifs du patient. Ses compétences nouvellement acquises lui conféreront une "méta-vision" du parcours de soin, de santé et de vie de la personne âgée, lui permettant d'être l'interlocuteur principal.

Le dépistage des troubles du sommeil, de l'anxiété, et leur contexte de survenue, doit être systématique lors de l'évaluation gériatrique d'un sujet âgé. La présentation des troubles est

souvent atypique, avec des plaintes somatiques, des troubles cognitifs (“pseudo-démence”) et/ou fonctionnels, un sentiment de fatigue importante ou un manque d’énergie.

Si non diagnostiqués et non traités, ces troubles peuvent engendrer un isolement social, une perte de poids, une perte d’autonomie.

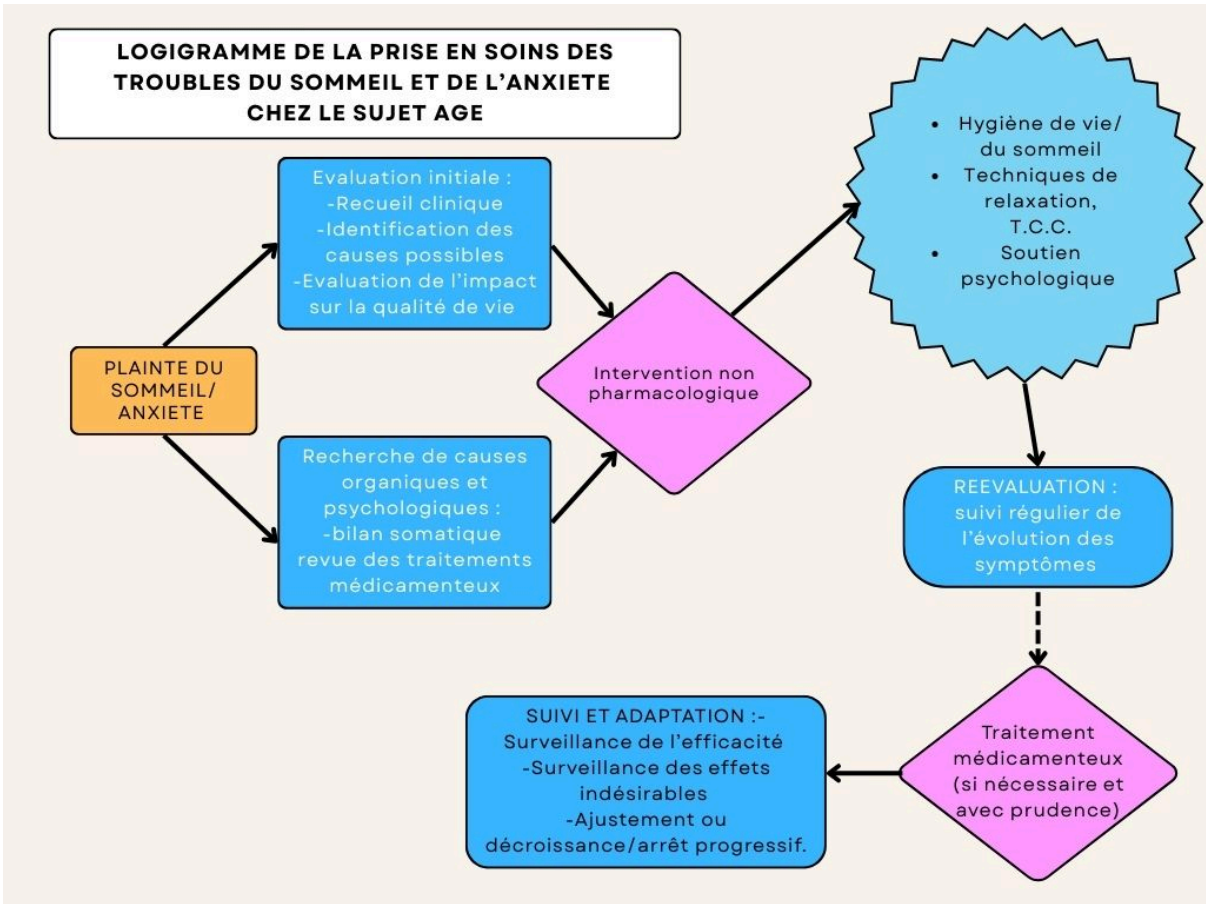
Les diagnostics gériatriques sont aussi courants que d’autres maladies chroniques et sont souvent associés à une perte d’autonomie dans les activités de la vie quotidienne. Leur évaluation systématique permet de détecter des troubles traitables, de réduire le déclin fonctionnel, de réduire le taux d’hospitalisation et le recours à l’institutionnalisation, et de diminuer de près de 35% la survenue d’effets iatrogènes.

Dans le cadre de mes futures missions en qualité d’infirmière en pratique avancée, j’interviendrais, d’une part, en E.H.P.A.D., dans le suivi des résidents, où j’attacherai une certaine importance au repérage des troubles psychiques en général, mais surtout des troubles anxiodépressifs et du sommeil en particulier. J’accompagnerai mes collègues dans la formation quant au repérage de ces troubles. Nous avons également un projet de consultation de dépistage des fragilités auprès de personnes âgées de plus de 65 ans, avec une évaluation “simplifiée”, mais holistique, des 6 fonctions essentielles au vieillissement en bonne santé.



Ma spécificité, sera de repérer précocement, les fragilités, et notamment les troubles psychiques, afin d’orienter de façon optimale les sujets vers des alternatives non médicamenteuses, ou si nécessaire, vers le dispositif de soins de santé mentale du secteur.

Pour se faire, j’ai créé un logigramme, reprenant les principales actions à mener ainsi que les alternatives à proposer :



BIBLIOGRAPHIE

1. Abdoul-carime S. Un tiers des personnes âgées vivant en établissement sont dans état psychologique dégradé. Direction de la recherche, des études de l' évaluation et des statistiques. 2020;(1141):6.
2. Nicolet L, Gosselin S, Mallet L. La deprescription des benzodiazépines chez la personne âgée. Institut nationale de santé publique au Québec;
3. Tu K, Mamdani MM, Hux JE, Tu J. Progressive Trends in the Prevalence of Benzodiazepine Prescribing in Older People in Ontario, Canada. J American Geriatrics Society. oct 2001;49(10):1341-5.
4. Friang C, Pop A, Jacob C, Bourgeois C, Vandoorme C, Baret A, et al. Bénéfice d'un jardin thérapeutique sur le sommeil dans les maladies neurocognitives. Gérontologie, psychologie et neuropsychiatrie du vieillissement; 2022.
5. Song Y, Dowling GA, Wallhagen MI, Lee KA, Strawbridge WJ. Sleep in Older Adults With Alzheimer's Disease. Journal of Neuroscience Nursing. août 2010;42(4):190-8.
6. Gin C. Médicaments Potentiellement Inappropriés de la personne âgée selon les critères de la liste «Laroche» : analyse de prévalence et facteurs de risque de prescription en EHPAD. [Thèse]. [Lille]: Université de médecine; 2019.
7. Schwab R, Levin M. Insomnie et somnolence diurne excessive. [Internet]. 2024. Disponible sur: <https://www.msmanuals.com/fr>
8. Collège national des universitaires en psychiatrie, Association pour l'enseignement de la sémiologie psychiatrique, Collège universitaire national des enseignants en addictologie, éditeurs. ITEM 108-Trouble du sommeil de l'enfant et de l'adulte. In: Référentiel de psychiatrie et addictologie: psychiatrie de l'adulte, psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, addictologie. 3e éd. Tours: Presses universitaires François-Rabelais; 2021. p. 300. (L'officiel ECN).
9. Goulois S. Déprescription des benzodiazépines et apparentées en court séjour gériatrique au centre hospitalier d'Armentières [Thèse]. [Lille]: Pharmacie; 2018.
10. Barbaux L. Etude du changement de l'architecture du sommeil chez la personne âgée après un sevrage aux benzodiazépines couplé à la TCC pour insomnie. Faculté de Montréal; 2020.
11. Troubles du sommeil: stop à la prescription systématique de somnifères chez les personnes âgées [Internet]. HAS; 2012 sept. Disponible sur: <https://www.has-sante.fr>
12. Améliorer la prescription des psychotropes chez la personne âgée [Internet]. 2007. Disponible sur: <https://www.has-sante.fr>
13. Andro M, Estivin S, Gentric A. Prescriptions médicamenteuses en gériatrie : overuse (sur-utilisation), misuse (mauvaise utilisation), underuse (sous-utilisation). Analyse qualitative à partir des ordonnances de 200 patients entrant dans un service de court séjour gériatrique. La Revue de Médecine Interne. mars 2012;33(3):122-7.

14. Nicolet L, Gosselin S, Mallet L, Pharm B. La déprescription des benzodiazépines chez la personne âgée [Internet]. 2016 avr. Disponible sur: <https://www.inspq.qc.ca/toxicologie-clinique/la-deprescription-desbenzodiazepines-chez-la-personne-agee>
15. Guillou-Landreat M, Grall-Bronnec M, Victorri-Vigneau C, Venisse JL. Sujets âgés et benzodiazépines : de la consommation à la dépendance. NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie. août 2008;8(46):9-16.
16. Glass J, Lancôt KL, Herrmann N, Sproule BA, Busto UE. Sedative hypnotics in older people with insomnia: meta-analysis of risks and benefits. BMJ. 19 nov 2005;331(7526):1169.
17. Beuscart JB, Ficheur G, Miqueu M, Luyckx M, Perichon R, Puisieux F, et al. Co-prescriptions of psychotropic drugs to older patients in a general hospital. European Geriatric Medicine. févr 2017;8(1):84-9.
18. Doucet J, Queneau P. Effets indésirables des médicaments chez les sujets âgés. Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine. nov 2005;189(8):1693-709.
19. Le J, Vivian EM. Revue générale de pharmacocinétique [Internet]. 2024. Disponible sur: <https://www.msmanuals.com>
20. Anxiété ou insomnie : 5 informations à connaître sur l'usage des benzodiazépines (ou apparentés) en médecine générale [Internet]. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr>
21. Legrain S. Consommation Médicamenteuse chez le Sujet Agé : Consommation, Prescription, Iatrogénie et Observance [Internet]. Disponible sur: <https://bonusagedumedicament.com>
22. Spinewine A, Schmader KE, Barber N, Hughes C, Lapane KL, Swine C, et al. Appropriate prescribing in elderly people: how well can it be measured and optimised? Lancet. 14 juill 2007;370(9582):173-84.
23. Dowling GA, Burr RL, Van Someren EJW, Hubbard EM, Luxenberg JS, Mastick J, et al. Melatonin and bright-light treatment for rest-activity disruption in institutionalized patients with Alzheimer's disease. J Am Geriatr Soc. févr 2008;56(2):239-46.

TABLE DES MATIÈRES

Avant propos	
I - Les modifications physiologiques du sommeil	1
1.1 État des lieux du sommeil chez le sujet âgé	1
1.2 Les principaux troubles du sommeil	2
1.2.1 Les insomnies (8)	2
1.2.2 Les hypersomnies	3
II - L'utilisation des benzodiazépines dans les troubles du sommeil	5
III -Mésusage des benzodiazépines chez la personne âgée : sous-utilisation ou sur-utilisation ?	8
IV - Personnes âgées et prescriptions de benzodiazépines : pourquoi tant de précautions?	10
V - La problématique et les hypothèses	
V .1 La problématique	12
V.2 Les hypothèses	13
V.3 Le questionnement	13
MÉTHODOLOGIE	14
1 - Caractéristiques de l'étude	14
2 - Population	14
2.1 La population étudiée	14
2.2 Critères d'inclusion	15
2.3 Critères d'exclusion	15
2.4 Échantillonnage	15
3. Méthode de recueil	15
3.1 Modalités de recueil des données	15
3.2 : Retranscription des données	16
4. Analyse des données	16
5. Cadre législatif	17
RÉSULTATS ET ANALYSE	18
ANALYSE	24
1. L'évaluation des troubles du sommeil	24
1.1 Une évaluation systématique / systématisée ?	24
1.2 La spécificité des sujets âgés souffrant de troubles psychiques	24
1. 3 Troubles du sommeil et causes somatiques ou iatrogénie	25
1.4 Troubles du sommeil et troubles cognitifs	25
2 . Les prescriptions de benzodiazépines chez la personne âgée	26
2.1 La réévaluation thérapeutique	26

2.3 Le misuse	26
2.3 ... et ses conséquences	27
3 Les axes d'amélioration et alternatives	28
3.1 Les approches non médicamenteuses	28
3.3 La Mélatonine	28
3.3 Le soutien psychologique	28
3.4 Bien vieillir : de l'importance de bien entendre	30
4 Le leadership et la posture infirmière	30
4.1 Le concept de culture gériatrique	30
4.2 La formation des pairs	31
4.3 La démarche d'éducation à la santé	31
5 - La pluridisciplinarité dans la prise en soins	32
5.1 La collaboration IPA-médecin dans les soins	32
5.2 Et la plus-value d'une psychogériatre et/ou d'une psychologue :	32
5.3 L'interdisciplinarité pour faciliter les parcours	33
5.4 L'importance de la révision médicamenteuse	33
DISCUSSION	34
1. Les troubles du sommeil chez le sujet âgé : évaluation et prise en soins	34
2. Le misuse des benzodiazépines chez la personne âgée	34
3. La révision médicamenteuse	35
4. Les alternatives non médicamenteuses	37
5. Missions de l'I.P.A. en gériatrie	38
FORCES ET LIMITES	40
1. Les forces de l'étude	40
2. Les limites de l'étude	40
LES PERSPECTIVES	41
1. Des perspectives pour la recherche	41
2. Des automatismes à mettre en oeuvre dans la pratique :	41
CONCLUSION	43
BIBLIOGRAPHIE	46
TABLE DES MATIÈRES	48
TABLE DES ANNEXES	50

TABLE DES ANNEXES

Annexe 1 : Grille COREQ

Annexe 2 : Lettre d'information

Annexe 3 : Le guide d'entretiens

Annexe 4 : Le QR code d'accès aux verbatims des entretiens IDE de nuit/IPA

Annexe 1 : La grille COREQ

Grille COREQ

N°	Item	Réponse
----	------	---------

Domaine 1 : Equipe de recherche et de réflexion

Caractéristiques personnelles

1	Enquêteur/animateur	Investigateur de la recherche : Agathe STAES, Etudiante IPA
2	Titres académiques	Promoteur : Infirmière en Pratique Avancée Investigateur : Etudiante en Pratique Avancée
3	Activité	Promoteur : Infirmière en Pratique Avancée Investigateur : Etudiante en Pratique Avancée
4	Genre	Promoteur et investigateur sont des femmes
5	Expérience et formation	Promoteur de la recherche <ul style="list-style-type: none">● Diplôme d'Etat d'Infirmier en Pratique Avancée● Diplôme en sciences médicales approfondies● AUEC Fragilité Investigateur de la recherche <ul style="list-style-type: none">● Infirmière en pratique avancée, mention psychiatrie - santé mentale● Etudiante IPA mention P.C.S.

Relation avec les participants

6	Relation antérieure	<ul style="list-style-type: none">● Aucun lien entre le promoteur et l'investigateur● Prise de contact avec l'investigateur, qualifié en gériatrie et possédant une expérience en méthodologie de recherche qualitative en santé. Mme FASSEU
---	---------------------	---

		a accepté de diriger cette recherche.
7	Connaissance des participants au sujet de l'enquêteur	<ul style="list-style-type: none"> • Le mémoire est réalisé dans le cadre d'un master infirmier en pratique avancée • L'objectif de la recherche est d'étudier le repérage et la prise en soins des troubles du sommeil chez le sujet âgé fragile.
8	Caractéristiques de l'enquêteur	Enquêteur a pour projet d'exercer au sein d'un E.H.P.A.D. en tant qu'I.P.A.

Domaine 2 : Conception de l'étude

Cadre théorique

9	Orientation méthodologique et théorique	Recherche qualitative, avec une analyse thématique.
---	---	---

Sélection des participants

10	Echantillonnage	L'ensemble des EHPAD du GHT Grand Lille a été contacté par téléphone et messagerie afin de répertorier les IPA exerçant en gériatrie au sein des établissements.
11	Prise de contact	Prise de contact par téléphone
12	Taille de l'échantillon	5 I.P.A. exerçant en gériatrie et 4 infirmiers de nuit exerçant en gériatrie.
13	Non-participation	3 I.P.A. 2 I.D.E. de nuit ont refusé ou n'ont pas pu être joints le jour de l'entretien, à cause de contraintes temporelles ou parce pas intéressés par le sujet.

Contexte

14	Cadre de la collecte des données	Les données ont été recueillies par téléphone, sur le temps de travail ou sur le temps personnel des personnes
----	----------------------------------	--

		contactées.
15	Présence de non-participants	Non
16	Description de l'échantillon	5 I.P.A. exerçant en gériatrie 4 I.D.E. exerçant de nuit, en gériatrie

Recueil des données

17	Guide d'entretien	Guide d'entretien semi-dirigé constitué de 7 questions. A l'issue du premier entretien, le guide a été agrémenté de nouvelles relances afin de préciser les réponses des professionnels questionnés.
18	Entretiens répétés	Non
19	Enregistrement audio/visuel	Les enregistrements des entretiens ont été réalisés à l'aide d'un smartphone, muni de l'application "enregistreur vocal", version 21.5.72.18.
20	Cahier de terrain	Non
21	Durée	Les entretiens ont duré entre 17 et 38 minutes.
22	Seuil de saturation	
23	Retour sur des retranscriptions	oui

Domaine 3 : Analyse et résultats

Analyse des données

24	Nombre de personnes codant les données	2
25	Description de l'arbre de codage	
26	Détermination des thèmes	
27	Logiciel	Aucun logiciel n'a été utilisé pour le codage des données. Carte mentale, dans l'ENT de l'Université,

		a été utilisé pour la modélisation des arbres thématiques
28	Vérification par les participants	Non

Rédaction

29	Citations présentées	
30	Cohérence des données et des résultats	
31	Clarté des thèmes principaux	
32	Clarté des thèmes secondaires.	

Annexe 2 : La lettre d'information

Mme Agathe STAES

Etudiante I.P.A.

Université de Lille

Avenue Eugène Avinée

59120 LOOS

Bonjour,

je suis Agathe STAES, étudiant(e) infirmière en pratique avancée, en mention Pathologies Chroniques Stabilisées.

Dans le cadre de mon mémoire, je souhaite réaliser un entretien semi-dirigé sur les troubles du sommeil chez les sujets âgés en gériatrie.

Il s'agit d'une recherche scientifique ayant pour but d'étudier le dépistage, l'évaluation et le traitement des troubles du sommeil chez le sujet âgé en institution.

Si vous le souhaitez, je vous propose de participer à l'étude. Pour y répondre, vous devez exercer en tant qu'infirmier de nuit en gériatrie, ou en tant qu'infirmier de pratique avancée en gériatrie.

Votre participation à l'étude est facultative, et vous pouvez mettre fin à votre participation à tout moment.

Je vous informe que la passation de cet entretien est enregistrée, mais que cet enregistrement ne sera pas conservé au-delà de la soutenance de mon mémoire et pour assurer une sécurité optimale, les données vous concernant seront anonymisées.

Conformément à la réglementation sur la protection des données personnelles, vous pouvez exercer vos droits d'accès, rectifications, effacement et d'opposition sur les données vous concernant.

Cette étude fait l'objet d'une déclaration portant le n° 2025-154 au registre des traitements de l'Université de Lille.

Pour toute demande, vous pouvez contacter le délégué à la protection des données à l'adresse suivante : dpo@univ-lille.fr . Sans réponse de notre part, vous pouvez formuler une réclamation auprès de la CNIL.

Merci beaucoup pour votre participation !

Pour accéder aux résultats scientifiques de l'étude, vous pouvez me contacter à cette adresse : agathe.staes.etu@univ-lille.fr

Agathe STAES

Annexe 3 : Le guide d'entretien

★ Question “bris de glace” :

Pouvez-vous vous présenter professionnellement? (Nombre d'années d'exercice en gériatrie, domaine d'intervention).

THÈMES	QUESTIONS
L'évaluation des troubles du sommeil chez le sujet âgé, ainsi que les thérapeutiques associées	<ul style="list-style-type: none">★ Quel est votre rôle, en tant qu'I.D.E. de nuit, dans la surveillance et l'évaluation de l'efficacité des traitements par benzodiazépines?★ Comment évaluez-vous la qualité du sommeil chez une personne âgée traitée par benzodiazépines ?● Comment identifiez-vous les signes de troubles du sommeil chez une personne âgée?● Comment pouvez-vous différencier un trouble du sommeil isolé (en lien avec un contexte tel que par exemple changement d'environnement), d'un symptôme d'une pathologie sous-jacente? (Telle que dépression, démence, douleur...).
Les prescriptions de benzodiazépines chez le sujet âgé. Les alternatives à proposer	1. Comment repérez-vous les signes d'effets indésirables (tels que le surdosage, par exemple) des benzodiazépines chez la personne

	<p>âgée?</p> <p>2. En tant qu'infirmier de nuit, quelles alternatives pouvez-vous proposer pour gérer l'anxiété ou les troubles du sommeil chez la personne âgée?</p> <ul style="list-style-type: none">• Quelles actions mettez-vous en place pour favoriser le sommeil, en évitant de recourir aux traitements médicamenteux?
--	---

Annexe 4 : QR code d'accès aux verbatims des entretiens avec les I.D.E. de nuit et avec les I.P.A.



Annexe 5 : Attestation d'enregistrement au D.P.O.



**RÉCÉPISSÉ
ATTESTATION DE DÉCLARATION**

Délégué à la protection des données (DPO) Jean-Luc TESSIER

Responsable administrative Yasmine GUEMRA

La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez transmis au délégué à la protection des données un dossier de déclaration formellement complet. Vous pouvez désormais mettre en œuvre votre traitement dans le strict respect des mesures qui ont été élaborées avec le DPO et qui figurent sur votre déclaration.

Toute modification doit être signalée dans les plus brefs délais: dpo@univ-lille.fr

Responsable du traitement

Nom : Université de Lille	SIREN : 130 029 754 00012
Adresse : 42 Rue Paul Duez 59000 - LILLE	Code NAF : 8542Z Tél. : +33 (0) 3 62 26 90 00

Traitement déclaré

Intitulé : Misuse des benzodiazépines chez les personnes âgées
Référence Registre DPO : 2025-154
Responsable (s) scientifique(s) : Mme Sophie FASSEU Interlocuteur : Mme Agathe STAELS

Fait à Lille,

Le 21 juillet 2025

Jean-Luc TESSIER

Délégué à la Protection des Données

Auteure : Agathe STAES

Date de soutenance :

Titre du mémoire :

Mots-clés : misuse - benzodiazépines - I.P.A. - hypnotiques - sujet âgé - gériatrie

Résumé :

Contexte : Le misuse des benzodiazépines est un problème de santé publique; il est très fréquent en gériatrie, et responsable d'iatrogénie importante. En effet, ces médicaments, souvent prescrits pour l'anxiété ou les troubles du sommeil, peuvent induire chez les sujets âgés une iatrogénie importante telle que la somnolence excessive, les troubles mnésiques, et un risque accru de chutes et de fractures. Aussi, la tolérance et la dépendance peuvent se développer, rendant l'arrêt difficile et augmentant le risque de syndrome de sevrage. Il est essentiel d'adopter une approche prudente et personnalisée dans la prescription de benzodiazépines chez les personnes âgées, en privilégiant des alternatives non médicamenteuses lorsque cela est possible.

Méthode : une étude qualitative, prospective et descriptive, par le biais d'entretiens semi-directifs auprès d'infirmiers de pratique avancée exerçant en gériatrie dans les Hauts de France, a permis d'identifier les missions dédiées, ainsi que les axes d'amélioration dans ces prises en soins.

Résultats : L'étude montre que le misuse est très fréquent, mais que les I.P.A. proposent des alternatives non médicamenteuses, et que par le biais de la révision médicamenteuse, la prescription peut être optimisée. Les troubles du sommeil sont, en gériatrie, toujours recherchés, dans le cadre de l'évaluation gériatrique standardisée.

Conclusion : Les alternatives telles que la psychothérapie, la psychoéducation et les thérapies cognitivo comportementales peuvent être proposées. Il est du rôle de l'I.P.A., dans sa mission de leadership clinique de former ses pairs au repérage et à la prise en soins des troubles du sommeil et de l'anxiété chez le sujet âgé.

Directeur de mémoire : Madame Sophie FASSEU - BOUSSEMART

Auteure : Agathe STAES

Date de soutenance :

Title : Key-words : misuse - benzodiazepines - N.P.A. - hypnotics - older people - geriatrics

Abstract :

Background: Benzodiazepine misuse is a public health problem; it is very common in geriatrics and responsible for significant iatrogenic effects. Indeed, these medications, often prescribed for anxiety or sleep disorders, can induce significant iatrogenic effects in the elderly, such as excessive sleepiness, memory impairment, and an increased risk of falls and fractures. Furthermore, tolerance and dependence can develop, making discontinuation difficult and increasing the risk of withdrawal syndrome. It is essential to adopt a cautious and personalized approach when prescribing benzodiazepines in the elderly, favoring non-drug alternatives whenever possible.

Method : A qualitative, prospective and descriptive study, through semi-directive interviews with advanced practice nurses working in geriatrics in Hauts de France, made it possible to identify the dedicated missions, as well as the areas for improvement in this care.

Results : The study shows that misuse is very common, but that APIs offer non-drug alternatives, and that through drug reviews, prescriptions can be optimized. Sleep disorders are always sought in geriatrics as part of the standardized geriatric assessment

Conclusion : Alternatives such as psychotherapy, psychoeducation, and cognitive behavioral therapies can be offered. It is the role of the APN, in their clinical leadership mission, to train their peers in the identification and treatment of sleep and anxiety disorders in the elderly.

Directeur de mémoire : Madame Sophie FASSEU - BOUSSEMART