

Directeur du travail : Pierre-Alain CHARMILLOT

L'enjeu de l'addiction aux benzodiazépines chez la  
personne âgée : l'intérêt des interventions  
psychosociales.

Travail rendu le 5 juillet 2019

ALLO BARRIENTOS Cristina  
MARTINEZ Manuela  
VARELA Kelly

BAC16 – Delémont

## **Résumé du travail**

### **Introduction**

Les benzodiazépines sont des traitements potentiellement addictifs, notamment si la prescription est d'une durée supérieure aux recommandations ; c'est-à-dire supérieure à six mois. La personne âgée est la population la plus touchée par ces traitements. Ces derniers engendrent des conséquences négatives comme par exemple les troubles cognitifs et les chutes. De plus, les personnes âgées mettent plus de temps à éliminer la substance créant ainsi un phénomène de cumul.

C'est pourquoi les auteures du présent travail s'intéressent à différentes approches psychosociales contribuant à diminuer la consommation et/ou à l'arrêter sur le long-terme.

### **Problématique**

Dans ce chapitre, plusieurs éléments sont mis en avant, dont les motivations des auteures à réaliser ce travail, l'ancrage disciplinaire de la thématique et surtout la revue exploratoire qui a permis aux auteures de savoir dans quelle direction elles allaient se diriger. Ces dernières souhaitent travailler du sujet de l'addiction, mais pas n'importe laquelle ; l'addiction aux benzodiazépines, qui est un vrai problème de santé publique. La consommation de benzodiazépines, notamment, ne cesse d'augmenter avec des conséquences néfastes pour la santé.

## **Concepts abordés**

Ce chapitre met en évidence les différents concepts (addiction/dépendance, benzodiazépine, interventions psychosociales, vieillissement) qui ont été définis et liés au rôle infirmier. Les auteures se sont basées sur la théorie de Margaret Newman comme cadre théorique pour ce travail.

## **Méthode**

Concernant ce chapitre, la question de recherche PICOT sera développée, afin de réaliser les recherches sur les bases de données. Suite à la formulation de la question, des recherches seront faites dans différentes bases de données pour trouver des articles scientifiques pertinents. Les articles retenus seront analysés de manière détaillée grâce à la grille de Fortin (2010).

## **Résultats / Discussion**

Les résultats seront présentés en différents thèmes : éducation thérapeutique, entretien motivationnel, thérapie cognitivo-comportementale, et gestion des symptômes. Il s'est avéré que les interventions psychosociales sont utiles dans la diminution de la consommation des benzodiazépines mais des recherches supplémentaires sont nécessaires. Les perspectives pour les pratiques infirmières seront également expliquées.

## **Conclusion**

A travers ce chapitre, les auteures mettront en évidence les éléments facilitants et contraignants rencontrés tout au long de la réalisation de ce travail. Les limites et les perspectives pour la recherche seront exposées.

## **Mots-clés**

Benzodiazepines, Intervention, Elderly, Tapering

## **À noter**

Les auteures souhaitent préciser qu'aucune distinction n'est faite entre infirmier et infirmière. Tout nom féminin est valable au masculin et vice-versa.

De plus, le terme de benzodiazépine englobe également les médicaments Z.

Aucune distinction ne sera faite entre les notions de « dépendance » et d' « addiction » pour des raisons méthodologiques.

Le terme « usager » est utilisé dans le domaine de l'addiction pour désigner un bénéficiaire de soins.

## Liste des abréviations

BZD	Benzodiazépines
EM	Entretien motivationnel
ETP	Education thérapeutique au patient
GREA	Groupement Romand d'Etudes des Addictions
OFS	Office Fédéral de la Statistique
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
TCC	Thérapie cognitivo-comportementale
TTT	Traitement

## Remerciements

Tout au long de la réalisation de ce travail, un grand nombre de personnes ont apporté leur soutien et leur aide aux auteures. Pour ces raisons, celles-ci tiennent à les remercier.

Tout d'abord, elles remercient leur directeur de travail de *Bachelor*, Monsieur Pierre-Alain Charmillot, qui a su se montrer disponible et apporter un regard critique et constructif vis-à-vis de ce travail. Tout ceci a permis aux différents membres du groupe de se sentir encouragées et soutenues.

De plus, un grand merci à Monsieur Christophe Chaignat, infirmier responsable d'Addiction Jura du site de Porrentruy, et Monsieur Mathieu Gigandet, infirmier indépendant en soins psychiatriques, envers qui les auteures sont très reconnaissantes pour leur disponibilité et leurs précieuses expériences partagées lors d'entretiens.

Les membres du groupe tiennent également à remercier les enseignants de la He-Arc pour leurs enseignements consacrés à la recherche dans le cadre du travail de *Bachelor*: Madame Pauline Laporte, Madame Françoise Schwander-Maire, Monsieur Pascal Comte, Monsieur Christian Voirol et Monsieur Olivier Schirlin.

Un grand merci aussi aux personnes qui ont pris le temps de corriger l'ensemble de ce travail de *Bachelor*.

Finalement, merci aux proches, amis et familles pour leur soutien, leur patience, leurs encouragements et pour avoir su apporter du courage à tout instant.

## Table des matières

<b>Résumé du travail.....</b>	<b>ii</b>
<b>Introduction .....</b>	<b>ii</b>
<b>Problématique .....</b>	<b>ii</b>
<b>Concepts abordés.....</b>	<b>iii</b>
<b>Méthode .....</b>	<b>iii</b>
<b>Résultats / Discussion .....</b>	<b>iii</b>
<b>Conclusion .....</b>	<b>iv</b>
<b>Mots-clés.....</b>	<b>iv</b>
<b>À noter .....</b>	<b>iv</b>
<b>Liste des abréviations.....</b>	<b>v</b>
<b>Remerciements .....</b>	<b>vi</b>
<b>Chapitre 1 : Introduction.....</b>	<b>1</b>
<b>Chapitre 2 : Problématique.....</b>	<b>5</b>
<b>2.1 Émergence de la question de départ .....</b>	<b>6</b>
<b>2.2 Ancrage disciplinaire.....</b>	<b>8</b>
<b>2.2.1 Liens avec les quatre concepts du métaparadigme infirmier.....</b>	<b>8</b>
<b>2.2.1.1 Santé. ....</b>	<b>9</b>
<b>2.2.1.2 Environnement. ....</b>	<b>10</b>
<b>2.2.1.3 Soins infirmiers. ....</b>	<b>11</b>
<b>2.2.1.4 Être humain. ....</b>	<b>12</b>
<b>2.2.2 Liens avec les modes de savoirs infirmiers. ....</b>	<b>12</b>
<b>2.2.2.1 Savoir empirique.....</b>	<b>13</b>
<b>2.2.2.2 Savoir personnel. ....</b>	<b>13</b>
<b>2.2.2.3 Savoir esthétique.....</b>	<b>14</b>
<b>2.2.2.4 Savoir éthique.....</b>	<b>15</b>
<b>2.3 Revue exploratoire de littérature .....</b>	<b>16</b>
<b>2.3.1 Addiction. ....</b>	<b>16</b>
<b>2.3.1.1 Facteurs de risque et de protection. ....</b>	<b>17</b>
<b>2.3.1.2 Substances psychoactives.....</b>	<b>18</b>
<b>2.3.1.3 Usage. ....</b>	<b>19</b>
<b>2.3.2 Les anxiolytiques.....</b>	<b>20</b>
<b>2.3.2.1 Statistiques nationales.....</b>	<b>21</b>
<b>2.3.2.2 Facteurs de risque. ....</b>	<b>22</b>
<b>2.3.2.3 Risques et effets indésirables. ....</b>	<b>24</b>
<b>2.3.3 Interventions infirmières. ....</b>	<b>26</b>
<b>2.3.3.1 Interventions en lien avec l'addiction.....</b>	<b>27</b>
<b>2.3.3.2 Interventions en lien avec l'addiction médicamenteuse.....</b>	<b>28</b>
<b>2.3.4 Contexte ambulatoire.....</b>	<b>31</b>
<b>2.3.4.1 Contexte ambulatoire en lien avec l'addiction.....</b>	<b>31</b>
<b>2.4 Perspectives potentielles pour la pratique infirmière.....</b>	<b>32</b>
<b>Chapitre 3 : Concepts et champs disciplinaires infirmiers.....</b>	<b>35</b>



3.1 Addiction .....	36
3.1.1 Trouble de l'usage de substance chez la personne âgée. ....	41
3.2 Benzodiazépines .....	41
3.3 Vieillissement.....	43
3.3.1 Influence du sexe.....	44
3.3.2 Rôle de la personne âgée. ....	44
3.3.3 Facteurs influençant un vieillissement en bonne santé. ....	45
3.3.4 Cycle de vie selon Erikson. ....	45
3.4 Interventions psychosociales .....	46
3.5 Choix du cadre théorique.....	49
3.5.1 Théorie de Margaret Newman de l'expansion de la conscience. ....	49
3.5.2 Nos concepts en lien avec ceux de la théorie de Margaret Newman.....	50
<b>Chapitre 4 : Méthode .....</b>	<b>54</b>
4.1 Utilisation et détermination de la méthode PICOT .....	55
4.1.1 Population, patient, problème.....	55
4.1.2 Intervention, intérêt, issus.....	55
4.1.3 Comparaison.....	55
4.1.4 Outcomes.....	56
4.1.5 Temps.....	56
4.2 Question de recherche.....	56
4.3 Description de la stratégie des articles retenus .....	57
4.4 Niveau de preuve et impact factor .....	58
4.5 Analyse des articles avec la grille adaptée de Fortin (2010).....	59
4.6 Méthode d'analyse.....	59
<b>Chapitre 5 : Synthèse des résultats / discussion .....</b>	<b>60</b>
5.1 Synthèse des résultats des articles.....	61
5.1.1 Interventions psychosociales.....	62
5.1.1.1 Éducation thérapeutique.....	62
5.1.1.2. Entretien motivationnel.....	66
5.1.1.3 Thérapie cognitivo comportementale.....	68
5.1.2 Gestion des symptômes.....	69
5.2 Développement des résultats en lien avec la question PICOT.....	70
5.3 Perspectives pour la pratique.....	74
<b>Chapitre 6 : Conclusion .....</b>	<b>76</b>
6.1 Apports du travail de <i>Bachelor</i> .....	77
6.1.1 Éléments facilitants.....	77
6.1.2 Éléments contraignants.....	78
6.2 Limites .....	79
6.3 Perspective pour la recherche .....	81

<b>7. Références .....</b>	<b>82</b>
<b>8. Appendices .....</b>	<b>93</b>
<b>7.1 Appendice 1 : Grilles de recherches .....</b>	<b>94</b>
<b>7.2 Appendice 2 : Grilles adaptées de Fortin (2010) .....</b>	<b>97</b>

## Liste des tableaux

Figure 1: Selection des articles .....	58
--	----

## **Chapitre 1 : Introduction**

Le travail de *Bachelor* est un mémoire réalisé au cours de la formation en soins infirmiers au sein de la Haute-Ecole Arc. Ce travail a pour but de confirmer la capacité de l'étudiant à définir et étudier une question issue des sciences infirmières et ainsi pratiquer la réflexivité. La réalisation de ce mémoire implique donc la recherche d'informations dans la littérature scientifique et l'exploitation de ces données dans une discussion argumentée.

Par ailleurs, les auteures sont familières avec la recherche scientifique et les données probantes car en tant qu'étudiantes infirmières HES, celles-ci font appel à des connaissances scientifiques issues de l'evidence based nursing (EBN). La problématique que les auteures choisissent de traiter est issue de la pratique infirmière et permet d'envisager des pistes professionnelles en regard de la problématique choisie. La forme optée pour exposer ce travail est celle d'une revue de littérature, ne comprenant pas de récolte ni d'analyse de données. Dans ce travail, il a été décidé de traiter l'addiction aux benzodiazépines, type d'addiction qui s'est imposé au fil du travail.

Ce travail de *Bachelor* a été réalisé sur deux années et se compose de plusieurs étapes-clés. La première phase était de choisir une problématique parmi celles proposées par les institutions de soins. Au départ, la thématique traitait d'addiction aux produits en milieu ambulatoire. Cependant, à la suite de nombreuses discussions, de différentes recherches réalisées autour de la thématique et des expériences professionnelles des auteures, une question de recherche a été soulevée qui est la suivante : « Dans quelles mesures les

interventions psychosociales participent à l'amélioration d'un état d'addiction aux benzodiazépines auprès de la personne âgée afin de diminuer leurs impacts négatifs ? »

Les auteures souhaitent, au travers de ce travail de *Bachelor*, amener des pistes sur la prise en soins des personnes âgées souffrant d'addiction aux benzodiazépines à travers diverses interventions psychosociales.

Ce travail comporte divers chapitres, le premier concerne la question de départ qui a été exploitée dans le chapitre problématique au travers de la revue exploratoire, ce qui a permis aux auteures de mettre en évidence les concepts clés de la thématique abordée. De plus, la question de départ a été ancrée dans la discipline infirmière.

Grâce à la mise en évidence des concepts réalisée dans le chapitre précédent, ces derniers ont pu être définis de manière plus précise. Par ailleurs, les concepts de la thématique choisie ont été mis en lien avec les concepts de la théorie de l'expansion de la conscience de Margaret Newman.

Dans le chapitre « méthodologie », les auteures développent la question de recherche en se basant sur la méthodologie PICOT, détaillent le processus de recherche et d'analyse des articles.

Le chapitre « synthèse des résultats/discussion » résume les résultats obtenus à travers les articles et seront analysés à partir de la question PICOT. De plus, les perspectives pour la pratique infirmière seront explicitées.

Finalement, le chapitre « conclusion » présente les différents éléments que ce travail de Bachelor a apporté aux auteures, les limites de celui-ci ainsi que les apports pour la pratique infirmière.

Les derniers éléments de ce travail sont les références et les annexes.

## **Chapitre 2 : Problématique**



Ce chapitre a pour but d'orienter le travail en explicitant la question de départ et ainsi déterminer la problématique qui permettra de définir à une question de recherche.

De plus, les auteures présentent la démarche du choix du thème en exposant sa pertinence pour les soins infirmiers à travers les quatre concepts du métaparadigme infirmier (Fawcett, 1984) et les savoirs infirmiers (Carper, 1978 ; Chinn, P. L., & Kramer, 2008 ; White, 1995).

Par la suite, une revue exploratoire de littérature sera développée afin d'approfondir le sujet et en dégager ainsi les principaux concepts.

## **2.1 Émergence de la question de départ**

La question de départ qui a été retenue est la suivante : « Quelles sont les interventions infirmières ambulatoires en lien avec les patients présentant une addiction avec produits ? ».

Ce thème a suscité un intérêt commun auprès des trois auteures. En effet, les membres du groupe ont pu observer que la problématique d'addiction aux produits est commune à tous les contextes de soins. De plus, il a été constaté de la part des auteures qu'une certaine forme d'impuissance peut se faire ressentir auprès de certains soignants et de l'entourage des personnes présentant une addiction aux produits.

Durant les diverses périodes de formation pratique, les membres du groupe ont pu observer que la problématique de l'addiction amène la majorité des personnes concernées à s'exclure peu à peu de la société. Il est intéressant

de mettre en avant l'importance de proposer un suivi adapté par des professionnels qualifiés.

L'intérêt d'une offre de soins adaptée est renforcé par la mise en place de la stratégie nationale Addiction 2017-2024 de l'OFSP, qui a pour but de garantir l'utilisation des quatre piliers en matière d'addictions qui sont la prévention, la thérapie, la réduction des risques et la répression. De plus, la consolidation du réseau des différents intervenants, la compréhension plus détaillée des addictions, le renforcement de la prévention auprès de la population, la collaboration au niveau international, le perfectionnement des professionnels en encourageant la formation continue sont des exemples d'interventions citées dans la stratégie (Office fédérale de la santé publique, 2016a).

C'est en tenant compte de ces différents aspects qu'il est facile de comprendre l'importance de la place des soins infirmiers dans les différents enjeux de l'accompagnement d'une personne souffrant d'une addiction. En effet, les infirmières sont susceptibles de côtoyer des personnes ayant cette problématique dans tous les contextes de soins. L'infirmière joue un rôle important dans la mise en place d'un réseau tout en se référant au cadre de la stratégie nationale et en orientant ses soins selon les quatre domaines d'action à savoir la qualité de vie, l'égalité des chances, la qualité des soins et la transparence (Office fédérale de la santé publique, 2016b). De plus, le conseil national précise vouloir améliorer la prévention, le repérage précoce et le traitement des addictions dans le but de réduire les conséquences néfastes que ces dernières peuvent avoir sur les personnes touchées (Office fédérale

de la santé publique, 2016b). Effectivement, le fait de considérer l'addiction comme une maladie permet d'améliorer la prise en soins des personnes présentant une addiction ainsi que de leur entourage et permet également de diminuer leur marginalisation et la stigmatisation dont elles sont victimes (Office fédérale de la santé publique, 2016b).

Les auteures ont décidé de s'intéresser plus particulièrement à la question de l'addiction médicamenteuse. En effet, durant leurs expériences professionnelles, il a été mis en avant qu'un certain nombre de patients consomment quotidiennement des traitements potentiellement addictifs pendant une durée prolongée, sachant que ceux-ci ne devraient être pris en général que sur une courte durée. Il a été remarqué, chez de nombreux patients, la présence d'une certaine méconnaissance et banalisation des risques potentiels de certains médicaments pour la santé. De plus, la prise de médicaments pourrait être, dans de nombreux cas, évitée ou diminuée en prenant en compte le problème sous-jacent qui fait apparaître les symptômes pour lesquels les patients consomment. C'est un phénomène courant, très peu reconnu, qui engendre de nombreuses conséquences, ce qui en fait un problème de santé publique.

## **2.2 Ancrage disciplinaire**

### **2.2.1 Liens avec les quatre concepts du métaparadigme infirmier.**

Selon Fawcett (1984, p.84) le métaparadigme se réfère au cadre général qui permet la structuration et l'organisation des phénomènes concernant les soins infirmiers. Autrement dit, il est garant de la discipline. De plus, ce dernier

permet aux soins infirmiers de se démarquer en tant que discipline à part entière. Le métaparadigme infirmier est composé de quatre concepts et quatre propositions qui lient ces concepts entre eux. Les concepts sont les suivants : la santé, l'environnement, les soins infirmiers et l'être humain.

La discipline infirmière est très large, elle s'intéresse aux soins auprès de tout type de personne, mais aussi aux familles, aux communautés et aux populations qui sont en interaction continue avec leur environnement et qui vivent des expériences de santé (Pépin, Ducharme, & Kérouac, 2010)

Afin d'argumenter l'importance de la question de départ pour la discipline infirmière, des liens seront établis pour chaque concept dans ce sous-chapitre.

#### ***2.2.1.1 Santé.***

La santé est définie par Fawcett (2005) comme étant un processus humain de vie et de mort [Traduction libre]. La santé est généralement perçue comme étant un objectif de soin. C'est un processus dynamique qui est en perpétuel changement et qui varie avec les conditions de vie et l'environnement de la personne. Ce concept change selon les personnes et les cultures. Certains fondements sont basés sur l'existence d'un continuum santé-maladie dont le but est d'accompagner la personne afin qu'elle atteigne un mieux-être. En d'autres mots, la santé est un potentiel en devenir qui est atteint grâce à la participation consciente de la personne au changement.

En lien avec la thématique, il est possible de dire que ce concept est en lien direct avec les personnes présentant une addiction, car cette problématique est considérée comme étant un déséquilibre qui a un impact

sur plusieurs aspects de la vie de la personne. Les interventions infirmières devront être adaptées aux besoins des patients ainsi qu'à leurs croyances afin qu'ils puissent atteindre la qualité de vie qu'ils souhaitent. En résumé, la santé est propre à chaque personne. Dans le cas de l'addiction, une personne peut se sentir en bonne santé grâce à sa consommation tandis qu'un autre individu, dans une même situation, peut avoir une représentation de la santé comme étant un état de bien-être ne nécessitant pas la consommation de substance.

#### ***2.2.1.2 Environnement.***

Pour certains auteurs, l'environnement est le lieu où les soins sont réalisés. Cela comprend les dimensions objectives (personnes), subjectives (perceptions) ou encore transactionnelles (partages). Le concept d'environnement comprend, en plus de l'infirmière et du bénéficiaire de soins, l'entourage de ce dernier. Pour d'autres, ce concept s'étend de la sphère privée au contexte dans lequel ont lieu les soins ; à la société de manière générale. Ce concept se réfère également à toutes les conditions locales, régionales, nationales et mondiales, mais également culturelles, sociales, politiques et économiques qui sont associées à la santé, au bien-être de l'être humain. [Traduction libre], (Fawcett, 2005)

Le concept d'environnement est fortement lié à la thématique. Ce dernier joue effectivement un rôle important dans l'apparition des addictions ; le stress, les aspects socio-économiques et culturels, l'accès facilité et la banalisation de certaines substances sont certains des facteurs de risques qui peuvent avoir une influence sur l'individu. L'addiction a, à son tour, une

répercussion sur l'environnement : un appauvrissement du réseau social, un intérêt centré sur la substance ainsi que l'apparition d'un rythme de vie axé sur la consommation en sont des exemples. L'addiction peut également avoir des répercussions sur plusieurs niveaux de la société : économique, sanitaire, légal et communautaire. De plus, il est important de s'intéresser au réseau du patient et à ses ressources potentielles. Le fait d'avoir un suivi régulier permet au patient une certaine autonomie tout en gardant certains repères. En effet, les besoins du patient sont primordiaux. S'il souhaite maintenir un emploi, il faut être capable de l'intégrer dans le plan de soins. L'intégration sociale est très importante ; cela fait également partie de l'environnement.

#### ***2.2.1.3 Soins infirmiers.***

Les soins infirmiers sont définis par Fawcett (2005), comme étant les mesures prises par les infirmières, pour ou avec les patients, pour arriver à des buts, à des aboutissements de soins. Le processus englobe des activités telles que la planification, l'intervention et l'évaluation. [Traduction libre], (Fawcett, 2005)

Les personnes présentant une addiction ont des besoins de santé très spécifiques, il est donc important que les interventions de soins soient personnalisées. Il faut adapter les soins tout en respectant l'individu, ses valeurs et ses croyances. L'accompagnement des personnes présentant une addiction est essentiel, cela ne se limite pas à des interventions physiques mais aussi à de l'écoute active, de la congruence, une attitude empathique et un suivi régulier. Ainsi, l'idéal est d'être dans une position de « caring » ; c'est-à-

dire qu'il faut aider les autres dans leur développement sans imposer son propre point de vue. (Mayeroff, 1972)

#### **2.2.1.4 Être humain.**

Le concept de l'être humain se réfère aux individus dans leur singularité et prend en compte l'entourage, les communautés et les différents groupes d'appartenance qui sont en interrelation avec l'environnement. [Traduction libre], (Fawcett, 2005)

En lien avec la question de départ, la personne souffrant d'une addiction est au centre des soins. Les soignants vont s'intéresser à la personne afin de réaliser des interventions de soins uniques, individuelles et adaptées aux besoins du patient.

Chaque personne est singulière et a droit, entre autres, au respect, à la dignité et à des soins de qualité. Les préjugés ne doivent pas interférer avec l'accompagnement qu'offrent les soignants. Ainsi, dans le cas de cette thématique, les représentations et les jugements de valeurs de la part des professionnels de la santé ne doivent pas interférer dans ses interventions auprès de la personne.

#### **2.2.2 Liens avec les modes de savoirs infirmiers.**

Carper (1978) a déterminé quatre modes de savoirs spécifiques aux sciences infirmières, soit le savoir empirique, esthétique, personnel et éthique (Pépin et al., 2010). Par la suite, plusieurs auteurs ont développé d'autres savoirs, notamment White (1995), Munhall (1993) Chinn et Kramer (2008,

2015). Les savoirs infirmiers sont primordiaux pour atteindre la compréhension des questionnements et des problèmes au sein de la discipline infirmière.

Dans la suite de ce chapitre, des liens entre la question de départ et les différents savoirs seront établis afin de montrer en quoi le questionnement initial permet de les développer.

#### ***2.2.2.1 Savoir empirique.***

Ce savoir se réfère aux connaissances de la recherche scientifique et des théories pour expliquer ce qui peut être perçu, entendu et ressenti. Le savoir empirique ne se fonde pas uniquement sur une perspective théorique et objective, mais aussi sur l'exploration et la compréhension des phénomènes (White, 1995).

Afin de réaliser ce travail, il est nécessaire d'avoir certaines connaissances sur les addictions et les interventions infirmières qui sont en lien avec ces dernières. Pour acquérir des données et des connaissances scientifiques, il est nécessaire de réaliser des recherches sur les bases de données probantes afin d'être à jour en termes de connaissances et cela dans le but d'amener des solutions concluantes et cohérentes. Cela se traduit, par exemple, par la définition d'éléments importants du questionnement de départ tel que « addiction ».

#### ***2.2.2.2 Savoir personnel.***

Carper (1978) décrit le savoir personnel comme étant la connaissance subjective de soi, la compréhension de soi et des autres. Il prend appui sur l'expérience personnelle. Ce savoir représente ce que l'infirmière connaît d'elle-



même (Pépin et al., 2010). Lorsque ce savoir est suffisamment développé, cela permet une relation de qualité. Ce savoir s'appuie sur les expériences passées vécues par l'infirmière, il s'acquiert donc en vivant différentes situations dans sa vie tant professionnelle que personnelle, ce qui augmente la connaissance de soi. Lechasseur (2009) apporte une clarification au savoir personnel de Carper en le présentant sous la forme d'un savoir intra personnel et d'un savoir interpersonnel. Ce dernier fait référence à la connaissance de soi telle quelle est décrit par Carper (1978) et le savoir interpersonnel correspond à la recherche de la connaissance des autres ainsi qu'aux habilités de l'infirmière à entrer en relation (Lechasseur, K., Lazure, 2011 ; Lechasseur, 2009).

Le savoir personnel implique, pour l'infirmière, de connaître ses propres limites, de prendre conscience de ses représentations, de ses préjugés ainsi que de son rôle professionnel face à l'addiction afin de permettre une relation authentique et une attitude congruente, pour rendre la qualité des soins meilleures.

### ***2.2.2.3 Savoir esthétique.***

Selon Carper (1978), le savoir esthétique correspond à l'appréciation du sens d'une situation. Il conduit à identifier les besoins du patient en percevant des indices dans la situation. Il requiert de la créativité, et comprend la manière dont on envisage la relation et le soin. Ce savoir découle des expériences quotidiennes des soignants : la beauté d'un geste, l'intensité d'une relation. Cela fait appel à ce qui est instinctif, ce qui relève de la connaissance et de l'expérience.

Le lien entre ce savoir et la question de départ est la manière de se comporter et de communiquer avec une personne souffrant d'addiction. En effet, l'infirmière doit entrer en relation avec la personne ayant une addiction afin de créer un lien particulier et singulier. Le soignant doit faire preuve de nombreuses qualités relationnelles afin d'établir un lien de confiance qui permet un meilleur accompagnement de la personne.

#### ***2.2.2.4 Savoir éthique.***

Le savoir éthique selon Carper (1978) en soins infirmiers se base sur les connaissances des normes et des codes qui proviennent de la profession. Lors de la prise de décisions, le savoir éthique permet d'éclaircir les valeurs et d'investiguer les alternatives possibles grâce à un processus conscient et raisonné (Chinn & Kramer, 2011). Ce savoir permet aux professionnels de tenir compte des valeurs de la personne soignée et de sa famille mais également de la société et de la profession. Il pose un jugement à chaque moment sur ce qui doit être fait, ce qui est juste, bon et responsable. Le savoir éthique se base sur trois principes qui sont la moralité personnelle, la moralité sociale et la moralité publique (Lechasseur, 2009).

Le savoir éthique, prend en compte le respect des valeurs de la personne soignée et le respect du non-jugement. Cette posture permet d'éviter la discrimination et la stigmatisation de la population ayant une addiction aux produits. De plus, en tant que professionnels de la santé, il est possible que certaines situations de soins soulèvent des questionnements éthiques en lien avec la consommation de produits addictifs. Il est possible en effet, que des

dilemmes éthiques surgissent entre ce que le patient désire et les normes de la société. Il n'est pas toujours facile pour la personne ayant une addiction de faire face aux codes sociétaux qui changent en fonction de nombreux facteurs tel que la région géographique ou encore le sexe de la personne ayant une addiction, notamment.

## **2.3 Revue exploratoire de littérature**

Les éléments qui apparaissent dans ce chapitre proviennent d'articles, de différents sites internet, de différents ouvrages ainsi que de plusieurs entretiens avec des professionnels de la santé.

Les termes « addiction » et « dépendance » sont fréquemment utilisés. Cependant, la cinquième édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux ne fait pas de distinction entre ces deux notions mais les regroupe sous la notion de « troubles liés à une substance et troubles addictifs ». De ce fait, les auteures utiliseront les termes d'addiction et dépendance sans distinction. Par la suite, les auteures s'intéresseront aux enjeux et impacts des addictions puis, plus précisément, à ceux d'une addiction médicamenteuse. Ensuite, la notion « d'intervention infirmière » sera développée. Pour finir, les membres du groupe s'intéresseront au contexte ambulatoire.

### **2.3.1 Addiction.**

L'addiction se caractérise par un besoin irréprensible de consommer la substance malgré les conséquences négatives que cela peut engendrer sur la santé, mais également sur la vie sociale de l'individu. La neuroscience a

démontré que l'addiction est une maladie qui met en place un processus d'apprentissage pathologique. En effet, l'addiction survient lorsque la personne ne parvient plus à contrôler ses décisions de manière consciente ; des comportements automatisés et compulsifs prendront le dessus (Collège Romand de Médecine de l'Addiction, 2009). L'addiction ne comprend pas seulement la consommation de substances, elle peut également inclure des comportements tels que jouer à des jeux d'argent et des jeux vidéo (Collège Romand de Médecine de l'Addiction, 2009). Finalement, l'addiction s'intéresse à la nature de la relation entre la substance et/ou le comportement et l'individu, d'un point de vue qualitatif. Il s'agit de relever la souffrance et la perte de repères qu'engendre la relation que l'individu entretient avec l'objet de son addiction. Le concept d'addiction s'intéresse également à la mémoire et au système de récompense (Addictions, 2012). Le trouble lié à une substance engendre un déséquilibre du fonctionnement neurobiologique de l'individu. Ce déséquilibre produit un malaise au niveau physique et psychique qui amène l'individu à continuer de consommer, non plus pour ressentir les sensations enivrantes du psychotrope, mais pour éviter de ressentir les symptômes de manque (Collège Romand de Médecine de l'Addiction, 2009).

#### ***2.3.1.1 Facteurs de risque et de protection.***

Les individus ne sont pas tous égaux face au risque de l'addiction. En effet, chaque personne vit des expériences qui pourront avoir un impact sur un potentiel risque addictif. Des facteurs de vulnérabilité peuvent accentuer ce risque alors que des systèmes de protection et de régulation peuvent le

diminuer. En termes de facteurs de protection, il est mentionné la solidité de l'attachement et des liens aux parents, les caractéristiques personnelles, la qualité du réseau social et les compétences sociales. Ces derniers permettent aux professionnels de la santé de trouver des repères pour accompagner la personne de manière individuelle. En effet, leur compréhension va permettre d'orienter les interventions infirmières.

Au niveau des facteurs de risques, il est retrouvé l'âge, la première expérience, la vulnérabilité au stress, l'environnement, l'appartenance à un groupe (Reynaud, 2008), le type de personnalité, la recherche de sensations fortes, les dysfonctionnements familiaux, l'usage de substances chez les proches, l'hérédité et les problèmes psychopathologiques. (Morel, Couteron, & Fouilland, 2010).

### ***2.3.1.2 Substances psychoactives.***

Une substance psychoactive est une substance qui agit au niveau du cerveau en modifiant certaines de ses fonctions. Cela entraîne des changements au niveau de la perception, des sensations, de l'humeur, du comportement et de la conscience, mais également des effets physiques et psychiques en fonction de la substance, de la dose consommée, des possibles associations de produits ainsi que le nombre de consommations (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, 2014).

Les effets provoqués par la substance peuvent être ressentis de manière agréable ou désagréable, cela dépend du consommateur. Quelques effets physiques ou psychiques peuvent devenir dangereux de manière immédiate,

retardée ou lorsque les consommations sont répétées. Les substances psychoactives peuvent impliquer divers troubles en lien avec leur usage ou, à contrario, leur mésusage. Le produit peut être d'origine naturelle, comme par exemple un extrait de plante, ou synthétique ; c'est-à-dire fabriqué à partir de produits chimiques ou encore semi synthétique.

Une substance psychoactive peut être dite licite, c'est-à-dire que l'usage et la vente sont contrôlés et autorisés par la loi comme l'alcool et le tabac, ou illicite ; l'usage et la vente sont interdits par la loi comme l'héroïne et le cannabis (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, 2014).

#### ***2.3.1.3 Usage.***

Dans l'addiction, il existe plusieurs types de comportements qui sont classés en deux catégories : les comportements à faible risque et les comportements à risque.

Les comportements à faible risque comprennent les consommations et pratiques qui ne sont pas dangereuses pour l'individu concerné et son entourage, mais relèvent de la vie en société.

Les comportements à risque comprennent une consommation de substances ou pratiques qui peuvent engendrer des difficultés ou des atteintes psychiques, physiques ou sociales pour l'individu ainsi que pour son entourage. Dans cette deuxième catégorie, il existe trois sous-catégories de comportements qui peuvent être nuisibles pour l'individu, son entourage et la société. Il s'agit du comportement excessif, du comportement chronique et du

comportement inadapté à la situation (Office fédérale de la santé publique, 2016b).

### **2.3.2 Les anxiolytiques.**

Il existe trois sous-classes d'anxiolytiques ; soit les benzodiazépines, les médicaments Z et les anxiolytiques non-benzodiazépiniques. Ce travail traitera principalement des deux premières sous-catégories.

Les médicaments Z ont une action hypnotique, ils sont indiqués pour les troubles du sommeil. Ce sont des traitements destinés à favoriser et/ou maintenir le sommeil (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, 2014).

Les benzodiazépines, quant à elles, ont quatre propriétés que l'on retrouve plus ou moins fortement selon le type de produit, soit anxiolytique, sédatif, anticonvulsif, hypnotique ou myorelaxant. Ces substances peuvent notamment être utilisées dans le traitement des troubles bipolaires en phase maniaque, lors d'un sevrage alcoolique ou encore lors d'une prémédication en anesthésie. L'indication des différentes benzodiazépines dépendra de la durée d'action et des effets recherchés (« Somnifères et tranquillisants », 2011 ; « Somnifères et tranquillisants », 2018).

Dans un cadre légal (Bennani, De Mooij, Bugnon, & Berger, 2016), les benzodiazépines sont soumises à un contrôle strict, elles figurent dans la Loi sur les Stupéfiants. Cela implique donc que la durée de consommation ne doit pas dépasser un mois, mais elle peut tout de même être prolongée jusqu'à six mois au maximum. Outre les benzodiazépines, seul le Zolpidem® est inclus

dans cette loi. Malgré cela, la consommation prolongée est en augmentation (Addiction Suisse, 2018). Ce phénomène peut s'expliquer par le fait que la loi s'applique en premier lieu aux pharmacies qui, après un délai de six mois, ne distribuent plus de benzodiazépines ni de Zolpidem® et cela même si l'ordonnance va au-delà de cette période. Ceci entraîne un renouvellement de la prescription par le médecin et donc une supposée réévaluation de l'état du patient. Ce dernier peut alors prolonger l'ordonnance.

### ***2.3.2.1 Statistiques nationales.***

Selon des statistiques de 2016 (Gmel, Notari, & Gmel, 2018), 7,4 % des personnes de plus de 15 ans auraient consommé des anxiolytiques au cours du mois précédant l'enquête, en Suisse. Parmi ce pourcentage, 2,8% des personnes, soit 201'000 personnes, ont un usage prolongé ; c'est-à-dire qu'il y a eu un usage quasi quotidien de ces substances pendant au moins un an.

Toujours d'après le même article, les statistiques montrent que la consommation quotidienne depuis plus d'un an augmente à partir de 35 ans. En effet, parmi les femmes entre 35 ans et 54 ans, 2,5% d'entre elles consomment quotidiennement depuis plus d'un an contre 1,9% pour les hommes. Entre 55 ans et 69 ans, ce pourcentage augmente et arrive à 4,5%. Pour les hommes de cette même tranche d'âge, le pourcentage est de 2%.

Il est observé que les femmes de 70 ans et plus sont les plus grandes consommatrices, autant au niveau d'un usage non-quotidien (9,4% contre 4,4% pour les hommes de 70 ans et plus) qu'au niveau d'un usage quotidien depuis un an ou plus (9,6% contre 5,2%). Plus la tranche d'âge est élevée,



plus la consommation de ces différents traitements augmente. L'augmentation est cependant plus lente pour les hommes que pour les femmes. En comparaison avec l'étude de Gmel, Notari, & Gmel, (2015), la prévalence sur 12 mois de la prise de ces traitements a augmenté, en l'espace de 3 ans, de 1,4% pour les femmes et de 0,2% pour les hommes. Cela démontre donc que la consommation est en constante augmentation.

La vente de médicaments ayant un potentiel d'abus et de dépendance est stabilisée entre les années 1996 et 2017 (Gmel et al., 2018).

Selon une étude de 2013 (Gmel, Notari, & Gmel, 2015), les personnes dès 30 ans ont tendance à prolonger la prise de leurs somnifères ou de leurs tranquillisants au-delà de 3 ans. Les consommateurs, de manière générale, dépassent la durée conseillée et le risque de dépendance est donc plus important qu'auparavant. Comment expliquer que la consommation chronique soit en augmentation auprès de la population âgée, sachant que ce traitement est prévu pour une courte durée ?

### ***2.3.2.2 Facteurs de risque.***

Il existe quelques caractéristiques individuelles qui pourraient favoriser l'addiction chez diverses personnes. Il s'agit notamment de certaines perturbations du système nerveux avec des troubles du système dopaminergique, noradrénergique, sérotoninergique. L'exposition à des événements stressants peut aussi participer à l'augmentation de la vulnérabilité de l'individu. En effet, la société actuelle est très exigeante, ce qui augmente relativement le stress chez les personnes. Certaines, plus

vulnérables au stress que d'autres, trouvent comme refuge les substances psychoactives.

Certains traits de personnalité peuvent favoriser la consommation abusive de substances tels qu'une faible estime de soi, une timidité, une tendance à l'autodépréciation, un faible évitement du danger et un repli sur soi.

Des événements de la vie difficiles à surmonter tels qu'une rupture, un deuil, de la maltraitance, des difficultés économiques, la perte de repères sociaux, le chômage ou encore des maladies somatiques graves peuvent favoriser la consommation de substances (Reynaud, 2008).

Comme les auteures ont choisi de cibler leur travail sur les personnes de plus de 65 ans, il est important de s'intéresser de plus près à cette partie de la population.

Le vieillissement est une étape de la vie qui demande une adaptation à bien des changements. Ces derniers peuvent être perçus de manière positive, mais comme chaque être humain est unique, il est possible que certaines personnes vivent ces chamboulements liés à l'âge avec plus de difficultés.

En effet, le fait de vieillir comporte des aspects positifs tels que la naissance de petits-enfants, plus de temps dédié aux loisirs, à la famille et aux amis. Mais l'âge ne conduit pas seulement à des changements positifs. Cela demande aussi de se confronter à des situations douloureuses comme la perte d'un emploi, l'apparition de certaines maladies, le décès de proches et donc par conséquent un appauvrissement du réseau social qui peut, parfois, conduire à un isolement social.

Il existe plusieurs études qui ont mis en évidence que l'âge avancé et le sexe féminin sont des facteurs potentiels de prédiction d'addiction aux benzodiazépines (Egan, Moride, Wolfson, & Monette, 2000 ; Van Hulten, Teeuw, Bakker, & Luefkens, 1997). Une revue littéraire (Simoni-Wastila & Yang, 2006) identifie, quant à elle, plusieurs facteurs de risques d'addiction médicamenteuse chez la personne âgée, soit le sexe féminin; l'isolement social et affectif; une faible santé; la consommation d'autres psychotropes; une pathologie somatique chronique; des antécédents psychiatriques ou un problème psychiatrique en cours (anxiété, trouble de l'humeur et notamment un syndrome dépressif, troubles somatomorphes); des antécédents d'abus de substances ou abus en cours. Il est également important de souligner qu'avec l'âge, le sommeil se détériore, car souvent les cycles de sommeil sont perturbés.

#### ***2.3.2.3 Risques et effets indésirables.***

Parmi les effets indésirables qu'il est possible de remarquer lors de la prise d'anxiolytiques, il est souvent observé une somnolence, une sédation, une altération de la capacité d'apprentissage, un ralentissement psychomoteur, une baisse de l'attention. De plus, lorsqu'ils sont administrés de manière intraveineuse, une détresse respiratoire peut apparaître. Il est intéressant de savoir que les benzodiazépines, même à un dosage thérapeutique, peuvent engendrer des altérations au niveau psychomoteur et cognitif après la durée d'action visée. Une consommation prolongée peut conduire à une dépendance physique de la substance (« Somnifères et tranquillisants », 2011).

De plus, la prise de ces médicaments a un impact sur l'aptitude à la conduite. Durant l'année 2017, en Suisse, on dénombre 9 décès, 136 accidents 127 blessés et 342 retraits de permis liés à l'usage de médicaments sur la circulation routière (Office fédéral de la statistique, 2018). De plus, durant l'année 2016, 1.2% des admissions en traitement dans des institutions spécialisées étaient dues à un usage de médicaments comme problème principal (Monitoringsystems, 2010).

Il est également possible d'observer des effets paradoxaux comme une désinhibition, une prise de risques, des insomnies et une anxiété mais aussi des comportements violents, des réactions de rage, d'intolérance à la frustration, une irritabilité, une altération de la vigilance et une amnésie antérograde. Ils peuvent entre autres entraîner ou aggraver une dépression. De même, lors d'une consommation prolongée, il peut apparaître un phénomène appelé l'effet rebond qui sera explicité par la suite du travail.

Les risques en lien avec les benzodiazépines sont plus importants chez les personnes de plus de 65 ans. Effectivement, cela s'explique par le fait que l'organisme élimine les substances plus lentement, de ce fait celles-ci agissent plus longtemps et il peut y avoir un effet de cumul. Les personnes plus âgées sont, par conséquent, plus sensibles aux effets sédatifs sur le système nerveux central, ce qui peut avoir pour conséquences des fractures osseuses entraînées par des chutes dues à l'effet sédatif, une amnésie, une confusion, une pseudo-démence et des chutes. L'arrêt ou la diminution de la prise de benzodiazépines

peut améliorer la vigilance, la continence, la mobilité et le bien-être (« Somnifères et tranquillisants », 2011).

Plusieurs recherches ont en effet relevé des liens significatifs entre la consommation chronique de benzodiazépines et les effets néfastes de celles-ci. Une étude de Mura et al., (2011) a mis en évidence une altération prédominante du niveau cognitif chez les utilisateurs chroniques de benzodiazépines en ce qui concerne leur mémoire visuelle immédiate et leur vitesse de traitement visuo-moteur (Mura et al., 2011).

De plus, il a été démontré que la consommation de benzodiazépines peut augmenter l'agressivité et nuire à l'inhibition comportementale. Ces éléments pouvant être des facteurs de risques au suicide (Dodds, 2017).

A partir de ce constat, les auteures se posent la question suivante : comment se fait-il que malgré la mise en évidence des effets néfastes liés à une consommation chronique de ces traitements, celles-ci soient en augmentation chez la population âgée, dont on sait que leur métabolisme est moins efficace ? Est-ce que la consommation chronique de benzodiazépines, auprès de la population âgée, aboutit réellement à une diminution significative des symptômes qui ont motivé la prise de ces traitements, et donc une réelle amélioration de la qualité de vie ?

### **2.3.3 Interventions infirmières.**

Les interventions infirmières sont des actions réalisées par des infirmières avec et/ou pour un bénéficiaire de soins afin de maintenir ou d'améliorer leur état de santé. Elles peuvent également inclure la famille du patient, ainsi que

son entourage de manière plus globale. Celles-ci peuvent être d'ordres préventives, promotrices, thérapeutiques, diagnostiques ou encore éducatives.

Elles sont présentes dans tous les contextes de soins ; de l'aigu au chronique, en passant par les soins à domicile et les établissements médico-sociaux.

Les interventions infirmières découlent de diagnostics infirmiers posés par la professionnelle de santé grâce à ses compétences, ses connaissances théoriques, le recueil de données ou encore le jugement clinique. Cet ensemble d'actes infirmiers valorise et renforce le rôle propre de l'infirmière (Doenges, M. E., Moorhouse M. F., Geissler-Murr, 2016).

#### ***2.3.3.1 Interventions en lien avec l'addiction.***

L'infirmière étant la professionnelle au centre de la coordination de la prise en soin du patient, fait d'elle la personne ressource qui peut intervenir auprès de ce dernier et son entourage.

Dans le cadre de l'addiction, il existe différents actes qui peuvent être mis en place, afin d'aider la personne à atteindre son but.

Différents diagnostics infirmiers entrent dans le cadre de l'addiction. Parmi ceux-ci, on retrouve, par exemple, le sentiment d'impuissance, l'alimentation déficiente, le déni ou encore les stratégies d'adaptation inefficaces (Doenges, M. E., Moorhouse M. F., Geissler-Murr, 2016). Ces diagnostics sont donc utiles afin de mettre en place des interventions en lien avec la problématique du patient ; cela fait que la prise en soin soit holistique.

### ***2.3.3.2 Interventions en lien avec l'addiction médicamenteuse.***

Les interventions infirmières seront davantage basées sur les 4 piliers de l'addiction, soit la prévention, la thérapie, la réduction des risques et la répression (Office Federal des Statistiques, 2015). Cependant, les infirmières n'agissent pas au niveau de la répression, elles peuvent néanmoins collaborer avec les autorités.

Concernant la prévention, l'infirmière peut agir sur différents éléments de l'addiction médicamenteuse. Il y a divers aspects à prendre en compte comme le fait qu'il y ait un effet rebond, lors de l'arrêt du médicament ; c'est-à-dire une apparition de troubles passagers comme, par exemple, une altération du sommeil ou encore de l'anxiété. Il s'agit de la réapparition de signes cliniques antérieurs au traitement dont l'intensité est augmentée. La personne peut penser qu'avec l'arrêt du traitement les symptômes réapparaissent. Cependant ce n'est qu'une phase transitoire et il ne faudrait pas recommencer à consommer les médicaments pour diminuer ces manifestations. Par l'éducation thérapeutique, les infirmières peuvent les accompagner dans cette prise de conscience (Addiction Suisse, 2018).

Lors de l'éducation thérapeutique, le rôle des infirmières est d'accompagner et de transmettre aux patients toutes les informations dont ils ont besoin afin qu'ils puissent développer un raisonnement et une certaine autonomie par rapport à leur situation. Ces derniers doivent être informés des indications de la substance, ainsi que des doses, des risques et des surveillances. De plus, à la fin de cet entretien, il est primordial de vérifier ce

que la personne a compris et intégré, afin de prévenir toute complication et donc potentiellement le risque d'addiction.

Cet ensemble d'actions infirmières fait donc partie du rôle de promoteur de la santé du professionnel.

Mais ce n'est pas le seul acte dans le domaine de la prévention. Les brochures, les panneaux explicatifs ou encore les mobilisations dans les endroits à haut potentiel d'addiction sont également des interventions qu'une infirmière peut réaliser (Office fédérale de la santé publique, 2016a).

Dans le champ d'action des thérapies, le but est d'accompagner la personne à surmonter ou à maîtriser son addiction, tout en tenant compte de la qualité de vie et de l'intégration sociale souhaitées.

Pour cela, la collaboration interdisciplinaire est très importante, notamment avec le médecin. L'idéal est d'avoir plusieurs entretiens avec ce dernier, afin de discuter du patient et des potentiels problèmes qui peuvent être en train d'apparaître afin d'agir ensemble.

Cependant, le réseau du patient, dans la majorité des cas, ne se limite pas au médecin et à l'infirmière ; il y a l'entourage et les autres professionnels de la santé et du social. La communication et la collaboration entre les différents acteurs de la prise en soins se doit d'être la meilleure possible, afin de détecter au plus vite un effet sur la santé du patient.

Dans cette catégorie, se trouvent également différents entretiens et notamment l'entretien motivationnel qui a pour but d'aider le patient à entreprendre et à renforcer son changement. Dans un livre abondant



l'entretien motivationnel auprès de personnes présentant une addiction, il est défini comme étant « un entretien guidé centré sur le patient pour l'encourager à changer de comportement en l'aidant à explorer et à résoudre son ambivalence face au changement » (Miller, W. R., & Rollnick, 1991).

Concernant le pilier de la réduction des risques, l'élément le plus important est de soutenir la personne afin de limiter la souffrance causée par cette étape de sa vie et de lui redonner de l'autonomie afin de tendre vers une transition sociale et personnelle dite normale (Office fédérale de la santé publique, 2016a).

Les auteures ont choisi de centrer leurs recherches plus particulièrement sur les interventions psychosociales. Ce type d'interventions comprend, par exemple, l'entretien motivationnel, les actions favorisant l'empowerment de la personne que l'on accompagne pour ainsi la rendre actrice de sa vie, l'approche cognitivo-comportementale ou encore les groupes thérapeutiques. En outre, par intervention psychosociale, les auteures se réfèrent à toute action qui repose sur une vision de la personne dans laquelle sont considérés à la fois sa dynamique intérieure et son être social, et plus particulièrement la relation entre ces deux dimensions (Bulechek Gloria M., Butcher Howard K., 2013).

Ces divers entretiens permettraient de mettre en évidence les conséquences négatives du problème, dans ce cas précis l'addiction aux médicaments, et en tant qu'infirmières, accompagner le patient dans le

changement pour qu'il puisse atteindre une qualité de vie qu'il considère comme étant satisfaisante et l'aider à trouver de nouveaux comportements qui soulageraient les problèmes sous-jacents qui ont poussé la personne à consommer. C'est pourquoi à la suite de ces informations, les auteures se demandent comment accompagner la personne dans son sevrage pour que celui-ci soit le plus bénéfique et le moins traumatique possible, sans oublier de prendre en compte les raisons qui ont motivé la prise des benzodiazépines ?

#### **2.3.4 Contexte ambulatoire.**

Le contexte ambulatoire englobe différents aspects. Au sens large, il s'agit d'une consultation ne nécessitant pas d'hospitalisation qui peut s'avérer nécessaire avant une intervention chirurgicale ou à la suite d'un séjour hospitalier afin d'avoir un suivi régulier du patient.

##### ***2.3.4.1 Contexte ambulatoire en lien avec l'addiction.***

La consultation ambulatoire, dans le domaine de l'addiction, s'adresse aux personnes présentant une problématique en lien avec une substance ou un comportement pouvant amener à une addiction et propose un suivi thérapeutique sur le court, le moyen et le long terme.

Dans le contexte ambulatoire, différents professionnels de la santé interviennent : les infirmiers, les médecins, les psychologues et les travailleurs sociaux ; il s'agit d'une équipe pluridisciplinaire.

Lorsqu'un patient est dans une prise en soins ambulatoire, ce qui est primordial est de définir avec lui quel est son projet thérapeutique et comment il va l'atteindre.

Pendant le suivi, le patient pourra trouver des alternatives à son comportement, causé par l'addiction, tout en diminuant les effets négatifs de l'addiction. De plus, au travers une évolution favorable, le patient peut se réinvestir dans ses relations sociales afin d'avoir à nouveau l'occasion de créer et de réaliser de nouveaux projets (Hôpitaux Universitaires de Genève, 2018). Les auteures ont décidé de ne pas baser leurs recherches sur le contexte ambulatoire, car c'est une problématique qui est rencontrée dans tous les milieux. En effet, il est possible d'émettre l'hypothèse qu'une consommation problématique de benzodiazépines en lien avec le vieillissement peut être rencontrée plus fréquemment chez des personnes suivies par des services de soins à domicile ou des établissements médico-sociaux.

## **2.4 Perspectives potentielles pour la pratique infirmière**

L'addiction est un problème majeur de santé publique qui concerne à la fois l'aspect sanitaire, sociétal et économique. Personne n'est à l'abri de souffrir d'une addiction, peu importe l'âge et la classe sociale. C'est une source de souffrance pour la personne concernée ainsi que pour ses proches, mais également pour l'ensemble de la société si l'on prend en compte les répercussions au niveau économique notamment (Office fédérale de la santé publique, 2016a).

Actuellement, une grande partie de la société souffre d'insomnie, d'angoisses et de stress ; ce sont des phénomènes qui sont extrêmement rependus en Suisse. A cause de cela, certaines personnes ont recours à la prise de certains traitements comme les benzodiazépines. Parmi ces

personnes, certaines en consomment plus que ce qui est nécessaire, pouvant entraîner une addiction. Effectivement, d'après les statistiques de l'observatoire suisse de la santé, 34.3% de la population rencontre des difficultés à l'endormissement en 2017, ce chiffre étant en augmentation depuis 2012. La population la plus touchée étant celle de 65 ans et plus (Observatoire Suisse de la Santé, 2019).

Concernant l'anxiété, les auteures n'ont trouvé aucune statistique précise du nombre de personnes concernées au niveau national, l'anxiété étant principalement englobée dans les troubles dépressifs. Au niveau européen, les chiffres rapportés ont été regroupés dans les troubles anxieux, dont l'anxiété généralisée qui dénombre 8.9 millions de personnes concernées, ce chiffre étant un nombre estimé en 2011. (Schuler, Tuch, Buscher, Camenzind, & Schuler, 2016)

Depuis les années 90, en Suisse, la consommation de benzodiazépines est un problème largement étendu causant des addictions. Le chiffre des personnes atteintes de problématiques liées à cette surconsommation est en augmentation ; actuellement les personnes ont tendance à avoir recours à l'automédication (Addiction Suisse, 2018).

Souvent, ces traitements sont utilisés comme premier recours. Il est cependant important de ne pas oublier le problème de fond, la cause de la prise de ces traitements. C'est sur cet élément qu'il faut également se concentrer, afin de diminuer la consommation et dans l'idéal être capable de l'arrêter. Si la problématique n'est pas traitée et que le traitement est arrêté,

le problème réapparaît. D'autres options thérapeutiques devraient être utilisées, avant d'avoir recours aux médicaments.

## **2.5 Mise en évidence des concepts**

L'élaboration des différentes recherches dans la littérature a permis de mettre en évidence les concepts retenus. Ceux-ci sont les suivants : addiction, benzodiazépines, vieillissement et interventions psychosociales. Ces différents concepts seront développés plus en détail dans le chapitre suivant.

### **Chapitre 3 : Concepts et champs disciplinaires infirmiers**

### **3.1 Addiction**

Le terme addiction vient du latin « addictere » qui signifie contrainte par le corps. L'addictologie est une discipline née de la psychiatrie, de la santé publique et d'autres spécialités médicales. Néanmoins, elle émerge actuellement en tant que discipline à part entière. (Laqueille, Liot, Libbey, & Eurotext, 2009)

Selon le Groupement Romand d'Étude des Addictions, l'addiction est caractérisée par un besoin incontrôlable de consommer une substance ou d'avoir un certain comportement et cela en dépit des conséquences négatives qui se répercutent sur la santé de l'individu mais aussi sur sa vie sociale. La personne en question ne parviendra plus à avoir des comportements qui sont sous le contrôle de décisions conscientes mais agira de manière automatisée et compulsive (Groupe Romand d'Études des Addictions, 2012).

Il s'agit d'un phénomène qui comporte des aspects biologiques, psychologiques et sociales. Cela entraîne des problèmes de santé physique et psychique chez la personne mais aussi chez son entourage et cela compromet son intégration dans la société.

Comme expliqué précédemment par les auteures, l'apparition d'une addiction dépend de plusieurs facteurs sociétaux, mais aussi de prédispositions propres à la personne. C'est un phénomène que l'on peut retrouver partout, chez des personnes de tout âge et de n'importe quelle culture.

Aviel Goodman, un psychiatre américain, a publié dans les années 1990 une définition de l'addiction comme étant « un processus dans lequel est réalisé un comportement qui peut avoir pour fonction de procurer du plaisir et de soulager un malaise intérieur, et qui se caractérise par l'échec répété de son contrôle persistant en dépit des conséquences négatives » (Morel et al., 2010). D'autres auteurs ajoutent à cela la notion d'intoxication répétée amenant la notion de dépendance et de signe de sevrage et ainsi que le caractère chronique induisant un effet négatif sur le plan émotionnel (Laqueille et al., 2009).

L'addiction peut être expliquée selon des modèles biologiques, psychanalytiques, systémiques et cognitivo-comportementaux. Selon le modèle biologique, plusieurs circuits sont au centre du phénomène. Il est question d'un circuit intégrant un processus de récompense. Tout humain a besoin de récompenses afin de survivre en répondant à ses besoins de bases. Cependant, pour que l'envie de réaliser et reproduire ces comportements survienne, il apparaît alors une activation du système de récompense.(Jaquet, 2013)

Certaines substances, dont les benzodiazépines, contribuent à la libération de dopamine, qui est le neurotransmetteur central dans le phénomène de l'addiction. La dopamine s'accumule au niveau de l'amygdale et permet que l'association entre la récompense et le stimuli dû à la consommation ait lieu (Reynaud, 2006).

Ce système est un circuit impliqué dans la mémoire et le renforcement de



la recherche de substances. Il est composé de l'ensemble des neurones dopaminergiques qui proviennent de l'aire tegmentale ventrale. La dopamine est le neurotransmetteur au centre de ce circuit. En effet, la consommation de benzodiazépines va créer une modification de la transmission synaptique dopaminergique en stimulant la sécrétion de dopamine par les neurones de l'aire tegmentale ventrale. La prise régulière de substances va créer une activation anormale de ce système. De plus, elles agissent également au niveau de la régulation des neurotransmetteurs GABA de manière agoniste et augmentent ainsi l'effet inhibiteur du système de transmission GABAergique (Laqueille et al., 2009).

Vers la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle, Benjamin Rush, médecin, est l'un des premiers à associer les conduites de consommation répétées et excessives à une pathologie. Dans le domaine médical, l'addiction est décrite comme une maladie. En effet, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) classe l'addiction dans les « troubles mentaux et du comportement liés à une utilisation de substance ».

La classification internationale des maladies (CIM-10) décrit les caractéristiques d'une addiction comme étant les suivantes (Misès & Quemada, 2002; p. 8-9) :

- Un besoin irrépressible de consommer une substance (craving)
- Une difficulté de l'individu à contrôler sa consommation
- Un syndrome de sevrage lors de l'arrêt de la consommation
- Une accoutumance à la substance qui conduit la personne à augmenter la quantité de substance qu'il consomme pour obtenir les mêmes effets

- Un abandon pour tout autre centre d'intérêt
- La poursuite de la consommation en dépit des conséquences négatives sur la vie de l'individu

Le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux est un écrit de référence publié par l'Association américaine qui décrit et classifie les troubles mentaux. Cet ouvrage rassemble les symptômes dans différentes listes. Néanmoins, il ne constitue pas une définition complète en raison de la complexité des processus cognitifs, comportementaux, physiologiques et émotionnels. Toutefois, il résume des syndromes caractéristiques et leurs évolutions cliniques typiques ainsi que l'histoire développementale et les facteurs globaux (Crocq, Guelfi, & Association., 2016) .

Actuellement, avec la dernière classification des troubles mentaux, le terme de « dépendance » a été supprimé, il n'a cependant pas été changé par celui « d'addiction ». C'est le terme de « trouble de l'usage de substances et troubles addictifs » qui a été retenu. (Gazel, Fatseas, & Auriacombe, 2014)

Dans la cinquième classification des troubles mentaux, les troubles liés à une substance et troubles addictifs intègrent dix classes de drogues séparées. En plus des troubles liés à une substance, il comprend également les jeux pathologiques.

Dans la classification actuelle, apparaissent les troubles liés aux sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques. Les critères diagnostiques sont les suivants (Crocq et al., 2016; p. 652-3) :

- A. Mode d'usage problématique amenant à une altération du fonctionnement ou une souffrance significative, caractérisé par la présence d'au moins deux manifestations suivantes, au cours d'une période de 12 mois :
1. Ils sont pris en quantité plus importante ou durant une période plus longue que prévu.
  2. Il y a présence d'un désir constant, ou des efforts inefficaces, pour diminuer ou contrôler leur consommation.
  3. Beaucoup de temps a été investi afin d'obtenir, d'utiliser ou rechercher les effets de ces médicaments.
  4. Envie irrésistible ou besoins impérieux d'utiliser ces médicaments.
  5. Consommation répétée d'un ou plusieurs de ces médicaments amenant à une incapacité à remplir ses obligations.
  6. Consommation répétée malgré les répercussions interpersonnelles ou sociales, persistantes ou récurrentes, causées ou exacerbées par ces médicaments.
  7. Abandon ou réduction d'activités sociales, professionnelles ou de loisirs.
  8. Usage répété dans des situations où la consommation peut devenir physiquement dangereuse.
  9. Leur consommation est poursuivie malgré le fait que la personne soit consciente d'avoir un problème psychologique ou physique, causé ou exacerbé par ces médicaments.
  10. Tolérance, définie par l'un des symptômes suivants :
    - a) Besoin de quantité plus forte pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré.
    - b) Effet diminué lors de consommation continue de la même quantité du médicament.
  11. Sevrage caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :
    - a) Syndrome de sevrage
    - b) Ces médicaments sont pris afin de soulager ou éviter les symptômes de sevrage.

En conclusion, l'addiction se définit par un comportement visant la recherche de plaisir ou la diminution d'une sensation de malaise tout en ayant

l'impossibilité de le contrôler malgré la connaissance des conséquences négatives (Laqueille et al., 2009).

### **3.1.1 Trouble de l'usage de substance chez la personne âgée.**

Souvent de manière erronée, cette problématique est liée à l'image de personne jeune. Cependant, la dépendance de benzodiazépines est un phénomène particulièrement présent chez la personne âgée, principalement lié à des troubles du sommeil, d'état de nervosité. Selon Eveline Bohenblust, qui siège au département de la santé de Bâle-Ville, la fin de la vie professionnelle, le sentiment de vide et d'ennui, l'isolement, les douleurs psychiques et somatiques, la sensibilité du corps face aux produits sont des éléments qui expliqueraient les raisons qui amènent à une dépendance (Vögeli, 2012).

Au niveau des mesures thérapeutiques, Eveline Bohenblust affirme que les thérapies éducatives, préventives et motivationnelles ont fait leurs preuves. Elle dit également qu'il est important de supprimer le tabou de la dépendance chez la personne âgée, dans le but d'y attribuer davantage d'attention (Vögeli, 2012).

## **3.2 Benzodiazépines**

Comme exprimé dans la problématique, les benzodiazépines sont des médicaments faisant partie de la classe des anxiolytiques.

Au niveau historique, les benzodiazépines tels que le Librium® en 1960 et le Valium® en 1963 ont révolutionné le marché des psychotropes et assuré la richesse de l'entreprise pharmaceutique Roche. Ils ont ainsi ouvert de

nouvelles possibilités thérapeutiques en psychiatrie. Dans les années 1960, pensant à un progrès, de plus en plus de prescriptions ont été rédigées par les médecins de famille pour traiter le stress quotidien. Ils ont été les traitements les plus prescrits aux Etats-Unis durant les années de 1969 à 1982. Cependant, ces médicaments ont rapidement suscité un débat et des critiques en raison du risque d'abus et de dépendance (Riesen, 2016).

Cet exemple historique démontre qu'un traitement par benzodiazépines demande une durée d'utilisation la plus courte possible et une réévaluation constante. Une expertise et la mise en place d'un plan de soins à court et long terme doit être réfléchi en fonction de l'origine de la symptomatologie de la personne. En effet, pour une personne souffrant d'anxiété, il serait important de lui apprendre à gérer les situations pouvant générer ce sentiment à travers les thérapies psychosociales.

Quant à l'effet sédatif pour lequel les benzodiazépines peuvent également souvent être prescrits, il peut être juste de dire qu'ils induisent une sédation plutôt qu'un sommeil reposant. De plus, à l'arrêt de ceux-ci, un trouble du sommeil plus important qu'au début de la prise des traitements peut apparaître dans les premiers temps, il peut s'agir de l'effet rebond.

Les auteures mentionnent ci-dessus deux des cinq indications à la mise en place d'un traitement par benzodiazépines. C'est essentiellement pour ces deux indications que la problématique d'addiction apparaît ; c'est pourquoi les auteures ne mentionnent que celles-ci.

Plusieurs questionnements doivent se poser à la suite de la mise en place de cette thérapeutique ; « est-ce une indication absolue ou relative ? », « peut-on mettre en place un traitement alternatif ? » (Riesen, 2016).

### **3.3 Vieillesse**

Le cycle de vie est composé de plusieurs phases, il commence par l'enfance, qui est valorisée et dite une étape merveilleuse. Ensuite, il y a l'adolescence qui est considérée comme un passage entre la vie d'enfant et la vie d'adulte, la maturité. Après cette période-là, la personne arrive donc à l'étape d'adulte, où l'individu vit un sentiment de plénitude. Et finalement, arrive l'étape de la vieillesse, qui est parfois crainte et parfois souhaitée en remplacement à la mort immédiate. Le cycle de la vie peut donc être résumé comme une succession de plusieurs étapes ; c'est également le processus de vieillissement (Bouckaert, 2003).

Pour certaines personnes, l'âge de la retraite est le point de départ du vieillissement, notamment par l'accès à des rentes et à des pensions, ainsi que par l'arrêt de l'activité professionnelle. Pour d'autres, elle est plutôt perçue au travers le déclin physique et/ou cognitif, qui marque le début de cette étape. Le corps vieillit, certaines fonctions physiologiques disparaissent ou diminuent, ainsi que certaines capacités mentales et/ou physiques ; une diminution de l'autonomie est donc progressive (Boggia, 2014).

Définir la vieillesse est extrêmement compliqué, notamment si uniquement l'aspect biologique est pris en compte. C'est un processus complexe et il est difficile de définir le moment où la personne entre dans le vieillissement, tout

comme dans les autres étapes du cycle de la vie. Cependant, le vieillissement peut être défini comme étant un processus qui débute à la naissance et finit à la mort.

### **3.3.1 Influence du sexe.**

Statistiquement parlant, il est prouvé que les hommes ont une espérance de vie inférieure aux femmes. Cependant, la majorité des femmes qui ont une vie plus longue vont, par conséquent, vieillir seules. De plus, ces dernières ont tendance à « mieux vieillir » que les hommes ; c'est-à-dire que l'homme âgé a des difficultés à s'adapter au fait d'avoir une baisse de l'activité physique, par la retraite et parfois certaines pathologies invalidantes ainsi qu'une diminution des responsabilités, ce qui rendrait son caractère un peu plus rigide. Au contraire, la femme âgée arrive à mieux gérer ses limites et se montre plus créative et plus flexible (Bouckaert, 2003).

### **3.3.2 Rôle de la personne âgée.**

Dans la famille patriarcale, où plusieurs générations vivent ensemble, la personne âgée a une position lui amenant du respect et une certaine autorité, notamment par ses connaissances qui sont considérées très précieuses. Dans ce modèle de famille, autant la femme que l'homme sont dans cette position ; leur espérance de vie est donc très similaire.

Concernant la famille moderne, on parle de famille nucléaire, où 2 générations vivent sous un même toit, jusqu'au départ des enfants. A ce moment-là, le phénomène du « nid vide » se produit, ce qui crée une progression dans le cycle de vie familiale et est avant-gardiste du stade du

couple âgé vivant seul. Le couple de la famille moderne est égalitaire et symétrique, mais une fois l'étape de la vieillesse atteinte, il est assez courant que les conflits se multiplient créant ainsi un certain déséquilibre dans le couple âgé. Ce dernier doit trouver un équilibre, tout en tenant compte du départ des enfants, le début de la retraite et le possible déclin physique.

Et quant à la famille post-moderne, où le divorce est accepté, le plus important n'est pas les responsabilités conjointes, mais la préservation des territoires individuels. Les personnes âgées veuves ou divorcées, ayant vécu dans ce modèle, sont capables de vivre une nouvelle relation de couple, sans pour autant renoncer à leur propre domicile et surtout sans avoir d'engagement formel.

### **3.3.3 Facteurs influençant un vieillissement en bonne santé.**

L'environnement physique et social a une grande influence sur le vieillissement, tout comme les caractéristiques personnelles.

L'environnement a un effet sur la vieillesse de manière très précoce. L'enfance aura déjà une influence sur la manière dont laquelle cette dernière étape de la vie sera vécue. Il influence également le maintien de comportements salutogènes afin de réduire le risque de certaines pathologies, comme les maladies cardiovasculaires, ainsi qu'à améliorer les capacités physiques et mentales (Organisation Mondiale de la Santé, 2018).

### **3.3.4 Cycle de vie selon Erikson.**

Erik Homburger Erikson est un psychologue qui a développé une théorie en lien avec des stades psychosociaux (Aumond, 1987).



Dans le dernier stade de vieillissement, la personne a une prise de conscience de la fin de vie et de la mort, ce qui l'amène à évaluer sa propre vie et à revivre les différents moments, entraînant par conséquent des possibles regrets au sujet de certains éléments de sa vie. Si la vie vécue est considérée comme riche et remplie, la personne aura un sentiment d'intégrité mais au contraire, si elle est considérée comme inachevée, la personne éprouvera une sensation de désespoir, pouvant aller jusqu'à une dépression.

La personne âgée peut vivre trois sortes de crises, à cette étape de la vie. La première est la crise d'identité qui provoque une baisse voire une perte de l'état physique. Une perte d'autonomie ainsi qu'une perturbation des rôles sociaux peuvent subvenir et provoquer, par conséquent, une plus grande solitude. Ensuite, il y a la crise d'autonomie qui est en réalité une perte de cette dernière, l'individu devient alors dépendant. Les personnes démentes, quant à elles, vont également perdre leur autonomie sur le point cognitif ; la rédaction des directives anticipées, par exemple, devient donc impossible. La troisième crise est la crise d'appartenance ; la personne s'isole, l'activité professionnelle diminue perturbant ainsi son rôle dans la société.

Erikson démontre que la personne âgée a des besoins spécifiques, qu'elle doit faire face à des diminutions de certaines de ses capacités et qu'elles ont un changement de statut social (Aumond, 1987).

### **3.4 Interventions psychosociales**

Comme cité dans la problématique, les interventions infirmières sont des éléments clés de la thématique. Une intervention infirmière comprend des

activités infirmières, dont le but est d'aider le patient à atteindre un résultat conjointement souhaité, en adoptant des comportements spécifiques ou en mettant en place des actions. Une intervention, initiée par l'infirmière, découle d'un diagnostic infirmier, qui se base sur le rôle propre de celle-ci, ce qui nécessite de se référer à des preuves scientifiques, afin d'atteindre les objectifs espérés (Pascal & Éliane, 2016).

Depuis plusieurs années, il existe une volonté de décrire et classifier la pratique des soins infirmiers, afin d'adopter un langage universel et une base commune. En effet, la classification est un phénomène largement utilisé dans les sciences. Elle se construit en trois étapes, en commençant par un recueil des différents éléments, puis en les regroupant par catégories, pour finalement les hiérarchiser. Cette classification peut s'imaginer sous la forme d'une pyramide qui représente en son sommet le concept le plus abstrait au concept le plus spécifique à sa base (Pascal & Éliane, 2016).

Dans le domaine des soins infirmiers, il existe plusieurs classifications. L'Association Nord-Américaine des Diagnostics Infirmiers, ANADI ou NANDA en anglais, réalise à partir d'un système conceptuel qui classifie les diagnostics infirmiers, la classification des résultats de soins proposée par M. Johnson et M. Maas mais également la classification des interventions infirmière : Nursing Interventions Classification réalisée par G. M. Buelchek et J. C. McCloskey pour ne citer que ces exemples.

Pour la réalisation de ce travail le groupe retiendra la classification proposée par l'université de l'Iowa, c'est-à-dire réalisée par G. M. Buelchek et

J. C. McCloskey. Elle est intéressante car les interventions peuvent découler de diagnostics infirmiers, d'une prescription médicale ou à la suite d'une collaboration interprofessionnelle. De plus, elle distingue des activités de soins directs ; c'est-à-dire les soins prodigués à travers une interactions avec le patient qui comportent les actions infirmières de nature physiologique et psychosociologique. A cela s'ajoute les activités de soins indirects ; c'est-à-dire les soins dispensés à distance du patient, qui constituent les actions en lien avec l'environnement, l'organisation des soins et la collaboration en interdisciplinarité (Pascal & Éliane, 2016).

Dans cette classification, les interventions sont classées en sept domaines et trente classes. Ces dernières comprennent un énoncé avec une définition, suivie d'une liste d'activités ou d'actions infirmières en lien avec celles-ci. La taxonomie utilisée dans leur classification est divisée en trois niveaux, c'est-à-dire le domaine, la classe et les interventions spécifiques. Le domaine qui intéresse plus particulièrement les auteures de ce travail est le troisième. Il s'intitule « comportemental » et comprend les soins du domaine psychosocial et est centré sur les changements du style de vie, aussi appelé soins relationnels. Les classes correspondantes à ce domaine sont les suivantes : thérapie comportementale, thérapie cognitive, amélioration de la communication, aide aux stratégies d'adaptation, éducation du patient et promotion du bien être psychologique. Chacune de ses classes comprend des interventions spécifiques (Bulechek Gloria M., Butcher Howard K., 2013).

Dans ce travail, il sera question d'interventions psychosociales, c'est-à-dire d'interventions non pharmacologiques qui peuvent être réalisées dans un contexte thérapeutique au niveau individuel, familial ou de groupe. Les membres du groupe ont choisi d'inclure toutes les interventions pouvant rentrer dans cette catégorie. Il peut exister un grand éventail d'interventions psychosociales. Les plus couramment utilisées, dans le milieu des troubles de l'usage de substance, sont la thérapie cognitivo-comportementale, l'entretien motivationnel, l'éducation thérapeutique et les techniques de relaxation pour ne citer que ces exemples (Zhang, Som, & Fm, 2014).

### **3.5 Choix du cadre théorique**

#### **3.5.1 Théorie de Margaret Newman de l'expansion de la conscience.**

Les auteures ont choisi la théorie de soins de Newman dont le concept principal est l'expansion de la conscience. Cette théorie permet de comprendre la personne de manière holistique. Elle postule également que la santé et la maladie forment un processus unitaire, un ensemble, et ne sont pas deux réalités distinctes. La maladie fait partie de la santé. La personne, la famille et l'environnement ne sont pas des entités séparées mais plutôt en interaction constante. Elle implique que les éléments faisant sens pour le patient soient placés au centre de la prise en soins et des interventions de l'infirmière et ce ne sont donc pas les objectifs de l'infirmière qui doivent être appliqués en priorité. Cela demande une grande introspection de la part du soignant, qui se doit de connaître et de faire abstraction de ses propres représentations et ses propres jugements. Selon cette théorie, le rôle de l'infirmière est d'aider les

gens à reconnaître le pouvoir qui est en eux et passer ainsi à des niveaux plus élevés de conscience.

Pour développer sa théorie, Margaret Newman, s'est basée sur d'autres théories. Elle s'est notamment inspirée de la théorie des êtres humains unitaires de Martha Rogers, du concept d'évolution de la conscience de Bentov, de la théorie du processus de Young, celle de l'ordre implicite de Böhm et finalement la théorie des structures dissipatives de Prigogine. La théorie de l'expansion de la conscience de Margaret Newman met en avant quatre concepts principaux : le pattern, la santé, la conscience et le mouvement espace-temps (Newman, M. A., Sime, A. M., & Corcoran-Perry, 1991).

### **3.5.2 Nos concepts en lien avec ceux de la théorie de Margaret Newman.**

Dans ce présent chapitre, les concepts des auteures sont expliqués au travers de la théorie de soins infirmiers choisie.

#### ***Le pattern***

Le pattern, ou aussi appelé motif unique, représente les informations de l'ensemble de la relation ainsi que sa compréhension. Il s'agit d'un élément primordial qui donne de l'unité et du sens. Il identifie la personne comme étant unique et singulière. Le pattern est conceptualisé comme étant en quelque sorte un champ d'énergie en transformation et en changement constant. Cela signifie que la personne prise en soins par le soignant a son motif unique qui lui est propre. Chaque individu vit les choses à sa manière. Il désigne la relation

entre le sujet et son environnement, ce qui donne du sens aux relations. L'infirmière doit considérer le patient souffrant d'une addiction médicamenteuse dans son unicité et elle ne doit pas s'intéresser seulement aux troubles, qui dans le cas présent, se trouvent être l'addiction médicamenteuse. Cependant, derrière ces déséquilibres, l'infirmière doit percevoir des explications et des raisons sous-jacentes (Newman, M. A., Sime, A. M., & Corcoran-Perry, 1991).

### ***La santé***

Margaret Newman postule que la santé et la maladie sont un ensemble indivisible, la maladie faisant partie de la santé et n'en n'est pas l'inverse. En se référant à cette théorie, l'addiction serait une manifestation de la santé, en lien avec le continuum santé-maladie. Ce concept représente la capacité croissante de recourir à ses ressources et à des alternatives (Newman, M. A., Sime, A. M., & Corcoran-Perry, 1991).

Dans ce travail, les auteures s'intéressent aux interventions psychosociales et pensent que ces dernières pourraient être un outil utile, qui pourrait permettre une prise de conscience chez le sujet souffrant d'addiction. L'addiction vient perturber un certain équilibre dans la vie du sujet ; le rôle soignant est d'accompagner la personne dans la prise de conscience et donc dans un processus d'adaptation pour qu'elle puisse retrouver un nouvel équilibre ou une nouvelle homéostasie.

### ***Le mouvement espace-temps***

Ce concept souligne que rien n'est définitif et défini. L'individu évolue de manière continue dans une organisation linéaire mais à son propre rythme. Cela veut dire qu'en tant que soignant, il ne faut pas rester fixé sur l'anamnèse de départ par exemple, car le patient évolue de manière constante. Il est nécessaire de réévaluer en permanence la situation, ce qui permettra à l'infirmière de créer une connexion particulière avec le patient et cette attitude peut, inconsciemment, induire un changement chez la personne.

Newman affirme que le temps, tel qu'il est géré par les institutions médicales, est en contradiction avec le rythme naturel de la relation infirmière-patient. En effet, elle postule que celui-ci répond plus aux besoins des administrations du système qu'à ceux des patients et qu'il n'y a pas assez de temps pour la relation soignant-soigné (Newman, M. A., Sime, A. M., & Corcoran-Perry, 1991).

### ***La conscience***

La conscience, entendue selon la théorie de l'expansion de la conscience, n'est pas limitée à la pensée cognitive seule. Elle est définie comme étant l'information du système, sa capacité à interagir avec l'environnement. Ce concept n'inclut pas seulement toutes les choses associées à la conscience tels que la pensée et le sentiment, mais aussi toutes les informations incorporées dans le système nerveux, immunitaire ou encore l'histoire personnelle. Newman définit le processus d'expansion de la conscience comme étant le fait de trouver une plus grande signification dans la vie et qu'il permet d'atteindre

de nouvelles manières d'interagir avec son environnement. Par conséquent, lorsque l'infirmière et le patient sont conscients de cette expansion de la conscience, la relation est plus riche, plus étoffée et aura donc plus de sens. Elle sera d'autant plus accueillante, bienveillante et paisible. Les personnes sont plus susceptibles d'accroître leur conscience lorsqu'elles ne sont pas attachées à un temps déterminé (Newman, M. A., Sime, A. M., & Corcoran-Perry, 1991).



## **Chapitre 4 : Méthode**

Dans ce chapitre, il sera question de développer une question de recherche selon la méthodologie PICOT. Par la suite, la réalisation de recherches d'articles scientifiques et leur sélection seront détaillées.

#### **4.1 Utilisation et détermination de la méthode PICOT**

Une reformulation selon la méthodologie « PICOT » sera réalisée dans le but d'accomplir une recherche scientifique pertinente sur les bases de données probantes. La méthodologie « PICOT » est composée de cinq éléments qui seront expliqués ci-dessous (Melnik & Fineout-Overholt, 2013).

##### **4.1.1 Population, patient, problème.**

Le « P » précise la population concernée dans le travail, elle peut être définie au travers une pathologie, un genre ou encore un âge (Melnik & Fineout-Overholt, 2013). Dans ce travail, les auteures ont défini la population comme étant la personne âgée, consommatrice de benzodiazépines.

##### **4.1.2 Intervention, intérêt, issus.**

Le « I » sert à définir les interventions ou la gamme d'interventions recherchées (Melnik & Fineout-Overholt, 2013). Dans ce travail, les interventions psychosociales sont celles qui intéressent les auteures.

##### **4.1.3 Comparaison.**

Le « C » de PICOT vise à définir une comparaison qui sera faite soit avec l'intervention, le problème ou la population (Melnik & Fineout-Overholt, 2013). Dans ce travail, aucune comparaison ne sera effectuée.

#### **4.1.4 Outcomes.**

Le « O » signifie *outcomes*, c'est-à-dire les résultats, les événements mesurés ainsi que le critère de jugement (Melnik & Fineout-Overholt, 2013). Les auteures souhaitent, à travers ce travail, définir dans quelles mesures les interventions psychosociales sont pertinentes dans la diminution voire l'arrêt de la consommation de ces traitements à long terme et donc de leurs effets négatifs.

#### **4.1.5 Temps.**

Le « T » définit le temps, celui qui est nécessaire pour démontrer un résultat (Melnik & Fineout-Overholt, 2013). Cependant, la question des auteures n'aura pas de limite de temps ; le rétablissement d'une addiction étant propre à chacun, il est difficile de définir de manière claire quelle en sera la durée.

### **4.2 Question de recherche**

La question de départ était la suivante : « Quelles sont les interventions infirmières ambulatoires en lien avec les patients présentant une addiction avec produits ? » et par la suite, elle a évolué ainsi : « Dans quelles mesures les interventions psychosociales participent à l'amélioration d'un état d'addiction aux benzodiazépines auprès de la personne âgée afin de diminuer leurs impacts négatifs ? ».

Cette question est définie comme étant une question de type meaning, c'est-à-dire que le but des recherches de ce type est de définir comment une

expérience ou un phénomène influence sur le résultat (Melnik & Fineout-Overholt, 2013).

#### **4.3 Description de la stratégie des articles retenus**

Afin de répondre à la question de recherche, des articles scientifiques ont été recherchés dans trois bases de données : Cinhal, PubMed et Psycinfo. Grâce aux différentes composantes de la question PICOT, des mots-clés ont pu être identifiés afin de trouver des articles. Ces mots-clés ont ensuite été traduits en anglais, et ces derniers ont été utilisés afin de rechercher des descripteurs dans les bases de données.

Afin de mieux cibler la recherche, uniquement les articles inférieurs à 10 ans ont été retenus. De plus, les auteures ont fait attention au niveau de preuves ainsi qu'à l'impact factor.

Malgré les nombreuses recherches, les articles concernant la problématique n'étaient pas assez nombreuses sur les bases de données, créant ainsi une difficulté aux auteures. C'est pourquoi ces dernières en ont trouvé d'autres en lien avec la question de recherche à partir des références de certains écrits ; c'est-à-dire hors méthodologie.

Un tableau regroupant les différentes équations se trouve dans les annexes [Annexe 1].

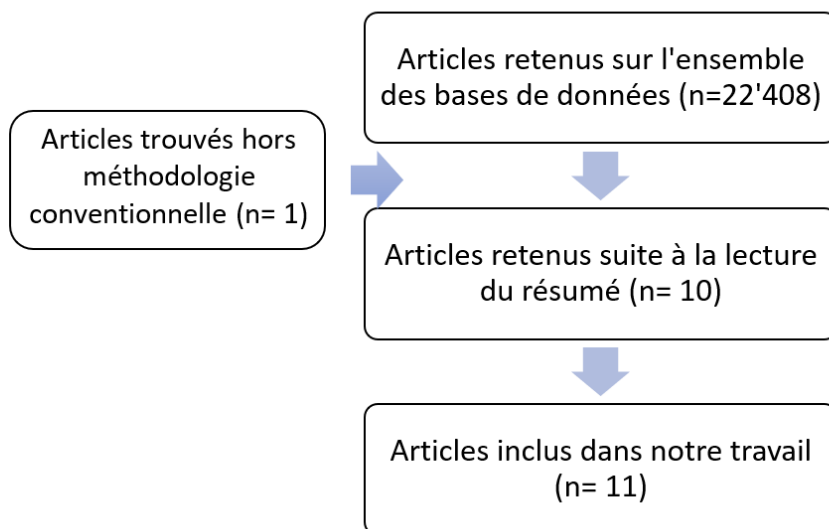


Figure 1: Sélection des articles

#### 4.4 Niveau de preuve et impact factor

Les auteures ont fait particulièrement attention au niveau de preuve lors de la sélection des articles, qui doit se situer entre 1 et 2. Le niveau de preuve peut varier d'un article à un autre, ceux possédant le plus haut niveau (niveau 1) sont les méta-analyses, les revues systématiques d'essais contrôlés randomisés ainsi que les *guidelines* basées sur des revues systématiques ou des méta-analyses. Le niveau 2 concerne un ou plusieurs essais contrôlés randomisés (Melnik & Fineout-Overholt, 2015).

Concernant l'impact factor, ce dernier est défini comme étant une mesure de l'importance d'un journal en calculant le nombre de fois où des articles de ces journaux sont cités, pendant les dernières années. Plus l'impact factor est haut, plus qualifié sera le journal. C'est un outil qui peut servir à comparer différents journaux sur un même thème. Dans l'idéal, l'impact factor devrait être supérieur ou égal 1,5 pour que le journal soit considéré comme utilisable.

#### **4.5 Analyse des articles avec la grille adaptée de Fortin (2010)**

Pour analyser les articles de manière pertinente, des grilles adaptées de Fortin (2010) ont été réalisées pour chaque article. Elles sont divisées en plusieurs sections, et chacune d'entre elles possède des questions spécifiques permettant une analyse détaillée.

#### **4.6 Méthode d'analyse**

Après avoir complété les grilles de Fortin (2010), les auteures ont procédé à une mise en évidence des éléments importants répondant à la question PICOT. Pour cela, des rubriques ont été créées en fonction de diverses interventions psychosociales retrouvées dans les articles scientifiques. Ensuite, les éléments clés appartenant à la même thématique ont été regroupés et comparés, afin de voir si les résultats étaient semblables et donc significatifs.

De plus, ils ont été analysés en fonction des connaissances des auteures acquises au travers leur formation ; certains éléments n'étaient pas explicités dans les articles et les auteures ont mis en avant leurs savoirs, afin de faire des liens plus pertinents. C'est pourquoi, dans le chapitre suivant, lors de la mise en lien des résultats obtenus avec la question, certains éléments ne seront pas uniquement tirés d'articles.

## **Chapitre 5 : Synthèse des résultats / discussion**

## **5.1 Synthèse des résultats des articles**

Dans ce chapitre, les résultats des différents articles analysés sont présentés. Ces derniers sont organisés en fonction du cadre conceptuel établi dans ce travail. Les thèmes abordés sont les interventions psychosociales qui incluent l'éducation thérapeutique, l'entretien motivationnel, la thérapie cognitivo-comportementale et la gestion des symptômes qui comprend la qualité du sommeil, l'anxiété et la diminution de la consommation de BZD.

Les auteures de ce travail jugent nécessaire d'explicitier la déprescription bien que ce ne soit pas une intervention psychosociale. C'est un concept qui est souvent retrouvé dans les articles et qui est souvent appliqué de manière concomitante avec les interventions psychosociales.

Scott et al., (2015) définissent la déprescription comme le processus systématique d'identification et d'interruption des médicaments dans les cas où les inconvénients existants ou potentiels l'emportent sur les avantages existants ou potentiels dans le contexte des objectifs de soins d'un patient individuel, du niveau de fonctionnement actuel, de l'espérance de vie, des valeurs et préférences. La déprescription fait partie du bon continuum de prescriptions. Elle ne consiste pas à refuser un traitement efficace à des personnes éligibles. C'est une intervention positive, centrée sur la personne, avec des incertitudes inhérentes, et qui nécessite une prise de décision partagée, un consentement éclairé de l'individu et une surveillance étroite des effets néfastes. Elle consiste à diagnostiquer un problème (utilisation d'un médicament inapproprié), à prendre une décision thérapeutique (le retirer



avec un suivi rapproché) et à modifier l'historique naturel (réduire l'incidence des événements indésirables liés à la drogue tels que les chutes), soulager les effets indésirables, améliorer la fonction, prévenir les décès prématurés. La déprescription prend en compte non seulement le risque associé à des médicaments individuels, mais également le risque cumulatif de plusieurs médicaments en raison d'interactions pharmacocinétiques et pharmacodynamiques.

Divers articles ont utilisé la déprescription, comme soins de routine chez les groupes témoins afin de mettre en évidence la plus-value des interventions psychosociales.

De plus, tous les échantillons des articles choisis concernaient des personnes âgées.

### **5.1.1 Interventions psychosociales.**

#### ***5.1.1.1 Éducation thérapeutique.***

Après analyse de l'ensemble des articles scientifiques, il en est ressorti que l'éducation thérapeutique est une intervention qui est régulièrement utilisée.

Dans l'étude menée par Reeve et al., (2017), l'éducation thérapeutique portait sur la transmission d'informations, qui traitait les méfaits associés à l'utilisation à long terme des benzodiazépines, à travers un livret thérapeutique. Celle-ci a abouti à une réduction de 36% de la consommation. L'effet du livret d'éducation du patient pour faciliter l'arrêt des BZD a révélé que 27% des personnes ayant reçu le livret d'éducation du patient avaient cessé de prendre des BZD, ce qui est nettement plus que les 5% du groupe

témoin. Il a également été constaté que 61,7% du groupe d'intervention avaient engagé une discussion avec un médecin et / ou un pharmacien en vue d'interrompre leur traitement médicamenteux et 41,4% ont tenté d'arrêter en suivant le protocole de réduction progressive de 21 semaines prévu dans le livret. Toujours selon Reeve et al., (2017), les stratégies éducatives dirigées par l'utilisateur offrent une intervention potentiellement bénéfique bien que les interventions d'éducation des bénéficiaires de soins identifiés dans cette revue aient eu un taux de réussite inférieur par rapport à d'autres interventions. Elles reflètent potentiellement une pratique réellement meilleure que la substitution pharmacologique contrôlée. Les interventions dirigées par les usagers ont l'avantage supplémentaire d'être peu coûteuses, faciles à intégrer aux soins réguliers et de garantir que les individus soient impliqués dans les décisions.

Selon une autre étude dirigée par Dou, Rebane, & Bardal, (2019), l'éducation des usagers est une intervention réussie, rentable et qui peut contribuer de manière significative au succès de l'arrêt du traitement par benzodiazépine. Ceux-ci ont intégré l'éducation thérapeutique par le biais d'entretiens et d'instructions écrites. Les auteurs de cette étude mentionnent également qu'un examen rapide effectué par le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies et un autre réalisé par l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé ont révélé que l'éducation des individus et la psychothérapie étaient bénéfiques, sans toutefois préciser les mesures de pharmacothérapie (Canadian Centre on Substance Abuse, 2014).

Un autre écrit, mené par Mugunthan, Mcguire, & Glasziou (2011), démontre l'importance de l'ETP. Ces auteurs ont réalisé une recension des écrits et mis en évidence trois études avec des interventions éducatives. La première comporte une consultation médicale avec la distribution d'une brochure informative, l'envoi d'une lettre ou de fiches d'informations mensuelles sur la réduction des BZD et sur le sevrage. Les interventions proposées dans l'étude démontrent des réductions statistiquement significatives en comparaison aux groupes témoins. Celle qui est la plus pertinente, selon les auteurs, est l'envoi d'une lettre à domicile. Selon une des études utilisées (Bashir, King, & Ashworth, 1994), les personnes ayant réussi à diminuer leur consommation de BZD, auraient par ailleurs également réussi à améliorer leur état psychique.

Dans l'article de Chen et al.,(2010), recherche basée sur l'interdisciplinarité lors de la diminution et/ou l'arrêt des traitements de BZD, il a été constaté qu'une baisse progressive des BZD était possible grâce à un soutien avec des conseils. Le rôle infirmier consiste à surveiller le progrès des individus, leur fournir du soutien et des conseils continus liés à la diminution de ces traitements. Toujours d'après Chen et al.,(2010) un des éléments clé afin de réduire ce médicament est l'éducation thérapeutique via l'information des patients des risques liés à l'utilisation des benzodiazépines, tout comme le fait de donner des conseils en matière de sommeil et d'anxiété.

Finalement, dans l'étude de Tannenbaum, Martin, Tamblyn, Benedetti, & Ahmed, (2014), l'ETP démontre que les usagers ont plus de chance d'arrêter

leur traitement avec cette intervention, qui est la distribution d'une brochure expliquant les méfaits des BZD, que sans cette intervention. Un arrêt complet du traitement a été réalisé chez 40 des 148 participants (27%), contre 7 des 155 témoins. De plus, les participants ont bénéficié d'un suivi téléphonique pendant 6 mois et 62% de ces derniers ont révélé avoir eu recours à des discussions portées sur l'arrêt du TTT avec leur médecin ou pharmacien. Selon les auteurs de l'article, les résultats suggèrent qu'une éducation directe au consommateur mène avec succès à des discussions avec des médecins et/ou des pharmaciens afin d'arrêter les médicaments inutiles ou nocifs.

Vicens et al., (2014) ont mis en place un essai contrôlé randomisé afin d'évaluer l'efficacité de deux interventions d'éducation thérapeutique en comparant ces deux groupes à un troisième groupe contrôle qui avait comme intervention la déprescription. Les deux interventions d'éducation thérapeutique comprenaient une déprescription accompagnée chacune d'interventions structurées avec visite et suivi ou avec instructions écrites. Les résultats démontrent qu'il n'y avait pas de différence d'efficacité statistiquement significative entre les deux groupes d'interventions. Cependant, il existe une différence significative entre les groupes d'interventions et le groupe contrôle.

L'étude menée par Martin, Tamblyn, Ahmed, & Tannenbaum, (2013) consistait à développer et tester un outil pédagogique destiné directement aux consommateurs plus âgés sur les risques associés à l'utilisation de benzodiazépines. En appliquant la théorie de l'apprentissage constructiviste au

développement de l'intervention éducative, il est question d'évaluer le potentiel de cet outil pour augmenter la perception du risque de l'individu en suscitant une dissonance cognitive par l'acquisition de connaissances et l'altération des croyances.

Plusieurs études, notamment la revue systématique de Dou, Rebane, & Bardal (2018), ont mis en évidence que la diminution de la consommation de benzodiazépines était significativement augmentée lorsqu'il y avait de l'éducation thérapeutique en plus de la déprescription. Cette conclusion a été appuyée par de nombreux autres articles (Gould, Coulson, Patel, Highton-Williamson, & Howard, 2014 ; Reeve et al., 2017 ; Vicens et al., 2014)

#### ***5.1.1.2. Entretien motivationnel.***

L'étude de Heather, Paton, & Ashton (2011) s'est entre autres, basée sur le modèle transthéorique développé par Prochaska & DiClemente, (1986). Le processus de changement tente de décrire les étapes par lesquelles une personne se déplace intentionnellement pour résoudre un trouble du comportement, généralement un trouble de dépendance. Chaque étape représente un ensemble de tâches spécifiques que la personne doit accomplir pour progresser ; de « précontemplation » à « contemplation » et « action » à « maintien ». L'hypothèse amenée par les auteurs, et qui s'est partiellement confirmée à la fin de l'étude, est que le stade de changement est un facteur prédictif de l'adhésion à une intervention brève. Les personnes à un stade plus avancé du changement montreraient une meilleure participation que ceux des stades antérieurs. Le postulat a été confirmé ; les individus au stade « action »

au départ sont plus susceptibles de montrer un apport réduit en BZD que ceux au stade de « contemplation », et que ceux au stade de « contemplation » sont plus susceptibles de montrer un apport réduit que ceux au stade « précontemplation ». Cependant, le stade de changement n'était pas un facteur prédictif significatif d'un arrêt complet de la consommation de BZD et il semble que la volonté accrue de changer soit insuffisante pour parvenir à un arrêt du traitement. De plus, les auteurs proposent le modèle Prochaska & DiClemente, (1986) qui décrit les divers processus de changement :

- Les individus au stade de « précontemplation » n'auront aucune intention de modifier leur utilisation de BZD dans un avenir prévisible et vont probablement résister et réagir de manière défensive à toute tentative de les persuader de le faire ; ces usagers devraient se voir proposer un rendez-vous pour discuter de leur utilisation et de ses dangers. S'ils refusent cette invitation, tout ce qu'il est possible de faire est de proposer une littérature pédagogique pour tenter de les sensibiliser aux conséquences néfastes de la consommation chronique des BZD et de suggérer un retour à la pratique si et quand les usagers décident de réduire leur consommation ou d'arrêter pour autant qu'ils souhaitent de l'aide pour le faire.
- Ceux qui sont au stade de la « contemplation » peuvent être considérés comme ambivalents quant à leur apport en BZD. Le but étant de tenter de résoudre leur ambivalence en faisant appel à des techniques d'entretien motivationnel (Miller & Rollnick, 2002).

- Ceux qui se trouvent au stade « action » sont déjà engagés dans un changement de comportement. Une contribution motivationnelle serait inutile et pourrait même aller à l'encontre du but recherché. Ces individus peuvent recevoir des conseils utiles sur les meilleures méthodes de réduction et être avertis des difficultés qu'ils pourraient rencontrer. Dans tous les cas, les usagers doivent être encouragés à contacter un professionnel de la santé s'ils ressentent le besoin de recevoir de l'aide ou des conseils.

Cependant, cet article n'évalue pas l'efficacité de l'entretien motivationnel en soit mais investigue la corrélation entre le stade de changement dans lequel la personne se situe et l'adhésion à une diminution de la consommation de BZD.

#### ***5.1.1.3 Thérapie cognitivo comportementale.***

L'étude de Dou, Rebane, & Bardal, (2018) consistait en une méta analyse traitant des interventions dans le but de diminuer la consommation de benzodiazépines chez la personne âgée. L'étude en question a mis en évidence trois articles utilisant la thérapie cognitivo-comportementale. Dou et al., (2018) mettent en avant que cette thérapie est une approche efficace dans deux des trois articles retenus. Dans l'article où la TCC n'a pas présenté de résultats significatifs, les auteurs de l'étude avancent des limites du point de vue économique puisque la couverture des soins de santé publics au Canada ne couvre pas toujours cette thérapie. De plus, assister aux séances de TCC prend beaucoup de temps et les avantages de celle-ci pourraient ne pas toujours

être évidents pour le bénéficiaire de soins, ce qui pourrait diminuer l'observance.

Selon De Maricourt et al., (2016), un programme de thérapie cognitivo-comportementale associé à des techniques de relaxation serait bénéfique pour le sevrage de benzodiazépines. Celui-ci consiste à donner à l'utilisateur les moyens de comprendre sa problématique et d'y faire face. Chaque séance est consacrée à une thématique spécifique. Les résultats montrent qu'après 6 mois, 41,4% des personnes avaient complètement cessé de prendre des benzodiazépines. Globalement, la prise de benzodiazépines a été réduite chez la majorité des individus ayant terminé l'évaluation à 6 mois. Cependant, l'efficacité de la thérapie cognitivo-comportementale seule n'a pas pu être évaluée.

### **5.1.2 Gestion des symptômes.**

Dans l'étude de De Maricourt et al., (2016), les symptômes dépressifs et anxieux ont été mesurés grâce à l'échelle HAD après le programme proposé qui consistait à de l'éducation thérapeutique à travers la thérapie cognitivo-comportementale. Ces symptômes ont légèrement été améliorés. La diminution était significativement plus élevée dans le groupe qui a complètement cessé la consommation de benzodiazépines en comparaison au groupe qui n'a pas pu arrêter d'en prendre. Toujours d'après ces auteurs, la qualité de sommeil était nettement inférieure chez les personnes qui avaient cessé de prendre des benzodiazépines contrairement à ceux qui ont poursuivi leur consommation.



Une autre étude menée par Reeve et al., (2017), met en évidence que les participants qui avaient arrêté le traitement par benzodiazépines avaient une meilleure qualité de vie en 24 semaines par rapport à ceux qui avaient continué à le prendre ( $p < 0,005$ ). Les participants qui ont arrêté les benzodiazépines avaient également de meilleures compétences de fonctionnement social à 24 semaines ( $p < 0,05$ ) et à 52 semaine ( $p < 0,015$ ). La qualité de sommeil n'a pas différé entre ceux qui avait arrêté et ceux qui avaient poursuivi la consommation de benzodiazépines. Parmi les participants qui ont arrêté le traitement, il n'y avait pas de différence entre la fonction cognitive et psychomotrice, la qualité de vie et les symptômes somatiques liés à l'humeur et à la santé. De plus, les auteurs ont mentionné une autre étude qui avait mis en évidence une amélioration significative de l'humeur ( $p < 0,05$ ) et de la santé mentale ( $p = 0,024$ ).

Dans un autre article de Vicens et al., (2014), il est également mis en évidence que l'anxiété n'augmente pas, de même pour les troubles du sommeil. Une légère amélioration des symptômes d'anxiété a été notée.

## **5.2 Développement des résultats en lien avec la question PICOT**

Dans ce chapitre, les auteures mettront en lien les résultats trouvés et la question PICOT qui est la suivante :

« Dans quelles mesures les interventions psychosociales participent à l'amélioration d'un état d'addiction aux benzodiazépines auprès de la personne âgée afin de diminuer leurs impacts négatifs ? »

Les auteures remarquent, à travers la majorité des résultats obtenus dans les différents articles analysés, que les interventions psychosociales représentent une plus-value pour la diminution ou l'arrêt de la consommation de benzodiazépines, si elles sont combinées à la déprescription. En effet, les auteures ont remarqué que cette dernière était incontournable dans le sevrage aux benzodiazépines, car il s'agit d'un médicament à réduction progressive et qu'il est fortement contre-indiqué de l'arrêter du jour au lendemain, notamment à cause des symptômes de sevrage. De ce fait, une collaboration étroite entre le médecin, l'infirmière et l'usager est indispensable ; l'objectif étant un partenariat pour rendre l'individu acteur de sa santé. De plus, Tannenbaum et al. (2014) mettent en exergue que la valeur ajoutée de l'éducation directe au patient, en l'absence de la participation initiale du médecin, favorise probablement l'adhésion du patient à l'arrêt précoce du traitement et permet au patient d'agir en tant que catalyseur pour l'ouverture de discussions sur la gestion des médicaments, ce qui est une approche plus efficace que l'approche paternaliste traditionnelle des soins aux patients. Les interventions psychosociales permettent d'augmenter l'empowerment des individus, son sentiment d'auto-efficacité, ce qui lui permet d'adopter des comportements préventifs pour la santé (Martin et al., 2013). Différentes études ont mis en évidence qu'en bénéficiant d'interventions psychosociales, notamment l'éducation thérapeutique, l'usager allait plus spontanément parler de la consommation de BZD avec son médecin ou pharmacien (Chen et al., 2010 ; Martin et al., 2013). En effet, l'éducation thérapeutique est une

intervention psychosociale qui permet à l'usager de mettre un sens à son sevrage.

Quant à l'entretien motivationnel, les résultats sont à prendre avec un certain recul, car cette intervention n'est abordée que dans un seul article. Cependant, l'efficacité de l'entretien motivationnel, en tant que tel, n'a pas été étudiée. L'étude de Heather, Paton, & Ashton (2011), met en évidence que la qualité du lien thérapeutique est un facteur important dans la diminution de la consommation de BZD.

La plupart des articles recensés dans la revue systématique de Dou, Rebane, & Bardal, (2018) montrait que l'application d'une thérapie cognitivo-comportementale, en plus de la déprescription, augmentait significativement la diminution de consommation de BZD. Cependant, un article présenté dans cette même revue systématique, mettait en évidence que la TCC n'apportait pas de bénéfices à la déprescription, mais ils mettaient en évidence que le nombre de séance de TCC était important pour obtenir des résultats significatifs. Effectivement, plus le nombre de séance est élevé, plus l'efficacité de la TCC est prouvée. Cependant, un obstacle important à la TCC est le coût associé à la thérapie, qui n'est souvent pas couverte par les systèmes de soins de santé financés par des fonds publics, du moins au Canada. De plus, assister aux séances de TCC prend beaucoup de temps et les avantages de la TCC pourraient ne pas toujours être évidents pour la personne, ce qui pourrait diminuer l'adhésion à la thérapie.

Les interventions psychosociales peuvent être considérées comme étant sûres car elles n'augmentent pas l'anxiété et/ou les symptômes de la dépression. Elles contribuent même à l'amélioration de la satisfaction de la qualité de sommeil chez les personnes ayant arrêté la consommation de BZD. Une analyse de sous-groupe a montré que les personnes qui auraient pu rencontrer davantage de difficultés de sevrage, tels que ceux présentant un niveau d'anxiété plus élevé et ceux prenant des doses plus élevées de benzodiazépines ont été aidés encore plus efficacement par les interventions psychosociales (Vicens et al., 2014).

Les auteures de ce travail peuvent faire un lien entre les interventions psychosociales et la théorie de Newman utilisée dans un des chapitres précédents. En effet, le but des interventions psychosociales citées dans ce travail était principalement de donner tous les outils nécessaires à l'utilisateur pour qu'il puisse être maître et expert de sa santé. Cela implique également l'aider à prendre conscience de sa problématique et donc par conséquent l'aider à expandre sa conscience, qui est le concept clé de la théorie de Newman.

L'étude de Damestoy, Collin, & Lalande, (1999) retrouvée dans la recension des écrits de Martin et al., (2013) met en évidence que les médecins expriment souvent une réticence à vouloir arrêter la prescription de BDZ de peur de perturber la relation avec l'utilisateur ou parce qu'il pense que celui-ci tolère le traitement avec des effets secondaires. Cependant, aucun article n'a mentionné une dégradation de la relation thérapeutique. Les auteures peuvent

amener l'hypothèse que si ces interventions psychosociales favorisent la prise de conscience de l'utilisateur et l'encouragement à aborder la problématique de leur addiction avec leur médecin, ces derniers ne devront plus craindre une détérioration du lien soignant-soigné.

Les interventions psychosociales citées dans ce travail peuvent être pratiquées par tous les professionnels de santé formés à cet effet et peuvent être réalisées dans tous les contextes que ce soit dans un service aigu ou au domicile de l'individu. Par conséquent l'infirmière HES est tout à fait légitime dans cette pratique.

D'autres variables auraient pu être prises en compte. Cependant étant donné le manque d'articles trouvés, les auteures n'ont pas assez de recul pour mettre en exergue des liens significatifs avec d'autres variables.

### **5.3 Perspectives pour la pratique**

Heather et al., (2011) suggèrent que la principale conséquence pour la pratique est que les médecins généralistes et les autres professionnels de la santé doivent tenir compte de la volonté de la personne de changer lors de la planification et de la réalisation d'une intervention visant à réduire l'utilisation à long terme de la BZD et doivent tenter de faire progresser les usagers tout au long des étapes du changement. Les auteurs Martin et al., (2013) amènent la proposition selon laquelle la personne âgée qui consomme des benzodiazépines peut être un catalyseur de changement sous-utilisé pour réduire les prescriptions potentiellement inappropriées. En effet, en modifiant les connaissances et en augmentant le risque perçu, les informations sur les

médicaments ciblés ont suscité chez de nombreuses personnes âgées le désir de discuter de la sécurité des médicaments avec leurs fournisseurs de soins de santé.

Un pourcentage considérable de la population de la plupart des pays européens prend des benzodiazépines à long terme. Si les professionnels de la santé mettaient en place des interventions psychosociales données en exemple dans les points précédents, les usagers bénéficieraient d'une réduction des risques d'événements indésirables les plus fréquents tels que la dépendance, les chutes, les fractures et les troubles cognitifs.

## **Chapitre 6 : Conclusion**

## **6.1 Apports du travail de *Bachelor***

Dans ce chapitre, les auteures expliciteront ce que ce travail de *Bachelor* leur a amené ainsi que les éléments facilitants et contraignants qu'elles ont rencontrés.

Tout d'abord, ce travail a été l'occasion pour les auteures d'approfondir la recherche et se familiariser avec cette méthode de travail. Cela a été également l'occasion de travailler en groupe et d'enrichir leurs méthodes d'organisation, notamment pour concilier la rédaction de ce travail, la révision des examens, les périodes de formation pratique ainsi que la vie personnelle.

### **6.1.1 Éléments facilitants.**

Les auteures étaient enthousiasmées par le sujet de l'addiction puis elles se sont rendues compte, par différentes situations vécues en période de formation pratique, que l'addiction aux benzodiazépines était une problématique souvent rencontrée et qui compliquait quelques fois la prise en charge du bénéficiaire de soins. Cette problématique intéressait l'ensemble du groupe et a facilité la motivation et l'investissement dans ce travail de recherche.

Le fait de collaborer à trois a été un élément enrichissant, car cela permettait d'étayer les discussions grâce aux différents points de vue et aux partages d'idées. Le travail a été réparti en fonction des compétences individuelles de chacune et les membres du groupe se sont rencontrées régulièrement pour une mise en commun et un temps d'échange. Cela a pu quelques fois être contraignant de par les avis divergents. Les auteures ont



chacune dû concilier trois personnalités et trois manières de travailler différentes.

Les apports théoriques traitant notamment la recherche, la discipline infirmière et l'addiction reçus tout au long de la formation, ont grandement facilité la réalisation de ce travail et plus particulièrement pour le chapitre « Concepts et champ disciplinaire infirmier ».

Le directeur de ce travail a également été d'une grande aide et soutien grâce à ses nombreux conseils, propositions et à ses précieuses réponses. Le guide de réalisation du travail de *Bachelor* a été un incontournable qui a aidé les auteures à structurer le présent travail.

#### **6.1.2 Éléments contraignants.**

Le principal élément contraignant rencontré par les auteures a été le manque d'articles répertoriés sur les bases de données concernant les interventions psychosociales traitant l'addiction aux benzodiazépines chez la personne âgée. De plus, les interventions mentionnées dans ces articles étaient centrées sur le médecin ou le pharmacien. Ces éléments ont, à quelques occasions, ébranlé la motivation des auteures.

La réalisation des grilles de Fortin a également été vécue comme un élément contraignant par les auteures. La réalisation de ces grilles a demandé énormément de temps, et d'investissement afin de pouvoir les traduire et les comprendre. Toutefois, avec de la bonne volonté et de la motivation, les auteures y sont parvenues.

Le manque d'expérience dans le domaine de la recherche a également été contraignant. En effet, les auteures ont éprouvé une certaine difficulté à orienter et synthétiser leurs recherches dans le chapitre « Problématique ».

La charge de travail en troisième année a également été une source de stress pour les auteures. Ces dernières ont dû faire preuve d'organisation pour pouvoir jongler entre les périodes de formation pratique, les révisions d'examens, les dossiers à rendre et la vie personnelle.

Cependant, tous ces éléments, qu'ils aient été contraignants ou facilitants, ont pleinement contribué à la réalisation de ce travail et à l'approfondissement de la réflexion des auteures.

## **6.2 Limites**

Dans ce sous-chapitre, le groupe expose les limites rencontrées au cours de ce travail et les biais que constituent ces limites. Le groupe a dû retenir des articles dont le niveau de preuves n'était pas optimal en raison du peu d'articles concernant la problématique disponibles sur les bases de données scientifiques.

Le fait que, dans la littérature, les termes utilisés pour désigner le même phénomène ne soient pas les mêmes dans les articles constitue un biais important autant au niveau de la recherche qu'au niveau de la compréhension des études. De plus, cela a grandement limité le nombre d'articles correspondant à la problématique, car les équations choisies pour nos recherches peuvent de manière non-intentionnelle restreindre les résultats. C'est pourquoi les auteures ont choisi de prendre des articles trouvés en

référence pour enrichir nos données. De plus, la plupart des articles trouvés sur les bases de données étaient anciens de plus de dix ans.

Par ailleurs, le fait qu'aucun des articles n'ait été réalisé en Suisse peut comporter des biais à l'étude. En effet, peut-être que l'infirmière n'occupe pas la même place et n'a peut-être pas les mêmes compétences qu'en Suisse. Ceci a pour conséquence que dans la majorité des articles le rôle médical est prédominant dans le cadre d'interventions psychosociales alors que, dans notre pays, les infirmières sont habilitées à prodiguer ces interventions. Une possible hypothèse est que les infirmières soient comprises dans la catégorie « autres professionnels de la santé » mais cela n'est pas précisé dans les articles. De plus, certaines variables peuvent être biaisées de par la prise en compte des données sociodémographiques et de la structure socio-sanitaire notamment.

Une autre limite de notre étude est la qualité de l'échantillon de chacun des articles. En effet, l'échantillon était souvent assez restreint, ce qui diminue largement le caractère transférable.

Dans les articles retenus, les usagers participant à l'étude étaient souvent motivés à arrêter ou du moins diminuer leur consommation de benzodiazépines, ce qui peut laisser supposer qu'ils étaient plus compliants lors des thérapies menées.

Un autre élément qui peut constituer un biais à notre étude est la difficulté rencontrée pour traduire et comprendre des articles parus en anglais.

Enfin, la plupart de nos articles mentionnent qu'il serait nécessaire d'effectuer des recherches plus approfondies.

### **6.3 Perspective pour la recherche**

Il est intéressant de noter que les auteures n'ont identifié aucune intervention dirigée par une infirmière visant à réduire l'utilisation des benzodiazépines chez les personnes âgées en particulier. Des études ultérieures devraient évaluer la faisabilité d'interventions dirigées par des infirmières, en particulier chez les personnes âgées résidant dans des établissements pour personnes âgées où l'usage de médicaments sédatifs, y compris les benzodiazépines, est particulièrement préoccupant.

De futures recherches pourraient explorer le type d'intervention et la pathologie sous-jacente.

Les articles analysés par les auteures de ce travail soulignent l'importance de multiplier les études dont le but serait d'établir l'efficacité à long terme d'interventions spécifiques visant à réduire la consommation de benzodiazépines. Par ailleurs, il serait intéressant de réaliser des suivis plus long afin de voir si les interventions sont efficaces à long terme. Effectivement, pour la plupart des articles que les auteures ont analysé, le suivi n'allait pas au-delà d'un an.

## 7. Références

- Addiction Suisse. (2018). Somifères et tranquillisants, 4. Repéré à  
<https://shop.addictionsuisse.ch/download/2eb980707610450c79af4e4058ec7f19b079f6ce.pdf>
- Addictions, G. R. d'Etudes des. (2012). Addiction. Repéré à  
<https://www.grea.ch/addiction>
- Aumond, M. (1987). Les dynamismes du vieillissement et le cycle de la vie: l'approche d'Erikson. *Le Gêrontophile*, 9(3), 12-17. Repéré à  
[http://pages.videotron.com/grafitis/PDF/Voc1/Erickson\\_vieillissement.pdf](http://pages.videotron.com/grafitis/PDF/Voc1/Erickson_vieillissement.pdf)
- Bashir, K., King, M., & Ashworth, M. (1994). Controlled evaluation of brief intervention by general practitioners to reduce chronic use of benzodiazepines. *Br J Gen Pract.*
- Bennani, N., De Mooij, J., Bugnon, O., & Berger, J. (2016). Bon usage des substances soumises à contrôle, 6-7.
- Boggia, R. (2014). *Le vieillissement des personnes en situation de handicap avec déficience intellectuelle: quels soins pour quelle éducation ?*
- Bouckaert, J. P. (2003). Le Vieillissement. *Louvain Medical*, 93(10), 591-601.  
doi :10.3917/ctf.031.0006
- Bulechek Gloria M., Butcher Howard K., M. D. J. (2013). *Classification des Interventions de soins infirmiersCISI / NIC* (6ème édit). Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.
- Canadian Centre on Substance Abuse. (2014). Effective Interventions to Manage Symptoms of Benzodiazepine Withdrawal in Seniors,

(November), 1-9.

Carper, B. (1978). Fundamental patterns of knowing in nursing. *ANS.*

*Advances in Nursing Science*, 1(1), 13-23.

Chen, L., Farrell, B., Ward, N., Russell, G., Eisener-Parsche, P., & Dore, N.

(2010). Discontinuing benzodiazepine therapy: An interdisciplinary approach at a geriatric day hospital. *Canadian Pharmacists Journal*,

143(6), 286-295. Repéré à

[http://www.cpjournal.ca/doi/pdf/10.3821/1913-701X-](http://www.cpjournal.ca/doi/pdf/10.3821/1913-701X-143.6.286%5Cnhttp://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=emed9&NEWS=N&AN=2010686951)

143.6.286%5Cnhttp://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=emed9&NEWS=N&AN=2010686951

Chinn, P. L., & Kramer, M. K. (2008). *Integrated theory and knowledge development in nursing*. St.Louis : Mosby Elsevier.

Chinn, P. L., & Kramer, M. K. (2015). *Knowledge development in nursing : theory and process*. St-Louis : Mosby Elsevier.

Chinn, P., & Kramer, M. (2011). *Integrated Theory and Knowledge Development in Nursing*. St. Louis : Mosby Elsevier.

Collège Romand de Médecine de l'Addiction. (2009). Neurosciences de l'addiction, pp. 26.

Crocq, M.-A., Guelfi, J. D., & Association., A. P. (2016). *DSM-5 : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5ème édit). Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson SAS.

Damestoy, N., Collin, J., & Lalande, R. (1999). Prescribing psychotropic medication for elderly patients: Some physicians' perspectives. *Cmaj*,

161(2), 143-145.

De Maricourt, P., Gorwood, P., Hergueta, T., Galinowski, A., Salamon, R., Diallo, A., ... Dubois, O. (2016). Balneotherapy Together with a Psychoeducation Program for Benzodiazepine Withdrawal: A Feasibility Study. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2016, 1-7. doi :10.1155/2016/8961709

Dodds, T. J. (2017). Prescribed Benzodiazepines and Suicide Risk. *The Primary Care Companion For CNS Disorders*, 19(2).  
doi :10.4088/pcc.16r02037

Doenges, M. E., Moorhouse M. F., Geissler-Murr, A. C. (2016). *Diagnostics infirmiers, interventions et justifications*. Philadelphie : De Boeck Supérieur.

Dou, C., Rebane, J., & Bardal, S. (2018). Interventions to improve benzodiazepine tapering success in the elderly: a systematic review. *Aging & Mental Health*, 7863, 1-6.  
doi :10.1080/13607863.2017.1423030

Dou, C., Rebane, J., & Bardal, S. (2019). Interventions to improve benzodiazepine tapering success in the elderly: a systematic review. *Aging and Mental Health*, 23(4), 411-416.  
doi :10.1080/13607863.2017.1423030

Egan, M., Moride, Y., Wolfson, C., & Monette, J. (2000). Long-term continuous use of benzodiazepines by older adults in Quebec. *Journal of the American Geriatrics Society*. Repéré à



<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10894322>

Fawcett, J. (1984). The metaparadigm of nursing: present status and future refinements. *The Journal of Nursing Scholarship*, 16(3), 84–89.

Fawcett, J. (2005). *Contemporary nursing knowledge : analysis and evaluation of nursing models and theories*. Filadelfia PA : F.A. Davis.

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche: Méthodes quantitatives et qualitatives* (2e édition). Montréal : Chenelière Education.

Gazel, C., Fatseas, M., & Auriacombe, M. (2014). Quels changements pour les addictions dans le DSM 5 ? *La Lettre du Psychiatre*, 10(2), 50-53.

Gmel, G., Notari, L., & Gmel, C. (2015). Consommation d'alcool et de médicaments chez les personnes âgées – l'état des connaissances en Suisse. *Addiction Suisse*.

Gmel, G., Notari, L., & Gmel, C. (2018). Suchtmonitoring Schweiz - Einnahme von psychoaktiven Medikamenten in der Schweiz im Jahr 2016, (13), 1-52. Repéré à

[http://www.suchtmonitoring.ch/docs/library/gmel\\_71v9o15upqx8.pdf](http://www.suchtmonitoring.ch/docs/library/gmel_71v9o15upqx8.pdf)

Gould, R. L., Coulson, M. C., Patel, N., Highton-Williamson, E., & Howard, R. J. (2014). Interventions for reducing benzodiazepine use in older people: Meta-analysis of randomised controlled trials. *British Journal of Psychiatry*, 204(2), 98-107. doi :10.1192/bjp.bp.113.126003

Groupe Romand d'Etudes des Addictions. (2012). *Addiction*. Repéré à <https://www.grea.ch/addiction>

- Heather, N., Paton, J., & Ashton, H. (2011). Predictors of response to brief intervention in general practice against long-term benzodiazepine use. *Addiction Research and Theory*, 19(6), 519-527.  
doi :10.3109/16066359.2011.569102
- Hôpitaux Universitaires de Genève. (2018). Addictologie, activités médicales. Repéré à <https://www.hug-ge.ch/addictologie/activites-medicales>
- Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. (2014). *Drogues et conduites addictives*. Fabrègues : Inpes éditions. Repéré à <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/detaildoc.asp?numfiche=1573>
- Jaquet, P. (2013). *Dépendances comprendre, agir, aider : guide à l'usage des proches et des employeurs*. Lausanne : Favre.
- Laqueille, X., Liot, K., Libbey, J., & Eurotext, L. (2009). Addictions : définitions et principes thérapeutiques, 85.
- Lechasseur, K., Lazure, G. & G. L. (2011). Knowledge mobilized by a critical thinking process deployed by nursing students in practical care situations: a qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*, 67(9), 1930-1940.
- Lechasseur, K. (2009). *Mobilisation des savoirs par une pensée critique chez des étudiantes infirmières bachelières en situation de soins*. Université Laval.
- Martin, P., Tamblyn, R., Ahmed, S., & Tannenbaum, C. (2013). A drug education tool developed for older adults changes knowledge, beliefs

and risk perceptions about inappropriate benzodiazepine prescriptions in the elderly. *Patient Education and Counseling*, 92(1), 81-87.

doi :10.1016/j.pec.2013.02.016

Mayeroff, M. (1972). *On caring*. New York : Harper & Row.

Melnyk, B. M., & Fineout-Overholt, E. (2013). *Evidence- Based Practice in Nursing and Healthcare. A guide to best Practice* (Second edi).

Philadelphia : Lippincott Williams & williams.

Melnyk, B. M., & Fineout-Overholt, E. (2015). *Evidence-based practice in nursing & healthcare: A guide to best practice* (3rd editio). Philadelphia : Wolters Kluwer Health.

Miller, W. R., & Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. New York, NY, US : Guilford P.

Misès, R., & Quemada, N. (2002). *Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent R-2000; Classification internationale des maladies CIM 10 ...* Vanves : CTNERHI.

Monitoringsystems, E. (2010). Act-info Suchtberatung und Suchtbehandlung in der Schweiz.

Morel, A., Couteron, J.-P., & Fouilland, P. (2010). *L'aide-mémoire d'addictologie*. Paris : Dunod.

Mugunthan, K., Mcguire, T., & Glasziou, P. (2011). Minimal interventions to decrease long-term use of benzodiazepines in primary care, (September), 573-578. doi :10.3399/bjgp11X593857

Munhall, P. L. (1993). "Unknowing": toward another pattern of knowing in

nursing. *Nursing Outlook*, 41(3), 125-128.

Mura, T., Proust-lima, C., Jacqmin-Gadda, H., Akbaraly, T., Dartigues, J.-F., Barberger-Gateau, P., ... Berr, C. (2011). Chronic use of benzodiazepines and cognitive decline. *Alzheimer's & Dementia*, 7(4), S692.

doi :10.1016/j.jalz.2011.05.1999

Newman, M. A., Sime, A. M., & Corcoran-Perry, S. A. (1991). The focus of the discipline of nursing.

Observatoire Suisse de la Santé. (2019). Trouble du sommeil. Repéré à <https://www.obsan.admin.ch/fr/indicateurs/troubles-du-sommeil>

Office fédéral de la statistique. (2018). Adultes: Condamnations pour un délit ou un crime au sens des articles de la loi sur la circulation routière (LCR).

Office Federal des Statistiques. (2015). *Stratégie nationale Addictions*.

Office fédérale de la santé publique. (2016a). Stratégie nationale Addictions 2017 – 2024, 40. Repéré à [https://www.admin.ch/ch/f/gg/pc/documents/2660/Strategie\\_Nationale\\_Addiction.pdf](https://www.admin.ch/ch/f/gg/pc/documents/2660/Strategie_Nationale_Addiction.pdf)

Office fédérale de la santé publique. (2016b). Stratégie nationale Addictions 2017 – 2024, 40.

Organisation Mondiale de la Santé. (2018). Vieillesse et santé.

Parr, J. M., Kavanagh, D. J., Cahill, L., Mitchell, G., & Young, R. M. (2009). Effectiveness of current treatment approaches for benzodiazepine discontinuation: A meta-analysis. *Addiction*, 104(1), 13-24.

doi :10.1111/j.1360-0443.2008.02364.x

- Pascal, A., & Éliane, F. V. (2016). *Diagnostics infirmiers, interventions et résultats* (6ème édit). Issy-les-Moulineaux : SAS, Elsevier Masson.
- Pépin, J., Ducharme, F., & Kérouac, S. (2010). *La pensée infirmière*. Montréal : Chenelière.
- Prochaska, J., & DiClemente, C. . (1986). *Towards a comprehensive model of change*. New York : Plenum Pre.
- Reeve, E., Ong, M., Wu, A., Jansen, J., Petrovic, M., & Gnjjidic, D. (2017). A systematic review of interventions to deprescribe benzodiazepines and other hypnotics among older people. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 73(8), 927-935. doi :10.1007/s00228-017-2257-8
- Reynaud, M. (2006). *Traité d'addictologie*. Paris : Flammarion médecine-sciences.
- Reynaud, M. (2008). *Traité d'addictologie*. Paris : Flammarion.
- Riesen, J. M. (2016). Benzodiazépines : différents settings, différentes réalités. Courlevon. Repéré à [https://www.fr.ch/sites/default/files/contens/smc/\\_www/files/pdf89/atelier-no-1-dr-riesen\\_fr161006.pdf](https://www.fr.ch/sites/default/files/contens/smc/_www/files/pdf89/atelier-no-1-dr-riesen_fr161006.pdf)
- Schuler, D., Tuch, A., Buscher, N., Camenzind, P., & Schuler, D. (2016). *La santé psychique en Suisse*. Neuchâtel.
- Scott, I. A., Hilmer, S. N., Reeve, E., Potter, K., Couteur, D. Le, Rigby, D., ... Martin, J. H. (2015). Reducing inappropriate polypharmacy: The process of deprescribing. *JAMA Internal Medicine*, 175(5), 827-834.

doi :10.1001/jamainternmed.2015.0324

Simoni-Wastila, L., & Yang, H. K. (2006). Psychoactive drug abuse in older adults. *American Journal Geriatric Pharmacotherapy*, 4(4), 380-394.

Repéré à

<http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=emed7&NEWS=N&AN=2007078733>

Somnifères et tranquillisants. (2011). *Addiction Suisse, Focus*. Repéré à

[https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=2ahUKEwiV6fPenonjAhX7ThUIHaV3DgcQFjAAegQIABAC&url=http%3A%2F%2Fwww.addiction-jura.ch%2FFiles%2Fv%2F5944.pdf%2FFocus%2Fsomniferes\\_focus\\_AddSuisse.pdf%3Fdownload%3D1&usg=AOvVaw0G\\_KysvdZMsUXJAWj99EbX](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=2ahUKEwiV6fPenonjAhX7ThUIHaV3DgcQFjAAegQIABAC&url=http%3A%2F%2Fwww.addiction-jura.ch%2FFiles%2Fv%2F5944.pdf%2FFocus%2Fsomniferes_focus_AddSuisse.pdf%3Fdownload%3D1&usg=AOvVaw0G_KysvdZMsUXJAWj99EbX)

Somnifères et tranquillisants. (2018). *Addiction Suisse, Focus*.

Tannenbaum, C., Martin, P., Tamblyn, R., Benedetti, A., & Ahmed, S. (2014).

Reduction of inappropriate benzodiazepine prescriptions among older adults through direct patient education: The EMPOWER cluster randomized trial. *JAMA Internal Medicine*, 174(6), 890-898.

doi :10.1001/jamainternmed.2014.949

Van Hulten, R., Teeuw, K. G., Bakker, A., & Luefkens, H. G. . (1997).

Prolonged benzodiazepine use predicted in the first 90 days after start of therapy. *Pharmacoepidemiology of drug safety*, 6.

Vicens, C., Bejarano, F., Sempere, E., Mateu, C., Fiol, F., Socias, I., ... Leiva,

A. (2014). Comparative efficacy of two interventions to discontinue long-term benzodiazepine use: Cluster randomised controlled trial in primary care. *British Journal of Psychiatry*, 204(6), 471-479.

doi :10.1192/bjp.bp.113.134650

Vögeli, K. (2012). La vieillesse n'est pas un problème mais un potentiel, 1-8.

White, J. (1995). Patterns of knowing: Review, critique, and update.

*Advances in Nursing Science*, 17(4).

Zhang, L., Som, P., & Fm, D. (2014). Psychosocial interventions for benzodiazepine harmful use, abuse or dependence. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.

## **8. Appendices**



## 7.1 Appendice 1 : Grilles de recherches

### CINHAL

	MOTS-CLE FR	MOTS-CLE EN	HEADINGS	NBR ARTICLES	Articles retenus
1.	Benzodiazepines	Benzodiazepines	Antianxiety Agents, Benzodiazepine		
2.	Intervention	Intervention	Nursing interventions		
3.	Personne âgée	Elderly	Aged		
4.	Diminuer	Tapering	« Tapering » (mot-clé)		

A.	1 AND 2			16	0
B.	1 OR 2			6'804	0
C.	1 AND 2 AND 3 AND 4			0	0
D.	1 AND 4			27	2
E.	1			2'624	3

D.

- Interventions to improve benzodiazepine tapering success in the elderly: a systematic review
- A systematic review of interventions to deprescribe benzodiazepines and other hypnotics among older people.

E.

- Balneotherapy Together with a Psychoeducation Program for Benzodiazepine Withdrawal: A Feasibility Study.
- Effectiveness of current treatment approaches for benzodiazepine discontinuation: a meta-analysis

- Discontinuing benzodiazepine therapy: An interdisciplinary approach  
at a geriatric day hospital

## PUBMED

	MOTS-CLE FR	MOTS-CLE EN	MeSH	NBR ARTICLES	Articles retenus
1.	Benzodiazepines	Benzodiazepines	Benzodiazepines		
2.	Intervention	Intervention	Methods		
3.	Interventions	Interventions	Standardized Nursing Terminology		
4.	Intervention	Intervention	« Intervention » (mot-clé)		
5.	Personne âgée	Elderly	Aged		
6.	Diminuer	Tapering	« Tapering » (mot-clé)		

A.	1 AND 2			862	0
B.	1 AND 3			0	
C.	1 AND 4			404	1
D.	1 AND 4 AND 5			117	0
E.	1 AND 4 AND 5 AND 6			5	1
F.	1			11'531	1

C.

- Minimal interventions to decrease long-term use of benzodiazepines in  
primary care

E.

- A drug education tool developed for older adults changes knowledge,  
beliefs and risk perceptions about inappropriate benzodiazepine  
prescriptions in the elderly.

F.

- An educational intervention to reduce the use of potentially inappropriate medications among older adults (EMPOWER study):  
protocol for a cluster randomized trial

## PSYCHINFO

	MOTS-CLE FR	MOTS-CLE EN	THESAURUS	NBR ARTICLES	Articles retenus
1.	Benzodiazepines	Benzodiazepines	Benzodiazepines		
2.	Intervention	Intervention	Intervention		
3.	Personne âgée	Elderly	Elder care		
A.	1 AND 2			18	4
B.	1 AND 2 AND 3			0	0

A.

- Predictors of response to brief intervention in general practice against long-term benzodiazepine use.
- Interventions for reducing benzodiazepine use in older people: meta-analysis of randomised controlled trials
- Comparative efficacy of two interventions to discontinue long-term benzodiazepine use: cluster randomised controlled trial in primary care
- Early identification, treatment, and interventions for the prevention of benzodiazepine dependence with anxiety disorders.

## 7.2 Appendice 2 : Grilles adaptées de Fortin (2010)

**Mugunthan, K., Mcguire, T., & Glasziou, P. (2011). Minimal interventions to decrease long-term use of benzodiazepines in primary care, (September), 573-578. doi :10.3399/bjgp11X593857**

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
<b>Titre</b>	<p>Le titre précise-t-il clairement les concepts clés et la population à l'étude ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Oui, il précise que l'article va étudier des interventions minimales afin de réduire la consommation des BZD.</li> </ul>
<b>Résumé</b>	<p>Le résumé synthétise clairement le résumé de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?</p> <p>Oui, l'article possède un résumé explicitant un problème, une méthode, des résultats et une conclusion.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– <b>Problème</b> : Consommation prolongée de BZD qui est inefficace et qui comporte plusieurs risques. Problème majeur chez la population âgée.</li> <li>– <b>Méthode</b> : Étudier des revues systématiques et des méta-analyses d'essais contrôlés randomisés du Royaume-Unis.</li> <li>– <b>Résultats</b> : Diminution / Arrêt significatif avec une intervention minime par rapport à des soins habituels.</li> <li>– <b>Conclusion</b> : Une intervention minime contribue à la diminution ou à l'arrêt des BZD sans causer de conséquences négatives.</li> </ul>
<b>INTRODUCTION</b>	
<b>Problème de la recherche</b>	<p>Le problème/phénomène à l'étude est-il clairement formulé et circonscrit ? Que s'agit-il d'étudier ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Oui, il est cité que les BZD sont utilisées dans les troubles anxieux, l'insomnie, le sevrage alcoolique, dans la schizophrénie,</li> </ul>

	<p>... dans différents contextes. Ces médicaments comportent, en plus du risque de dépendance, d'autres risques sur le long terme, comme par exemple, l'altération importante de la mémoire. Les BZD sont principalement consommées pour des troubles du sommeil et ceux-ci augmentent avec l'âge.</p> <p>Le problème/phénomène est-il pertinent/approprié dans le contexte des connaissances actuelles ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Selon une étude londonienne, 1,5% des hommes et 3,5% des femmes consomment des BZD de manière quotidienne et environ un quart de personnes au Royaume-Uni en prennent pendant plus de 7 ans. Malgré le fait que les prescriptions soient en baisse, au niveau international au cours des 20 dernières années, les utilisateurs de longue durée en consomment régulièrement.</li> </ul> <p>Le problème/phénomène a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Oui, toutes les complications qui découlent de cette problématique pourraient être diminuées/évitées en diminuant/cessant cette consommation.</li> </ul>
<b>Recension des écrits</b>	<p>Une recension a-t-elle été entreprise ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Oui, cet article a pour base 3 études trouvées sur les bases de données.</li> </ul> <p>La recension des écrits vous semble-t-elle présenter une base solide pour l'étude ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Oui, les recensions semblent être une base solide.</li> </ul> <p>La recension présente-t-elle des sources primaires ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Oui : (Bashir et al., 1994), (Cormack et al., 1994) et (Heather et al., 2004)</li> </ul>
<b>Cadre de recherche</b>	<p>Les concepts clés sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ? Est-il justifié et décrit de façon adéquate ?</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Oui, ce sont les suivants : benzodiazépines, arrêt du traitement, soins longue durée, éducation au patient, soins primaires, diminution.</li> </ul>
<b>Buts et question de recherche</b>	<p>Le but de l'étude est-il énoncé de façon claire et concise ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Oui, le but est de comparer la diminution de BZD avec des soins habituels et avec des interventions minimales, afin de définir s'il y a une certaine pertinence à mettre en place des interventions supplémentaires lors de la diminution/arrêt de ces traitements.</li> </ul> <p>Les questions de recherche ou les hypothèses, dont les variables clés et la population à l'étude, sont-elles clairement énoncées ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– La population concerne les personnes consommant des BZD depuis plus de 3 mois de manière constante et le but de la recherche est clairement énoncé.</li> </ul>
<b>METHODE</b>	
<b>Population et échantillon</b>	<p>La population visée est-elle définie de façon précise ? L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillée ? La méthode utilisée pour accéder au site ou recruter les participants est-elle appropriée ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– La population est définie comme étant les personnes adultes (plus de 18 ans) consommant des hypnotiques sur le long-terme ; supérieur à 3 mois. Au travers des 3 études retenues, le nombre de participants total est de 615, soit 109 pour la première étude (Bashir et al., 1994), 222 pour la seconde (Cormack et al., 1994) et 284 pour la dernière (Heather et al., 2004).</li> </ul> <p>Les participants des 3 études sont majoritairement des femmes et des personnes ayant 60 ans et plus.</p> <p>Dans le plan d'échantillonnage, l'auteur a-t-il envisagé des moyens d'accroître la représentativité de l'échantillon ? La méthode</p>

	<p>d'échantillonnage utilisée a-t-elle permis s'ajouter des renseignements significatifs et d'atteindre les objectifs visés ? Est-elle justifiée sur la base statistique ou par une saturation des données ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Les auteurs n'ont pas défini d'échantillon maximal ou minimal, c'est pourquoi ils n'ont pas envisagé d'accroître leurs échantillon.</li> </ul> <p>Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– La taille de l'échantillon a été définie en fonction des articles trouvés.</li> </ul>
<b>Considérations éthiques</b>	<p>Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Aucun élément contribuant à reconnaître les participants n'est mis en avant dans cette étude-ci.</li> </ul>
<b>Devis de recherche</b>	<p>Le devis utilisé permet-il que l'étude atteigne son but ? la méthode de recherche choisie est-elle conciliable avec les outils de collecte des données proposés ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Les auteurs ont cherché les mots-clés, cités dans la partie « Cadre de recherche », dans le chapitre introduction de ce même document, sur Cochrane, MedLine et Embase datases. Le fait d'avoir recherché sur plusieurs bases de données crée une plus-value à leur étude.</li> </ul> <p>Le devis fournit-il un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Oui, au travers les 3 études sélectionnées, les auteurs pourront tirer des conclusions sur l'utilité, ou non, de diverses interventions minimales. Parmi ces 3 articles, deux d'entre eux exposent deux interventions, donc au total 5 interventions sont analysées.</li> </ul> <p>La méthode de recherche proposée est-elle appropriée à l'étude du problème posé ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Oui, comparer plusieurs études permet de voir laquelle possède une intervention efficace et laquelle n'en possède pas.</li> </ul>

	<p>Y a-t-il suffisamment de temps passé sur le terrain et auprès des participants ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Les auteurs n'ont pas passé de temps sur le terrain.</li> </ul>
<b>Modes de collectes de données</b>	<p>Les questions de recherche ont-elles été bien posées ou les observations du phénomène, bien ciblées ? Ont-elles été rigoureusement consignées par la suite ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Les auteurs ont identifié 646 articles potentiellement utiles lors de leurs recherches sur les bases de données. Parmi ces articles, 15 (en full text) ont été potentiellement sélectionnés et parmi ces 15, 3 ont été retenus. Les autres ont été exclus car certains n'étaient pas randomisés, par exemple. Deux auteurs ont examiné et sélectionné dans un premier temps les essais pour ensuite évaluer la qualité de l'étude et extraire les éléments importants.</li> </ul>
<b>Conduite de la recherche</b>	<p>Le processus de collecte des données/enregistrement est-il décrit clairement ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Pour les auteurs, lors de la recherche, aucune restriction de langue n'a été réalisée. Les références ont été identifiées et les revues systématiques vérifiées</li> </ul> <p>Les données ont-elles été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Les auteurs ont contacté les auteurs des études sélectionnées, afin d'obtenir des données manquantes et/ou de clarifier certains aspects. Cela a diminué un possible biais.</li> </ul>
<b>Analyse des données</b>	<p>Les méthodes d'analyse sont-elles décrites ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Les articles ont été analysés selon deux critères qualité : qualité de la randomisation et qualité de l'aveuglement. De plus, des calculs ont été réalisés avec Meta-Analyst, avec des ratios de risque (RR) calculés à l'aide d'un</li> </ul>



	<p>modèle à effets aléatoires. Une différence de risque regroupé a également été estimée pour permettre de calculer le nombre de sujets à traiter.</p> <p>De plus, des P Value et des écarts-types ont été réalisées.</p> <p>Le résumé des résultats est-il compréhensible et met-il en évidence les extraits rapportés ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Dans la partie méthode, il n’y a pas de résumé des résultats.</li> </ul>
<b>RESULTATS</b>	
<b>Présentation des résultats</b>	<p>Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l’aide de tableaux et de figures, graphiques ou modèles ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Oui, un tableau regroupe les différentes interventions des études et les compare au groupe contrôle de chaque étude.</li> </ul> <p>Les thèmes ou les modèles sont-ils logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Les résultats sont exprimés dans 2 chapitres, les résultats primaires et les résultats secondaires</li> </ul> <p>Les résultats sont-ils résumés par un texte narratif ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Oui, en plus de tableau, les résultats sont résumés par un texte narratif.</li> </ul> <p>L’auteur a-t-il fait évaluer les données par les participants ou par des experts ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Cela n’est pas précisé.</li> </ul>
<b>DISCUSSION</b>	
<b>Interprétations des résultats</b>	<p>Les résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou hypothèses ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Les résultats sont interprétés pour chaque étude, puis de manière globale et en calculant la P value.</li> </ul> <p>Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le même sujet ? Sont-ils discutés à la lumière d’études antérieures ?</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Oui, les conclusions que les auteurs en tirent et les comparaisons qu’ils réalisent, démontrent que différentes études ont les mêmes résultats ; l’efficacité prouvée d’interventions minimales.</li> </ul> <p>Les limites de l’étude ont-elles été définies ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Oui, les essais sélectionnés présentent des défauts mineurs selon les auteurs : faible randomisation et inégalité de base (qui n’est pas plus détaillée) pour une étude.</li> </ul> <p>Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Oui, le fait de consommer des BZD pendant de longues périodes a des conséquences négatives pour les individus. Le fait de mettre en place des interventions minimales contribue à l’arrêt des BZD et par conséquent contribue à une diminution des effets néfastes.</li> </ul> <p>Soulève-t-on la question du caractère transférable des conclusions ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Non, les auteurs ne parlent pas de possible transfert de l’étude .</li> </ul>
<p><b>Conséquences et recommandations</b></p>	<p>Quelles sont les conséquences des résultats de l’étude pour la discipline ou la pratique clinique ? L’auteur a-t-il précisé les conséquences des résultats ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Diminuer / Arrêter la consommation de BZD contribue à une diminution des aspects négatifs et par conséquent cela améliore l’état psychique. Le fait de simplement envoyer une lettre aux patients contribue à cette amélioration et cette pratique semble donc justifiée.</li> </ul> <p>L’auteur fait-il des recommandations/applications pour la pratique et les recherches futures ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Les auteurs mentionnent uniquement le fait que des recherches supplémentaires devraient être réalisées.</li> </ul>

**Dou, C., Rebane, J., & Bardal, S. (2018). Interventions to improve benzodiazepine tapering success in the elderly: a systematic review. *Aging & Mental Health*, 7863, 1-6. doi:10.1080/13607863.2017.1423030**

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
<b>Titre</b>	<p>Le titre précise-t-il clairement les concepts clés et la population à l'étude ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Oui, le titre met en évidence que l'article va s'intéresser aux interventions améliorant la diminution de la consommation de benzodiazépine chez la personne âgée.</li> </ul>
<b>Résumé</b>	<p>Le résumé synthétise clairement le résumé de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– <b>Problème</b> : Oui, le résumé met en évidence que L'utilisation à long terme de benzodiazépines chez les personnes âgées est un problème de santé publique important qui entraîne une altération du fonctionnement cognitif, une dépendance aux médicaments et un risque accru d'effets indésirables des médicaments.</li> <li>– <b>Méthode</b> : Le but de cette revue était d'examiner les essais contrôlés randomisés sur l'efficacité de différentes méthodes de réduction progressive et d'arrêt de benzodiazépine. Les auteurs ont utilisé quatre bases de données (Ovid, PubMed, Academic Search Complete, Web of Science) pour extraire des essais contrôlés randomisés publiés dans des revues à comité de lecture qui ont exploré différentes méthodes pour réduire l'utilisation de benzodiazépines dans une population principalement gériatrique.</li> <li>– <b>Résultats</b> : Onze articles répondaient aux critères d'inclusion. Les méthodes permettant de réduire progressivement les benzodiazépines sont notamment l'éducation du patient, la thérapie cognitivo-comportementale et les adjuvants pharmaceutiques (ISRS, mélatonine,</li> </ul>

	<p>progestérone). L'éducation du patient a toujours été efficace pour augmenter le succès de l'arrêt du traitement par benzodiazépine alors que la TCC a eu des résultats mitigés mais prometteurs. L'utilisation de médicaments pour aider à améliorer le succès de la réduction progressive n'a pas été concluante.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– <b>Discussion</b> : L'éducation du patient est une intervention réussie, rentable et qui peut contribuer de manière significative au succès de l'arrêt du traitement par benzodiazépine. La TCC peut également être une approche efficace. Cependant, le coût peut être un problème puisque la couverture des soins de santé publics au Canada ne couvre pas la psychothérapie. Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour examiner les adjuvants pharmaceutiques et leur rôle dans l'aide à l'abandon de la benzodiazépine.</li> </ul>
<b>INTRODUCTION</b>	
<b>Problème de la recherche</b>	<p>Le problème/phénomène à l'étude est-il clairement formulé et circonscrit ? Que s'agit-il d'étudier ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Il s'agit d'étudier les méthodes favorisant la réduction voire l'arrêt de consommation de benzodiazépine chez la personne âgée.</li> </ul> <p>Le problème/phénomène est-il pertinent /approprié dans le contexte des connaissances actuelles ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Les benzodiazépines (BZD) sont généralement indiquées pour le traitement à court terme des troubles anxieux et du sommeil. Cependant, ils sont couramment prescrits pour une utilisation à long terme dans la population âgée. Les problèmes découlant de l'utilisation continue de BZD comprennent la dépendance, la tolérance, les déficiences cognitives et les déficiences psychomotrices entraînant un risque accru de chutes chez les personnes âgées fragiles (Tannenbaum, 2015).</li> </ul>

	<p>Le problème/phénomène a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Oui, il est de plus en plus fréquent de rencontrer des personnes âgées dépendantes aux benzodiazépines. Cela peut engendrer le délire, les chutes, les fractures de la hanche et les troubles cognitifs comme facteurs associés à leur utilisation dans cette population.</li> </ul>
<b>Recension des écrits</b>	<p>Une recension a-t-elle été entreprise ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Oui, cet article recense plusieurs écrits pour les comparer.</li> </ul> <p>La recension des écrits vous semble-t-elle présenter une base solide pour l'étude ? L'auteur présente-il l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème à l'étude ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Oui, les écrits recensés sont récents et ont l'air d'apporter une base solide. De plus, les auteurs présentent l'état actuel des connaissances : Les recommandations canadiennes actuelles en matière de prescription mettent en garde contre la prescription de BZD chez les personnes âgées et citent le délire, les chutes, les fractures de la hanche et les troubles cognitifs comme facteurs associés à l'utilisation dans cette population (Katzman et al., 2014). Les directives suggèrent également de limiter les ordonnances à deux à quatre semaines avec des examens réguliers des ordonnances afin d'évaluer l'innocuité et l'efficacité du médicament (Katzman et al., 2014). Malgré ces recommandations, la prévalence de l'utilisation à long terme de la BZD chez les personnes âgées en Colombie-Britannique (C.-B.), où le Canada est élevé (Société canadienne des médecins de famille, 2005). <p>La recension présente-t-elle des sources primaires ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Oui, elle présente diverses sources primaires : (Tannenbaum, 2015) ; (Weymann et al., 2017) ; (Katzman et al., 2014)</li> </ul> </li></ul>

<b>Cadre de recherche</b>	<p>Les concepts clés sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Oui, les concepts clés sont mis en évidence : elderly ; senior ; benzodiazepine ; tapering ; discontinuation ; review ; cognitive behavioural therapy ; patient education ; SSRIs ; melatonin ; progesterone</li> </ul>
<b>Buts et question de recherche</b>	<p>Le but de l'étude est-il énoncé de façon claire et concise ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Oui, le but de l'étude est clairement énoncé. Il s'agit ici d'examiner les essais contrôlés randomisés sur l'efficacité de différentes méthodes de réduction progressive et d'arrêt de benzodiazépine.</li> </ul> <p>Les questions de recherche ou les hypothèses, dont les variables clés et la population à l'étude, sont-elles clairement énoncées ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Oui, la question de recherche est la suivante : Existe-t-il certaines interventions visant à réduire l'utilisation de benzodiazépines qui sont plus efficaces que la réduction progressive de la dose de BZD chez la personne âgée ?</li> </ul> <p>Les questions de recherche ou les hypothèses reflètent-elles le contenu de la recension des écrits et découlent-elles logiquement du but ? Traitent-elles de l'expérience des participants, des croyances, des valeurs ou des perceptions ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Oui, il est précisé que la réduction progressive est la norme actuelle au Canada. Les directives canadiennes actuelles en matière de prescription d'opioïdes recommandent de réduire progressivement les BZD afin de réduire le risque d'événements indésirables liés au médicament, tels que les chutes, et d'accroître la vigilance et l'énergie des patients (Kahan, Mailis-Gagnon, Wilson et Srivastava, 2011).</li> </ul>

<b>METHODE</b>	
<b>Population et échantillon</b>	<p>La population visée est-elle définie de façon précise ? L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillée ? La méthode utilisée pour accéder au site ou recruter les participants est-elle appropriée ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Etant une revue systématique, l'article en tant que tel n'a pas de population. Cependant, la revue se base sur des essais contrôlés randomisés qui s'intéressent aux hommes et aux femmes âgés de 60 ans et plus et d'au moins 50 ans ayant utilisé des benzodiazépines pendant au moins trois mois, quelle que soit leur nationalité, et comparant les résultats des personnes âgées recevant un traitement standard par rapport à différentes interventions. Le critère de jugement principal était le pourcentage de participants complètement éliminés de BZD à la fin de l'étude ou de la période de suivi. Les études ont été identifiées à l'aide de quatre bases de données couvrant les sciences médicales et de la santé (Ovid, PubMed, Academic Search Complete, Web of Science). La littérature grise et d'autres articles non indexés ont été examinés à l'aide de Google Scholar et de la fonction de recherche de bibliothèque de l'Université de la Colombie-Britannique. Différents termes (identifiés dans le tableau 1) ont été utilisés dans les bases de données pour rechercher les concepts pertinents pour la question évaluée.</li> </ul> <p>Dans le plan d'échantillonnage, l'auteur a-t-il envisagé des moyens d'accroître la représentativité de l'échantillon ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Après la recherche de doublons (n = 46), les articles présentant des variables explicatives et de résultats pertinents, décrivaient une étude contrôlée randomisée pertinente, étudiaient une population âgée en moyenne de plus de 60 ans, étaient rédigés en anglais, publiés</li> </ul>

	<p>après 1990, et les patients sans autres comorbidités psychiatriques significatives ont été inclus dans la dernière série d'études pour un examen ultérieur (n = 11).</p>
<b>Considérations éthiques</b>	<p>Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– La revue systématique ne mentionne pas ces éléments.</li> </ul>
<b>Devis de recherche</b>	<p>Le devis utilisé permet-il que l'étude atteigne son but ? la méthode de recherche choisie est-elle conciliable avec les outils de collecte des données proposés ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Les études ont été identifiées à l'aide de quatre bases de données couvrant les sciences médicales et de la santé (Ovid, PubMed, Academic Search Complete, Web of Science). Différents mots clés (benzodiazepine ; tapering ; elderly) ont été utilisés dans les bases de données pour rechercher les concepts pertinents pour la question évaluée. Le fait d'avoir consulté plusieurs bases de données constitue une plus-value pour l'étude.</li> </ul> <p>Le devis fournit-il un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses ?</p> <p>Le choix du devis permet-il de respecter les critères scientifiques ? (Véracité-applicabilité-consistance-Neutralité)</p> <p>La méthode de recherche proposée est-elle appropriée à l'étude du problème posé ?</p> <p>Y a-t-il suffisamment de temps passé sur le terrain et auprès des participants ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– S'agissant d'une revue systématique, il est impossible de répondre à ces questions.</li> </ul>
<b>Modes de collectes de données</b>	<p>Les outils de mesure sont-ils clairement décrits et permettent-ils de mesurer les variables ?</p> <p>Les questions de recherche ont-elles été bien posées ou les observations du phénomène, bien ciblées ? Ont-elles été rigoureusement consignées par la suite ?</p>



	<p>L'auteur indique-t-il si les instruments ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– A partir des recherches effectuées dans les bases de données, les titres et les résumés des articles pertinents ont été exportés vers Microsoft Excel. Après la recherche de doublons, onze études ont été sélectionnées. Ces études ont ensuite été examinées et évaluées en fonction de plan d'étude, de l'objectif principal, de la population et des résultats. Les études au sein de chaque groupe thématique ont été comparées en fonction de leurs résultats.</li> </ul>
<b>Conduite de la recherche</b>	<p>Le processus de collecte des données/enregistrement est-il décrit clairement ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Oui, le processus de collecte de données est clairement expliqué.</li> </ul> <p>Les données ont-elles été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Oui, les auteurs ont utilisé l'outil Cochrane sur le risque de biais et tout biais potentiel est noté dans la discussion.</li> </ul>
<b>Analyse des données</b>	<p>Les méthodes d'analyse sont-elles décrites ? Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont-ils pris en considération dans les analyses ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Les articles retenus ont été examinés et évalués en fonction du plan de l'étude, de l'objectif principal, de la population, des résultats, des forces et faiblesses ainsi que des risques et sources de biais pouvant entraîner une sous-estimation ou une surestimation des effets mesurés.</li> </ul> <p>Le résumé des résultats est-il compréhensible et met-il en évidence les extraits rapportés ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Dans la partie méthode, il n'y a pas de résumé des résultats.</li> </ul> <p>Les thèmes font-ils ressortir adéquatement la signification des données ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Oui, la signification des données est cohérente.</li> </ul>

<b>RESULTATS</b>	
<b>Présentation des résultats</b>	<p>Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures, graphiques ou modèles ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Oui, les résultats sont présentés à l'aide de tableaux.</li> </ul> <p>Les résultats sont-ils résumés par un texte narratif ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Oui, les résultats sont expliqués en détails dans un texte narratif. Les résultats sont classés en fonction des types d'interventions :             <ul style="list-style-type: none"> <li>› TCC et diminution progressive</li> <li>› Éducation thérapeutique et diminution progressive</li> <li>› Alternative médicamenteuse</li> </ul> </li> </ul> <p>L'auteur a-t-il fait évaluer les données par les participants ou par des experts ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Ceci n'est pas précisé.</li> </ul>
<b>DISCUSSION</b>	
<b>Interprétations des résultats</b>	<p>Les résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou hypothèses ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Les résultats sont interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chaque intervention.</li> </ul> <p>Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le même sujet ? Sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Les auteurs soulignent que peu de revues systématiques ont été menées sur ce sujet mais toutes concordent avec leurs résultats.</li> </ul> <p>Les limites de l'étude ont-elles été définies ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Oui, les limites ont clairement été définies. Elles incluent un groupe relativement restreint d'essais contrôlés randomisés abordant la question de recherche. Encore moins d'études ont été menées sur la population âgée. Une seule étude a porté sur l'utilisation de la progestérone ou sur les ISRS pour la réduction progressive des benzodiazépines, ce qui rend difficile la</li> </ul>

	<p>formulation de conclusions définitives pour cette intervention. Le nombre de sujet inscrit dans chaque étude était également faible et diminuait leur puissance statistique. Un biais de sélection peut être présent puisque les participants sont des volontaires et qu'il peut exister une prédilection pour les individus plus motivés qui souhaitent réduire leur utilisation de BZD.</p> <p>Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Oui, les auteurs relèvent la nécessité de poursuivre les recherches futures dans ce domaine.</li> </ul> <p>Soulève-t-on la question du caractère transférable des conclusions ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Ceci n'est pas mentionné.</li> </ul>
<p><b>Conséquences et recommandations</b></p>	<p>Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ? L'auteur a-t-il précisé les conséquences des résultats ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– L'éducation des patients et la psychothérapie sont bénéfiques dans le cadre de sevrage des benzodiazépines. Ces approches peuvent être appliquées par des infirmières dans différents contextes de soins.</li> </ul> <p>L'auteur fait-il des recommandations/applications pour la pratique et les recherches futures ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Les futures études devraient viser à déterminer l'effet de la TCC tout en prenant en compte d'autres facteurs tels que l'effet placebo, la motivation du patient, la dose initiale de BZD et la gravité de l'insomnie.</li> </ul> <p>Les données sont-elles suffisamment riches pour appuyer les conclusions ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Non, les auteurs précisent que les résultats suggèrent de poursuivre les études dans ce domaine.</li> </ul>

Parr, J. M., Kavanagh, D. J., Cahill, L., Mitchell, G., & Young, R. M. (2009). Effectiveness of current treatment approaches for benzodiazepine discontinuation: A meta-analysis. *Addiction*, 104(1), 13-24. doi :10.1111/j.1360-0443.2008.02364.x

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
<b>Titre</b>	<p>Le titre précise-t-il clairement les concepts clés et la population à l'étude ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Le titre de l'article évoque un des concepts clés qui est la consommation des benzodiazépines et l'arrêt de celle-ci mais elle ne précise pas le type d'interventions ni la population concernée.</li> </ul>
<b>Résumé</b>	<p>Le résumé synthétise clairement le résumé de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– <b>Objectif</b> : évaluer l'efficacité des approches thérapeutiques actuelles pour aider à l'arrêt du traitement par benzodiazépines</li> <li>– <b>Méthodes</b> : Un examen systématique des approches en matière de sevrage des benzodiazépines en médecine générale et en consultation externe a été entrepris. Les soins de routine ont été comparés à trois approches de traitement : interventions brèves, réduction progressive de la dose et les interventions psychologiques. La réduction progressive a été comparée à la réduction de la dose associée aux interventions psychologiques ou les médicaments alternatifs.</li> <li>– <b>Résultats</b> : La diminution progressive et les interventions brèves ont fourni des taux d'abandon satisfaisants. Les traitements psychologiques et la réduction progressive amenait à des résultats d'abandon supérieurs qu'aux soins de routine. Cependant, la substitution pharmacologique n'ajoute rien à l'impact de la réduction progressive</li> </ul>

	<p>et est moins efficace que cette dernière si elles sont étudiées individuellement.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– <b>Conclusions :</b> Les interventions psychologiques peuvent améliorer l'arrêt du traitement au-delà de la diminution progressive seule. Bien que certaines pharmacothérapies substitutives puissent être prometteuses, les preuves actuelles sont insuffisantes pour justifier leur utilisation.</li> </ul>
<b>INTRODUCTION</b>	
<b>Problème de la recherche</b>	<p>Le problème/phénomène à l'étude est-il clairement formulé et circonscrit ? Que s'agit-il d'étudier ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– La problématique de l'étude est clairement formulée. Il s'agit d'évaluer l'efficacité des approches thérapeutiques actuelles pour le sevrage des benzodiazépines. La reconnaissance du risque élevé de dépendance aux benzodiazépines a conduit à la mise au point de traitement destinés à aider les patients à diminuer ou à cesser leur consommation.</li> </ul>
<b>Recension des écrits</b>	<p>Une recension a-t-elle été entreprise ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Oui, l'article s'appuie sur plusieurs recherches antérieures.</li> </ul> <p>La recension des écrits vous semble-t-elle présenter une base solide pour l'étude ? L'auteur présente-il l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème à l'étude ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Oui, elle nous paraît être une base solide. La recension s'appuie sur plusieurs études ayant étudié le phénomène.</li> </ul> <p>La recension présente t'elle des sources primaires ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Oui.</li> </ul>
<b>Cadre de recherche</b>	<p>Les concepts clés sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ? Est-il justifié et décrit de façon adéquate ?</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Oui, les principaux concepts ont été mis en évidence mais ne sont pas définis.</li> </ul>
<b>Buts et question de recherche</b>	<p>Le but de l'étude est-il énoncé de façon claire et concise ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Oui, la présente étude vise à déterminer si une intervention ciblée pour cesser la consommation de benzodiazépines aide un plus grand nombre de patient en comparaison aux soins de routine ainsi qu'à déterminer si la combinaison d'autres intervention à la réduction progressive est plus efficace qu'à la réduction progressive elle seule.</li> </ul> <p>Les questions de recherche ou les hypothèses, dont les variables clés et la population à l'étude, sont-elles clairement énoncées ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Oui, les auteurs mentionnent clairement la question de recherche. La population concernée est les personnes consommant des benzodiazépines mais étant une méta-analyse, les échantillons de chaque article n'est pas précisé. Néanmoins, ils mentionnent l'âge moyen de l'échantillon de chaque article utilisé.</li> </ul>
<b>METHODE</b>	
<b>Population et échantillon</b>	<p>La population visée est-elle définie de façon précise ? L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillée ? La méthode utilisée pour accéder au site ou recruter les participants est-elle appropriée ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– La population n'est pas détaillée. Cependant, il est implicitement dit que cette étude va s'intéresser aux patients de médecine en général et ceux consultant un cabinet externe. Un des critères d'inclusion est la durée de consommation qui doit être continue et durer depuis au moins trois mois.</li> </ul> <p>Dans le plan d'échantillonnage, l'auteur a-t-il envisagé des moyens d'accroître la représentativité de l'échantillon ? La méthode d'échantillonnage utilisée a-t-elle permis</p>

	<p>s'ajouter des renseignements significatifs et d'atteindre les objectifs visés ? Est-elle justifiée sur la base statistique ou par une saturation des données ? Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ? Est-elle justifiée sur une base statistique ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Aucune base statistique n'est nommée. Cependant, les auteurs se basent sur des études avec des critères d'inclusion mentionnés qui sont les suivants : <ul style="list-style-type: none"> <li>› Les articles devaient être en lien avec le sevrage de benzodiazépines ou qui n'étaient pas des essais contrôlés randomisés.</li> <li>› Les études étaient incluses si elles comparaient un traitement d'appoint aux soins de routine ou à la réduction progressive de la posologie.</li> <li>› Les patients devaient avoir consommé des benzodiazépines de manière continue pendant trois mois ou plus.</li> <li>› Les essais avaient au moins dix participants.</li> </ul> </li> </ul>
<b>Considérations éthiques</b>	<p>Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ? L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Ces éléments ne sont pas mentionnés par les auteurs.</li> </ul>
<b>Devis de recherche</b>	<p>Le devis utilisé permet-il que l'étude atteigne son but ? la méthode de recherche choisie est-elle conciliable avec les outils de collecte des données proposés ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Étant une méta-analyse, il n'est pas possible de répondre.</li> </ul> <p>Le devis fournit-il un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Étant une méta-analyse, il n'est pas possible de répondre.</li> </ul> <p>Le choix du devis permet-il de respecter les critères scientifiques ? (Véracité-applicabilité-consistance-Neutralité)</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Il s'agit ici d'une méta-analyse. Le devis utilisé permet à l'étude d'atteindre son but. Les outils de collecte nous semblent cohérents.</li> </ul> <p>La méthode de recherche proposée est-elle appropriée à l'étude du problème posé ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Oui.</li> </ul> <p>Y a-t-il suffisamment de temps passé sur le terrain et auprès des participants ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Cet élément n'est pas précisé.</li> </ul>
<b>Modes de collectes de données</b>	<p>Les outils de mesure sont-ils clairement décrits et permettent-ils de mesurer les variables ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Sur la base des travaux de Moyer, et des critères CONSORT, (Consolidated Standards of Report Trials) un modèle et système de notation ont été mis au point pour mesurer la qualité méthodologique des études incluses dans la méta-analyse. L'échelle a 18 items. Elle comprend quatre domaines relatifs à : l'échantillonnage et la description du patient, les dispositions et spécificités relatives au traitement, aux suivis et aux résultats puis la conception des recherches. Chaque élément a été pondéré pour refléter son impact potentiel sur les effets du traitement donnant un score total de 0 à 45. Ce total forme un score de qualité méthodologique (MQS) analogue à celui développé par Miller&amp;Wilbourne.</li> </ul> <p>Les questions de recherche ont-elles été bien posées ou les observations du phénomène, bien ciblées ? Ont-elles été rigoureusement consignées par la suite ? L'auteur indique-t-il si les instruments ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Ces éléments ne sont pas abordés.</li> </ul>
<b>Conduite de la recherche</b>	<p>Le processus de collecte des données/enregistrement est-il décrit clairement ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Oui, le processus de recherche et de sélection est expliqué.</li> </ul>



	<p>Les données ont-elles été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Oui, toutes les études ont été codées indépendamment par trois auteurs.</li> </ul>
<b>Analyse des données</b>	<p>Les méthodes d'analyse sont-elles décrites ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Les proportions de participants qui cessaient de prendre des benzodiazépines étaient les variables de résultats clés, l'objectif de la réduction de la dose étant l'arrêt total du traitement. Les données sur l'intention de traiter ont été utilisées pour calculer les taux de renoncement au post-traitement et au suivi. La première évaluation post-traitement était désignée «post-traitement» et les évaluations suivantes étaient considérées comme des « suivis ». Les données ont été entrées dans le logiciel Cochrane Collaboration Review Manager (RevMan version 4.2) et les rapports de cotes de Mantel – Haenszel à effet fixe et les intervalles de confiance à 95% ont été calculés pour les taux de désistement post-traitement et le suivi</li> </ul> <p>Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont-ils pris en considération dans les analyses ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Ceci n'est pas indiqué.</li> </ul> <p>Le résumé des résultats est-il compréhensible et met-il en évidence les extraits rapportés ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Les résultats n'ont pas été résumés dans la partie méthode.</li> </ul>
<b>RESULTATS</b>	
<b>Présentation des résultats</b>	<p>Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures, graphiques ou modèles ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Oui, de nombreux tableaux sont utilisés pour mettre en lumière les résultats.</li> </ul> <p>Les thèmes ou les modèles sont-ils logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène ?</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Oui, les résultats ont été présentés et classés selon les interventions concernées.</li> <li>› Brèves interventions versus soins de routine.</li> <li>› Réduction progressive de la dose versus soins de routine.</li> <li>› Réduction progressive de la dose versus réduction progressive de la dose plus traitement complémentaire.</li> <li>› Réduction progressive de la dose plus interventions psychologiques.</li> <li>› Réduction progressive de la dose versus sevrage brutal.</li> </ul> <p>Les résultats sont-ils résumés par un texte narratif ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Oui, toutes les types de résultats sont argumentés par un texte narratif.</li> </ul> <p>L’auteur a-t-il fait évaluer les données par les participants ou par des experts ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Ce n’est pas mentionné.</li> </ul>
<b>DISCUSSION</b>	
<b>Interprétations des résultats</b>	<p>Les résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou hypothèses ? Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le même sujet ? Sont-ils discutés à la lumière d’études antérieures ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Les auteurs précisent qu’il s’agit de la première étude à examiner systématiquement les approches thérapeutiques visant à mettre un terme à la consommation de benzodiazépines uniquement en médecine générale ou en consultation externe.</li> </ul> <p>Les limites de l’étude ont-elles été définies ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Oui, les auteurs ont défini différentes limites de l’étude. Ils évoquent notamment leur dépendance à l’égard des données publiées. Il est possible que des études supplémentaires aient pu avoir une incidence sur leurs résultats.</li> </ul>

	<p>Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Oui, la conclusion résume les résultats trouvés pour chaque type d'intervention. Les preuves du bénéfice d'une utilisation d'une pharmacothérapie alternative dans la gestion de la dépendance aux benzodiazépines restent relativement faibles. Cependant, poser systématiquement la question de l'arrêt de l'utilisation de benzodiazépines à chaque patient à qui on lui a prescrit des benzodiazépines pendant plus de 3 mois et leur recommander de réduire progressivement la posologie de benzodiazépines devrait entraîner de meilleurs taux d'abandon du traitement par rapport au maintien des soins habituels. Lier les patients à une assistance psychologique peut encore augmenter les chances de cesser de l'utiliser avec succès.</li> </ul> <p>Soulève-t-on la question du caractère transférable des conclusions ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Ce n'est pas indiqué.</li> </ul>
<p><b>Conséquences et recommandations</b></p>	<p>L'auteur fait-il des recommandations/applications pour la pratique et les recherches futures ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Oui, les auteurs consacrent tout un chapitre aux recherches futures. Ils proposent notamment deux pistes de recherches : la rentabilité des interventions, la conception de schémas thérapeutiques de sevrage (déterminer la période idéale sur laquelle un traitement de sevrage devrait être achevé p.ex.).</li> </ul> <p>Les données sont-elles suffisamment riches pour appuyer les conclusions ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Oui, les auteurs considèrent que les résultats sont fiables et cohérents.</li> </ul>

Chen, L., Farrell, B., Ward, N., Russell, G., Eisener-Parsche, P., & Dore, N. (2010). Discontinuing benzodiazepine therapy: An interdisciplinary approach at a geriatric day hospital. *Canadian Pharmacists Journal*, 143(6), 286-295. Repéré à <http://www.cpjournal.ca/doi/pdf/10.3821/1913-701X-143.6.286%5Cnhttp://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=emed9&NEWS=N&AN=2010686951>

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
<b>Titre</b>	<p>Le titre précise-t-il clairement les concepts clés et la population à l'étude ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Le titre définit que l'article traite de l'arrêt des benzodiazépines, dans le milieu gériatrique ; de plus, l'article prend en compte une approche interdisciplinaire.</li> </ul>
<b>Résumé</b>	<p>Le résumé synthétise clairement le résumé de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?</p> <p>Le résumé met en avant, de manière évidente, le contexte de la recherche, la méthode employée ainsi que les résultats et la conclusion.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– <b>Contexte</b> : Personnes âgées consommant des BZD pour traiter l'insomnie et l'anxiété. Il a y également une mise en avant des expériences des patients et des dispensateurs de soins dans le cas d'une réduction progressive de ce traitement.</li> <li>– <b>Méthode</b> : Étude qualitative, réalisée dans le cadre de la santé publique, dans une ville canadienne. Recueil de données réalisé au travers d'un groupe de parole et d'entretiens semi-structurés auprès de 13 prestataires de soins et de 5 patients.</li> <li>– <b>Résultats</b> : La diminution des BZD est réalisée par le médecin, le pharmacien et l'infirmière. Les personnes ayant réduit leur consommation, désiraient changer cette habitude et l'expérience n'a pas été considérée comme significative.</li> <li>– <b>Conclusion</b> : L'étude pourrait être appliquée à d'autres environnements.</li> </ul>

<b>INTRODUCTION</b>	
<b>Problème de la recherche</b>	<p>Le problème/phénomène à l'étude est-il clairement formulé et circonscrit ? Que s'agit-il d'étudier ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Le problème suivant est mis en avant : surconsommation de BZD chez les personnes âgées (Entre 22% et 27% des individus de plus de 65 ans en consomment régulièrement). Cette problématique est associée à une sédation, à des troubles cognitifs, à des vertiges, à de la confusion et à des accidents de la route. De plus, le risque de chute est augmenté jusqu'à 3 fois. Pour certains patients, malgré les risques que cela comprend, ils ont du mal à diminuer leur consommation de BZD, notamment après 6 mois de prise. Pour les soignants, il est difficile d'accompagner les patients dans cette diminution. Une variété d'approches a été utilisées pour diminuer la consommation : la TCC, le conseil psychologique, et les approches d'auto-assistance. Cet article s'agit d'un début de programme de recherche visant à traiter les principaux problèmes liés à l'utilisation de médicaments, dont les BZD.</li> </ul> <p>Le problème/phénomène est-il pertinent /approprié dans le contexte des connaissances actuelles ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Oui, il est pertinent ; les problèmes liés à la consommation de BZD sont mis en avant (chute, troubles cognitifs, ...). De plus, la réduction de la consommation est problématique, elle est compliquée à réaliser pour certaines personnes.</li> </ul> <p>Le problème/phénomène a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Oui, le problème a une signification particulière pour la discipline ; diminuer la consommation de BZD diminuerait</li> </ul>

	également les possibles conséquences physiques et/ou psychiques.
<b>Recension des écrits</b>	<p>Une recension a-t-elle été entreprise ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Oui, d’autres études ont été utilisées, notamment pour ce qui concerne les statistiques.</li> </ul> <p>La recension des écrits vous semble-t-elle présenter une base solide pour l’étude ? L’auteur présente-il l’état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème à l’étude ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– L’étude est un début de programme, il n’y pas beaucoup d’études traitant du même sujet qui ont servi de base pour les auteurs.</li> </ul> <p>La recension présente-t-elle des sources primaires ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Oui, des sources primaires sont présentes.</li> </ul>
<b>Cadre de recherche</b>	<p>Les concepts clés sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ? Est-il justifié et décrit de façon adéquate ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Non, les concepts ne sont pas mis en avant.</li> </ul>
<b>Buts et question de recherche</b>	<p>Le but de l’étude est-il énoncé de façon claire et concise ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Oui, l’étude décrit l’approche d’une équipe interdisciplinaire afin de diminution progressive de la benzodiazépine.</li> </ul> <p>Les questions de recherche ou les hypothèses, dont les variables clés et la population à l’étude, sont-elles clairement énoncées ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Oui, l’étude concerne la diminution de la consommation des BZD, chez la personne âgée tout en ayant une prise en soin interdisciplinaire.</li> </ul> <p>Les questions de recherche ou les hypothèses reflètent-elles le contenu de la recension des écrits et découlent-elles logiquement du but ? Traitent-elles de l’expérience des participants, des croyances, des valeurs ou des perceptions ?</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Elle ne reflète pas les autres écrits, mais met en évidence qu’il s’agit d’un problème de santé.</li> </ul> <p>Les croyances, les valeurs ainsi que les perceptions des participants ne sont pas traités, cependant, l’étude étant qualitative, les expériences des patients sont explicitées.</p>
<b>METHODE</b>	
<b>Population et échantillon</b>	<p>La population visée est-elle définie de façon précise ? L’échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillée ? La méthode utilisée pour accéder au site ou recruter les participants est-elle appropriée ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Oui, la population, les personnes âgées, est définie de manière précise, tout comme les soignants participant à l’étude. Les personnes âgées ont été recrutées suite à leur passage chez un pharmacien et devaient avoir plus de 65 ans.</li> </ul> <p>Dans le plan d’échantillonnage, l’auteur a-t-il envisagé des moyens d’accroître la représentativité de l’échantillon ? La méthode d’échantillonnage utilisée a-t-elle permis s’ajouter des renseignements significatifs et d’atteindre les objectifs visés ? Est-elle justifiée sur la base statistique ou par une saturation des données ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Les auteurs ne citent pas avoir souhaiter un plus grand échantillonnage. Leur but était d’avoir 3 patient en l’espace de 3 mois.</li> </ul> <p>Comment la taille de l’échantillon a-t-elle été déterminée ? Est-elle justifiée sur une base statistique ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Dans un 1<sup>er</sup> temps, une séance d’information a été organisée, pendant laquelle l’étude a été présente ainsi que les différentes étapes de celles-ci (groupe de parole et/ou entretien individuel). Suite à cela, les participants ont reçu une demande de consentement pour la</li> </ul>

	participation à l'étude, pour ceux que ça intéressait.
<b>Considérations éthiques</b>	<p>Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Ces éléments ne sont pas mentionnés.</li> </ul>
<b>Devis de recherche</b>	<p>Le devis utilisé permet-il que l'étude atteigne son but ? la méthode de recherche choisie est-elle conciliable avec les outils de collecte des données proposés ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Oui, l'étude qualitative utilise des entretiens de groupe et/ou individuels.</li> </ul> <p>Le devis fournit-il un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Oui, le devis permet d'examiner la question de recherche.</li> </ul> <p>La méthode de recherche proposée est-elle appropriée à l'étude du problème posé ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Oui, le but étant de savoir si l'approche interdisciplinaire contribuerait à la diminution et/ou à l'arrêt de la consommation des BZD.</li> </ul> <p>Y a-t-il suffisamment de temps passé sur le terrain et auprès des participants ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Les auteurs ne donnent aucune information sur le temps passé sur le terrain et/ou auprès des patients.</li> </ul>
<b>Modes de collectes de données</b>	<p>Les outils de mesure sont-ils clairement décrits et permettent-ils de mesurer les variables ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– L'analyse de données a été réalisée par des médecins et des pharmaciens. Les données ont été entrées dans le logiciel NVIVO pour organiser l'analyse. Des résumés des différentes situations ont également été créés et examinés. L'analyse a permis de déterminer des thèmes communs, des variations, des explications et des significations.</li> </ul> <p>Les questions de recherche ont-elles été bien posées ou les observations du phénomène, bien ciblées ? Ont-elles été rigoureusement consignées par la suite ?</p>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Oui, la question de recherche a clairement été posée.</li> </ul> <p>L'auteur indique-t-il si les instruments ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Les auteurs n'indiquent aucune information par rapport à des instruments.</li> </ul>
<b>Conduite de la recherche</b>	<p>Le processus de collecte des données/enregistrement est-il décrit clairement ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Oui, le processus de collecte des données est décrit clairement.</li> </ul> <p>Les données ont-elles été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Oui, des personnes qualifiées (médecins et pharmaciens) ont procédé à la collecte de données.</li> </ul>
<b>Analyse des données</b>	<p>Les méthodes d'analyse sont-elles décrites ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Les auteurs ont utilisé le logiciel NVIVO, mais le fonctionnement de ce dernier n'est pas expliqué.</li> </ul> <p>Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont-ils pris en considération dans les analyses ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Les auteurs ne précisent pas cet élément.</li> </ul> <p>Le résumé des résultats est-il compréhensible et met-il en évidence les extraits rapportés ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Il n'y a pas de résumé de résultats dans la partie méthodologie.</li> </ul>
<b>RESULTATS</b>	
<b>Présentation des résultats</b>	<p>Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures, graphiques ou modèles ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Non, les résultats sont présentés sous format texte.</li> </ul> <p>Les résultats sont-ils résumés par un texte narratif ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Oui.</li> </ul> <p>L'auteur a-t-il fait évaluer les données par les participants ou par des experts ?</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Un des participants à l'analyse des données est médecin chercheur.</li> </ul>
<b>DISCUSSION</b>	
<b>Interprétations des résultats</b>	<p>Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le même sujet ? Sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Aucune étude ne traite du même sujet, c'est pourquoi les auteurs n'ont pas pu faire de comparaisons avec des études antérieures</li> </ul> <p>Les limites de l'étude ont-elles été définies ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Certains prestataires de soins n'ont pas décrit de manière précise leur rôle dans la diminution des BZD.</li> </ul> <p>L'échantillon patient est beaucoup trop petit (n=5).</p> <p>Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Oui.</li> </ul> <p>Soulève-t-on la question du caractère transférable des conclusions ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Les auteurs disent que pour que l'étude puisse être appliquée de manière plus large, il faudrait réaliser d'autres études.</li> </ul>
<b>Conséquences et recommandations</b>	<p>Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ? L'auteur a-t-il précisé les conséquences des résultats ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Grâce à cette étude, les auteurs utiliseront les résultats afin de développer un modèle détaillé de réduction progressive des BZD.</li> </ul> <p>L'auteur fait-il des recommandations/applications pour la pratique et les recherches futures ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Les auteurs citent qu'un article sur l'accompagnement est en cours de préparation et qu'il décrira les éléments de soins liés au travail des différents prestataires de soins. Les travaux portant sur ce sujet identifieront l'importance des différentes composantes des soins ainsi</li> </ul>

	<p>que des détails supplémentaires sur le succès de cette intervention.</p> <p>Il faudrait notamment réaliser des recherches plus exhaustives sur le rôle de chaque prestataire de soins.</p> <p>Les auteurs vont également créer un modèle de réduction progressif des BZD.</p> <p>Les données sont-elles suffisamment riches pour appuyer les conclusions ?</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– Il faudrait tout de même réaliser des recherches beaucoup plus exhaustives sur le sujet.</li></ul>
--	--

**De Maricourt, P., Gorwood, P., Hergueta, T., Galinowski, A., Salamon, R., Diallo, A., ... Dubois, O. (2016). Balneotherapy Together with a Psychoeducation Program for Benzodiazepine Withdrawal: A Feasibility Study. Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine, 2016, 1-7. doi :10.1155/2016/8961709**

<b>Éléments d'évaluations</b>	<b>Questions fondamentales à se poser</b>
<b>Titre</b>	<p>Le titre précise-t-il clairement les concepts clés et la population à l'étude ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Oui, le titre annonce que cet article va étudier la faisabilité de la balnéothérapie associée à un programme de psychoéducation pour le sevrage de benzodiazépines.</li> </ul>
<b>Résumé</b>	<p>Le résumé synthétise clairement le résumé de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Oui, le résumé synthétise clairement le problème, la méthode et le résultat. Cependant, la discussion n'y figure pas.</li> </ul>
<b>INTRODUCTION</b>	
<b>Problème de la recherche</b>	<p>Le problème/phénomène à l'étude est-il clairement formulé et circonscrit ? Que s'agit-il d'étudier ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– La problématique des benzodiazépines est clairement formulée. Leur utilisation à long terme n'est pas recommandée pour plusieurs raisons, notamment une utilisation abusive avec tolérance, dépendance, baisse de la vigilance et risque potentiel d'accident domestique ou d'accident de la route. De plus, l'utilisation à long terme a été associée à des troubles cognitifs, en particulier chez les patients âgés, des études récentes mettant en évidence un lien possible avec la démence et en particulier la maladie d'Alzheimer. Il s'agit ici d'étudier si la balnéothérapie associée à une psychoéducation à travers la thérapie cognitivo-comportementale peut</li> </ul>

	<p>permettre une diminution de la consommation des benzodiazépines.</p> <p>Le problème/phénomène est-il pertinent /approprié dans le contexte des connaissances actuelles ? Le problème/phénomène a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée ? Les postulats sous-jacents à l'étude sont-ils précisés ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– La réduction de la consommation de benzodiazépines et la promotion de leur utilisation appropriée constituent un problème de santé publique majeur. Il s'agit de rechercher de nouvelles stratégies pour aider les patients à cesser de prendre des benzodiazépines à long terme. En effet, bien que de nombreuses stratégies aient été essayées, les taux d'arrêt effectif restent faibles. Le postulat fait par les auteurs était que le programme de psychoéducation conjointement avec la balnéothérapie dans une station thermale diminuaient de manière significative la consommation de benzodiazépine.</li> </ul>
<b>Recension des écrits</b>	<p>Une recension a-t-elle été entreprise ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Oui la revue s'appuie sur plusieurs recherches effectuées.</li> </ul> <p>La recension des écrits vous semble-t-elle présenter une base solide pour l'étude ? L'auteur présente-il l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème à l'étude ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Les auteurs mettent en lumière plusieurs études ayant étudié le phénomène en question. Mais cet article est le premier à s'intéresser à la balnéothérapie.</li> </ul> <p>La recension présente t'elle des sources primaires ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Oui.</li> </ul>
<b>Cadre de recherche</b>	<p>Les concepts clés sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ? Est-il justifié et décrit de façon adéquate ?</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Oui les concepts clés sont mis en évidence (Benzodiazépine, balnéothérapie, psychoéducation).</li> </ul>
<b>Buts et question de recherche</b>	<p>Le but de l'étude est-il énoncé de façon claire et concise ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Les auteurs formulent clairement leur objectif. L'objectif de cette étude était d'évaluer la faisabilité et l'impact d'un programme de thérapie cognitivo-comportementale, de psychoéducation et de balnéothérapie dans une station thermale afin de faciliter l'arrêt prolongé du traitement par benzodiazépines.</li> </ul> <p>Les questions de recherche ou les hypothèses, dont les variables clés et la population à l'étude, sont-elles clairement énoncées ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– La question de recherche est implicitement énoncée, les chercheurs souhaitent étudier si la balnéothérapie et la psychoéducation représente une solution potentielle au sevrage de benzodiazépines.</li> </ul> <p>Les questions de recherche ou les hypothèses reflètent-elles le contenu de la recension des écrits et découlent-elles logiquement du but ? Traitent-elles de l'expérience des participants, des croyances, des valeurs ou des perceptions ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Oui, elles reflètent le contenu des recensions, les auteurs cherchent à élargir les résultats d'autres recherches. Les croyances, les valeurs ou les perceptions des participants ne sont pas traitées.</li> </ul>
<b>METHODE</b>	
<b>Population et échantillon</b>	<p>La population visée est-elle définie de façon précise ? L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillée ? La méthode utilisée pour accéder au site ou recruter les participants est-elle appropriée ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Les auteurs précisent qu'ils se sont intéressés à 4 stations thermales différentes en France. Les patients recrutés pour cette étude étaient âgés de</li> </ul>

	<p>18 à 85 ans, répondaient aux critères d'addiction aux benzodiazépines selon le DSM 4, avaient des antécédents d'échec au sevrage, étaient motivés pour arrêter l'utilisation des benzodiazépines et ne nécessitaient pas d'hospitalisation. Les patients présentant des troubles de la personnalité liés à l'abus d'alcool ou à une dépendance à une substance, à une psychose, à une personnalité antisociale n'étaient pas éligibles.</p> <p>Dans le plan d'échantillonnage, l'auteur a-t-il envisagé des moyens d'accroître la représentativité de l'échantillon ? La méthode d'échantillonnage utilisée a-t-elle permis s'ajouter des renseignements significatifs et d'atteindre les objectifs visés ? Est-elle justifiée sur la base statistique ou par une saturation des données ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Ces éléments ne sont pas mentionnés dans l'étude.</li> </ul> <p>Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ? Est-elle justifiée sur une base statistique ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Aucune base statistique n'est nommée. L'échantillon a été déterminé avec les critères d'inclusion et d'exclusion exposés au point précédent.</li> </ul>
<p><b>Considérations éthiques</b></p>	<p>Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Les participants ont donné leur consentement écrit avant l'inscription à l'étude et pouvaient abandonner à tout moment.</li> </ul> <p>L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Les participants bénéficiaient d'une surveillance médicale, notamment pour évaluer le sevrage des benzodiazépines. Des instructions ont été préparées afin d'homogénéiser le protocole dans les 4 centres et d'assurer la qualité, la reproductibilité et la comparabilité des</li> </ul>

	programmes. Une formation a été fournie à chaque psychologue qui a dirigé les ateliers.
<b>Devis de recherche</b>	<p>Le devis utilisé permet-il que l'étude atteigne son but ? la méthode de recherche choisie est-elle conciliable avec les outils de collecte des données proposés ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Oui, il s'agit d'une étude quantitative.</li> </ul> <p>Le devis fournit-il un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Oui, le devis permet d'examiner la question de recherche.</li> </ul> <p>Y a-t-il suffisamment de temps passé sur le terrain et auprès des participants ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Oui, un programme de psychoéducation dans le cadre d'une approche cognitivo-comportementale par groupe de 8 à 12 patients en 6 séances de 1h30 à 2h. Des consultations avaient lieu en début de programme, une deuxième à la fin de celui-ci puis des consultations à 15, 30, 60, 100 et 180 jours après la fin du programme.</li> </ul>
<b>Modes de collectes de données</b>	<p>Les outils de mesure sont-ils clairement décrits et permettent-ils de mesurer les variables ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Les analyses ont été effectuées à l'aide de logiciels SAS. Les valeurs sont exprimées en moyenne (écart type et/ou pourcentage). Le test de Student et le Chi-Squared test ont été utilisés pour comparer les différences entre les groupes pour les variables.</li> </ul> <p>Les questions de recherche ont-elles été bien posées ou les observations du phénomène, bien ciblées ? Ont-elles été rigoureusement consignées par la suite ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Oui, les questions de recherches ont été clairement posées.</li> </ul> <p>L'auteur indique-t-il si les instruments ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Des scores d'anxiété et de dépression ont été établis selon l'échelle d'anxiété et de</li> </ul>



	dépression avec l'échelle HAD et grâce à l'échelle de Beck. Le niveau de dépendance a été évalué grâce à une échelle spécifique appelée ECAB qui est l'échelle de l'attachement cognitif aux benzodiazépines.
<b>Conduite de la recherche</b>	<p>Le processus de collecte des données/enregistrement est-il décrit clairement ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Oui, le processus de recherche et de sélection est expliqué.</li> </ul> <p>Les données ont-elles été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Cet élément n'est pas précisé.</li> </ul>
<b>Analyse des données</b>	<p>Les méthodes d'analyse sont-elles décrites ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Pour analyser les données, les auteurs ont utilisé le logiciel SAS Institute Inc., Cary, Caroline du Nord 9.3 mais ce dernier n'est pas expliqué de manière plus précise.</li> </ul> <p>Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont-ils pris en considération dans les analyses ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Ceci n'est pas précisé.</li> </ul> <p>Le résumé des résultats est-il compréhensible et met-il en évidence les extraits rapportés ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Il n'y a pas de résumé de résultats dans le chapitre méthodologie.</li> </ul>
<b>RESULTATS</b>	
<b>Présentation des résultats</b>	<p>Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures, graphiques ou modèles ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Non, aucun tableau ou figure est utilisé.</li> </ul> <p>Les résultats sont-ils résumés par un texte narratif ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Oui, les résultats sont expliqués par un texte.</li> </ul> <p>L'auteur a-t-il fait évaluer les données par les participants ou par des experts ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– L'étude ne le précise pas.</li> </ul>

<b>DISCUSSION</b>	
<b>Interprétations des résultats</b>	<p>Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le même sujet ? Sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Les auteurs précisent que la présente étude est la première à évaluer les avantages de la balnéothérapie en association avec un programme psychoéducatif dans le cadre de sevrage aux benzodiazépines.</li> </ul> <p>Les limites de l'étude ont-elles été définies ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Oui, un chapitre y est consacré. La première limite est l'absence de groupe témoin. Deuxièmement, l'étude était limitée à un suivi de six mois. Il serait intéressant de prolonger la durée du suivi d'au moins un an, l'anxiété réprimée revenant chez 24% des patients dans les 2 ans et plus souvent chez les femmes (64% dans les 3 ans). Une autre limite est la taille de l'échantillon (= 70). Seuls les sujets très motivés référés par leur médecin généraliste ont été inscrits.</li> </ul> <p>Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Oui, malgré ses limites la présente étude de faisabilité suggère qu'un programme de psychoéducation associé à la balnéothérapie constitue une stratégie prometteuse pour arrêter l'utilisation à long terme de benzodiazépine.</li> </ul> <p>Soulève-t-on la question du caractère transférable des conclusions ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– L'étude n'aborde pas cet élément.</li> </ul>
<b>Conséquences et recommandations</b>	<p>Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ? L'auteur a-t-il précisé les conséquences des résultats ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Les résultats suggèrent que ce programme original pourrait constituer une stratégie alternative dans la prise en charge des patients. Les techniques de</li> </ul>

	<p>relaxation combinées à une éducation thérapeutique présentent des avantages.</p> <p>L'auteur fait-il des recommandations/applications pour la pratique et les recherches futures ?</p> <p>Les données sont-elles suffisamment riches pour appuyer les conclusions ?</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– De futurs essais cliniques avec une conception contrôlée randomisée sont nécessaires pour confirmer la fiabilité et la validité de ces résultats encourageants.</li></ul>
--	--

**Tannenbaum, C., Martin, P., Tamblyn, R., Benedetti, A., & Ahmed, S. (2014). Reduction of inappropriate benzodiazepine prescriptions among older adults through direct patient education: The EMPOWER cluster randomized trial. JAMA Internal Medicine, 174(6), 890-898. doi :10.1001/jamainternmed.2014.949**

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
<b>Titre</b>	<p>Le titre précise-t-il clairement les concepts clés et la population à l'étude ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– La population, qui est la personne âgée, est précisée dans le titre, tout comme les concepts suivants : intervention éducative et réduction de médicaments potentiellement inappropriés.</li> </ul>
<b>Résumé</b>	<p>Le résumé synthétise clairement le résumé de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Oui, un résumé comportant le problème, la méthode ainsi que la discussion est présent dans l'article, cependant les résultats ne sont pas exposés de manière évidente dans ce résumé mais dans la partie méthode.</li> <li>– <b>Problème</b> : Actuellement, un nombre beaucoup trop élevé d'adultes âgés consomment des prescriptions inappropriées, ce qui augmente le risque d'effets indésirables du médicament et d'hospitalisations inutiles. Un programme d'éducation pour la santé informant directement les patients des risques liés à la prescription peut favoriser une interruption de la prescription chez les utilisateurs chroniques de benzodiazépines.</li> <li>– <b>Méthode</b> : Il s'agit d'un essai contrôlé randomisé en groupe utilisant une conception parallèle à deux bras. Le taux de changement d'utilisation des benzodiazépines sera comparé entre les groupes d'intervention et les groupes de contrôle au niveau individuel au suivi, à 6</li> </ul>

	<p>mois. Les différences de risque entre les groupes témoin et expérimental seront calculées et l'estimateur de variance robuste sera utilisé pour estimer l'intervalle de confiance (IC) associé à 95%.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– <b>Discussion</b> : Le fait de cibler directement les consommateurs en tant que catalyseurs pour inciter les médecins et les pharmaciens à arrêter collectivement les benzodiazépines est une approche novatrice visant à réduire les prescriptions inappropriées. En donnant aux utilisateurs chroniques une connaissance directe des risques, les auteurs espèrent imiter le succès de campagnes antitabac ciblées individuellement.</li> </ul>
<b>INTRODUCTION</b>	
<p><b>Problème de la recherche</b></p>	<p>Le problème/phénomène à l'étude est-il clairement formulé et circonscrit ? Que s'agit-il d'étudier ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Oui, il est clairement formulé. Les auteurs expliquent qu'il est difficile d'avoir des prescriptions de médicaments sûres, car les personnes âgées présentent plus de risques d'avoir d'effets secondaires et d'interactions médicamenteuses liés à leurs comorbidités. Les prescriptions sont considérées comme inappropriées lorsque les risques potentiels l'emportent sur les avantages potentiels, et qu'il existe des alternatives thérapeutiques plus sûres ayant une efficacité similaire ou supérieure. Éviter l'utilisation de ces médicaments dit "inappropriés" éviterai ainsi les conséquences négatives que ceux-ci entraînent.</li> </ul> <p>Le problème/phénomène est-il pertinent /approprié dans le contexte des connaissances actuelles ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Oui, une prescription inappropriée a été estimée chez 12 à 40% des personnes âgées de plus de 60 ans résidant dans la</li> </ul>

	<p>communauté et vivant dans la communauté, selon les critères utilisés et le pays étudié. Outre le critère financier, aux États-Unis, une estimation de 7,2 milliards de dollars a été réalisée concernant des dépenses supplémentaires en soins de santé liées à la prescription inappropriée chez les adultes plus âgés. Les benzodiazépines sont l'une des ordonnances inappropriées les plus répandues, consommée par 19% des adultes plus âgés. La nouvelle liste Beers, publiée en 2012, recommande d'éviter tous les médicaments sédatifs-hypnotiques benzodiazépines à courte et longue durée d'action utilisés pour le traitement de l'anxiété et de l'insomnie, en raison d'un risque excessif de délire, de chutes, fractures et accidents de la route. De plus, il a été démontré que les BZD augmentaient le risque de déficience cognitive amnésique et non amnésique et pouvaient entraîner une démence.</p> <p>Les auteurs mettent en avant que le problème est que les utilisateurs chroniques de benzodiazépines développent une dépendance psychologique aux benzodiazépines et que les médecins et les consommateurs ont des difficultés à mettre en œuvre des protocoles de réduction progressive. Il est également cité dans l'article que de nombreux patients nient ou minimisent les effets indésirables ou expriment leur réticence à supporter le risque de souffrir sans ces médicaments et ce serait pour ces raisons que les médecins hésiteraient à demander l'arrêt du traitement par benzodiazépine, de peur de perturber la relation médecin-patient, ou parce qu'ils penseraient que le patient tolère le médicament avec un minimum d'effets secondaires.</p>
--	--

<b>Recension des écrits</b>	<p>Une recension a-t-elle été entreprise ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Oui, les auteurs disent avoir pris conscience de certaines recherches antérieures qui ont tenté de définir la meilleure stratégie pour informer et éduquer les parties concernées, d'essayer de mettre en œuvre des pratiques de prescription plus sûres et d'éliminer l'utilisation de benzodiazépines.</li> </ul> <p>La recension présente t'elle des sources primaires ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– La recension ne montre pas de sources primaires clairement définies, cependant les auteurs les ont répertoriées dans les références.</li> </ul>
<b>Cadre de recherche</b>	<p>Les concepts clés sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ? Est-il justifié et décrit de façon adéquate ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Oui, les concepts sont mis en avant de manière évidente et sont les suivants : éducation du patient, utilisation de benzodiazépines, prescription inappropriée, santé des personnes âgées, troubles cognitifs, pharmacothérapie et polypharmacie.</li> </ul>
<b>Buts et question de recherche</b>	<p>Le but de l'étude est-il énoncé de façon claire et concise ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Oui, le but est de tester une approche directe auprès du patient afin de diminuer la consommation en BZD de ces derniers.</li> </ul> <p>Les questions de recherche ou les hypothèses, dont les variables clés et la population à l'étude, sont-elles clairement énoncées ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Oui, la question est de connaître l'efficacité d'une approche éducative, auprès des personnes âgées, dans le but de diminuer/arrêter la consommation de traitements médicamenteux inappropriés, dont les BZD.</li> </ul> <p>Les questions de recherche ou les hypothèses reflètent-elles le contenu de la recension des écrits et découlent-elles logiquement du but ?</p>

	<p>Traient-elles de l'expérience des participants, des croyances, des valeurs ou des perceptions ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Oui, les auteurs ont constaté que la consommation de divers traitements pouvait être problématique et au travers leurs lecteurs d'autres études, ils ont décidé de tester une approche différente à celle qui avait déjà été fait.</li> </ul>
<b>METHODE</b>	
<b>Population et échantillon</b>	<p>La population visée est-elle définie de façon précise ? L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillée ? La méthode utilisée pour accéder au site ou recruter les participants est-elle appropriée ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Oui, la population (n=303) étudiée comprend des utilisateurs chroniques de benzodiazépines âgés de 65 ans et plus. Parmi ces 303 participants, 261 étaient disponibles pour un suivi à 6 mois.</li> </ul> <p>Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Grâce à des critères d'inclusion et d'exclusion :             <ul style="list-style-type: none"> <li>› Inclusion : Homme et femmes de 65 ans et plus, polymédication (minimum 5 prescriptions actives, dont une de BZD), BZD délivrée pendant 3 mois consécutifs avant le dépistage et patient disposé à participer à l'étude</li> <li>› Exclusion : un diagnostic de maladie mentale grave ou de démence confirmée par la présence d'une prescription active d'antipsychotiques et / ou d'un inhibiteur de la cholinestérase ou de la mémantine au cours des 3 derniers mois., une impossibilité de communiquer en français ou en anglais, un score inférieur à 21 au MoCA, ainsi que le fait de vivre dans un établissement de longue durée.</li> </ul> </li> </ul>



<b>Considérations éthiques</b>	<p>L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Le protocole de l'étude été approuvé le 26 juillet 2009 par le Comité d'éthique de la recherche du Centre de recherche de l'Institut universitaire de géographie de Montréal, au Canada.</li> </ul>
<b>Devis de recherche</b>	<p>Le devis utilisé permet-il que l'étude atteigne son but ? la méthode de recherche choisie est-elle conciliable avec les outils de collecte des données proposés ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Il s'agit ici d'un essai contrôlé randomisé à deux bras. Le fait d'avoir un groupe contrôle permet aux auteurs d'avoir une comparaison afin de savoir si leurs hypothèses correspondent aux résultats. Y a-t-il suffisamment de temps passé sur le terrain et auprès des participants ?</li> <li>– Cet élément n'est pas précisé.</li> </ul>
<b>Modes de collectes de données</b>	<p>Les outils de mesure sont-ils clairement décrits et permettent-ils de mesurer les variables ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Plusieurs questionnaires ont été utilisés, notamment dans la collecte de données, afin de savoir si les participants entraient dans leur cadre d'étude. Certains questionnaires étaient utilisés de manière ponctuelle, comme le MoCA, tandis que d'autres étaient utilisés de manière plus régulière, comme le GAI ou encore l'échelle de la dépression. Cependant, ces questionnaires ne sont pas décrits en détail.</li> </ul> <p>L'auteur indique-t-il si les instruments ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Les auteurs ne mentionnent pas avoir créé d'outil pour l'étude.</li> </ul>
<b>Conduite de la recherche</b>	<p>Le processus de collecte des données/enregistrement est-il décrit clairement ?</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Les participants ont été abordés au travers de quatre pharmacies, suite à une analyse des critères d'inclusion et d'exclusion pour chaque personne. Les participants du groupe d'intervention recevront une intervention éducative détaillant les risques et les alternatives sûres à leur traitement actuel, potentiellement inapproprié, tandis que le groupe de contrôle sera inscrit sur la liste d'attente pour l'intervention pendant 6 mois et recevra les soins habituels pendant cette période. Suite à l'envoi par lettre d'une brochure éducative, les participants auront des suivis téléphoniques, de 5 à 10 min, une semaine, un mois, six mois et un an après l'intervention.</li> </ul> <p>Les données ont-elles été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Un statisticien a été responsable de rendre l'étude aveugle ; il a déterminé quelles pharmacies allaient être dites de contrôle et quelles pharmacies feront partie de l'intervention. Donc oui, du personnel compétent à travailler dans cette étude.</li> </ul> <p>Cependant, comme il s'agit d'une intervention éducative, il n'est pas possible de l'aveugler, mais des mesures supplémentaires ont été prises afin de diminuer le risque de biais. Les participants recevront une lettre pouvant contenir des recommandations à un changement, afin de discuter avec un professionnel. De plus, les pharmacies savent qu'une intervention aura peut-être lieu auprès des clients de leur établissement afin de diminuer ces traitements, mais ils n'ont pas la certitude que ce sera fait dans cette pharmacie. Les pharmacies étant assez éloignées géographiquement, elles n'ont aucune raison d'interagir l'une avec l'autre.</p>
--	---

<b>Analyse des données</b>	<p>Les méthodes d'analyse sont-elles décrites ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Oui, les auteurs ont procédé de la manière suivante : Le taux d'abandon / réduction de la dose chez les participants du groupe expérimental sera comparé au taux d'abandon / réduction de la dose chez les participants du groupe témoin. De cette manière, un taux absolu d'abandon attribuable à l'intervention pourra être déterminé.</li> </ul> <p>Le résumé des résultats est-il compréhensible et met-il en évidence les extraits rapportés ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Il n'existe pas de résumé de résultats dans la partie méthodologie pour cet article.</li> </ul>
<b>RESULTATS</b>	
<b>Présentation des résultats</b>	<p>Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures, graphiques ou modèles ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Oui, les certains aspects des résultats sont présentés sous format tableau</li> </ul> <p>Les thèmes ou les modèles sont-ils logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Oui, les différents points susceptibles d'être modifiés, suite à l'intervention, sont mis en avant et comparés sur plusieurs temps.</li> </ul> <p>Les résultats sont-ils résumés par un texte narratif ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Oui, en plus des tableaux, il y a un texte narratif.</li> </ul> <p>L'auteur a-t-il fait évaluer les données par les participants ou par des experts ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Cela n'est pas cité dans l'étude.</li> </ul>
<b>DISCUSSION</b>	
<b>Interprétations des résultats</b>	<p>Les résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou hypothèses ? Les résultats concordent-ils avec les études antérieures</p>

	<p>menées sur le même sujet ? Sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Les auteurs ne font pas de comparaison avec d'autres études car, par rapport aux études précédentes, cet essai ciblait exclusivement les personnes âgées de plus de 65 ans, examinait l'autonomie du patient comme moyen d'initier une prise de décision partagée concernant des médicaments potentiellement nocifs, et abordait la question du point de vue du patient plutôt que du médecin.</li> </ul> <p>Les limites de l'étude ont-elles été définies ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Oui, les auteurs mettent en avant les forces et faiblesses de l'étude menée. <ul style="list-style-type: none"> <li>› Points forts : le recrutement systématique réalisé par les pharmacies, la mise en aveugle de l'hypothèse de l'étude et l'évaluation objective des taux d'arrêt des TTT</li> <li>› Points faibles : le délai de 6 mois pour la communication des résultats, échantillon faible et excluant les personnes ayant une déficience cognitive</li> </ul> </li> </ul> <p>Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Oui, la conclusion résume dans les grandes lignes les résultats.</li> </ul> <p>Soulève-t-on la question du caractère transférable des conclusions ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Oui, les auteurs ont mis en avant, grâce à des analyses de sous-groupes, qu'aucune interaction significative n'a été observée entre l'attribution de l'intervention et les caractéristiques du participant, ce qui suggère que l'effet de l'intervention était robuste pour différentes caractéristiques prédictives. Les auteurs disent que la brochure utilisée pourrait être distribuée d'une manière plus ample, comme par exemple, sur internet ou encore dans d'autres environnements que la pharmacie.</li> </ul>
--	--

<b>Conséquences et recommandations</b>	<p>Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ? L'auteur a-t-il précisé les conséquences des résultats ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Les résultats mettent en avant qu'il est possible de diminuer la consommation des BZD, afin d'en diminuer les effets négatifs, c'est pourquoi, pour les consommateurs, la qualité de vie s'améliorera.</li> </ul> <p>L'auteur fait-il des recommandations/applications pour la pratique et les recherches futures ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Les auteurs ne mentionnent aucune recommandation ou application pour des recherches futures.</li> </ul> <p>Les données sont-elles suffisamment riches pour appuyer les conclusions ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Oui, les auteurs considèrent que les résultats sont fiables et cohérents.</li> </ul>
--	--

Reeve, E., Ong, M., Wu, A., Jansen, J., Petrovic, M., & Gnjjidic, D. (2017). A systematic review of interventions to deprescribe benzodiazepines and other hypnotics among older people. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 73(8), 927-935. doi :10.1007/s00228-017-2257-8

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
<b>Titre</b>	<p>Le titre précise-t-il clairement les concepts clés et la population à l'étude ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Oui, le titre précise les concepts clés. Il s'agit d'une revue systématique qui recense les interventions visant à réduire les benzodiazépines et autres hypnotiques chez les personnes âgées.</li> </ul>
<b>Résumé</b>	<p>Le résumé synthétise clairement le résumé de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– <b>Problème</b> : Les benzodiazépines sont des médicaments efficaces contre l'insomnie et l'anxiété, mais elles sont couramment utilisées au-delà des délais de traitement recommandés, ce qui peut entraîner des effets indésirables du médicament. L'objectif de cette revue systématique était d'évaluer de manière critique le succès des interventions visant à réduire l'utilisation des benzodiazépines et des médicaments Z, ainsi que l'impact de ces interventions sur les résultats cliniques chez les personnes âgées.</li> <li>– <b>Méthode</b> : Une recherche a été effectuée dans les publications PubMed, Embase, Informit, International Pharmaceutical Abstracts, Scopus, PsychINFO, le registre central des essais contrôlés de Cochrane (CENTRAL) et CINAHL. Les études menées chez les adultes âgés (<math>\geq 65</math> ans) et publiées entre janvier 1995 et juillet 2015 ont été incluses. Deux auteurs ont indépendamment passé en revue l'éligibilité de tous les articles et extrait les données.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>– <b>Résultats :</b> Sept études sur le sevrage des benzodiazépines et du médicament Z ont été identifiées. Les taux d'abandon des benzodiazépines étaient de 64,3% dans une étude utilisant la substitution pharmacologique par la mélatonine et de 65,0% dans une étude utilisant une intervention ciblée sur le médecin généraliste. Des interventions mixtes comprenant l'éducation du patient et la réduction progressive (n = 2), la substitution pharmacologique au soutien psychologique (n = 1) et la réduction progressive au soutien psychologique (n = 1) ont donné des taux de cessation allant de 27,0 à 80,0%. Cinq études ont mesuré les résultats cliniques après l'arrêt du traitement par benzodiazépine. La plupart (n = 4) n'ont observé aucune différence dans la prévalence des symptômes de sevrage ou de la qualité du sommeil, alors qu'une étude a montré une dégradation de la qualité de vie chez les patients qui continuaient de prendre de la benzodiazépine par rapport à ceux qui arrêtaient le traitement pendant 8 mois.</li> <li>– <b>Conclusion :</b> Les données actuelles montrent que le sevrage des benzodiazépines est réalisable chez les personnes âgées, mais les taux de sevrage varient en fonction du type d'intervention. Comme les avantages et la durabilité de ces interventions ne sont pas clairs, d'autres études devraient être menées pour évaluer cela.</li> </ul>
<b>INTRODUCTION</b>	
<b>Problème de la recherche</b>	<p>Le problème/phénomène à l'étude est-il clairement formulé et circonscrit ? Que s'agit-il d'étudier ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Depuis plusieurs décennies, les benzodiazépines (BZD) ont été utilisées en pratique clinique pour la gestion des troubles du sommeil et de l'anxiété [1].</li> </ul>

	<p>Les médicaments BZD et Z sont des traitements pharmacologiques efficaces ; Cependant, on s'inquiète de l'utilisation à long terme, qui, malgré l'hétérogénéité de la qualité des preuves existantes, a été associée à des effets néfastes tels que la toxicomanie, les chutes et les fractures avec quelques données d'observation à l'appui, cette utilisation à long terme pourrait avoir un effet néfaste sur la cognition et un risque accru de maladie d'Alzheimer. L'utilisation prolongée de BZD est particulièrement préoccupante chez les personnes âgées, car les personnes âgées ont un risque plus élevé de dommages liés aux médicaments en raison de modifications pharmacocinétiques et pharmacodynamiques liées à l'âge, de multi-morbidité (<math>\geq 2</math> états pathologiques chroniques) et de poly médication (<math>\geq 5</math> médicaments).</p> <p>Le problème/phénomène est-il pertinent /approprié dans le contexte des connaissances actuelles ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Oui, plusieurs études mettent en avant les effets néfastes des benzodiazépines. Les directives de traitement recommandent que les BZD soient utilisés par intermittence pendant moins de 2 semaines dans le traitement de l'insomnie et ne doivent pas être utilisés pendant plus de 6 semaines (y compris la réduction progressive avant retrait) dans le traitement de l'anxiété. Cependant, la plupart des études observationnelles ont montré qu'une proportion significative d'adultes plus âgés utilisent les BZD de manière chronique.</li> </ul> <p>Le problème/phénomène a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée ? Les postulats sous-jacents à l'étude sont-ils précisés ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Cette étude a une signification particulière pour la discipline concernée car la</li> </ul>
--	--



	<p>diminution de la consommation de benzodiazépines engendrerait une baisse des préjudices physiques et psychiques chez les consommateurs.</p>
<b>Recension des écrits</b>	<p>Une recension a-t-elle été entreprise ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Oui, les auteurs s'appuient sur plusieurs études mentionnées.</li> </ul> <p>La recension des écrits vous semble-t-elle présenter une base solide pour l'étude ? L'auteur présente-il l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème à l'étude ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Oui, la recension synthétise l'état actuel de la question liée au problème de recherche car cette revue mentionne plusieurs autres études avec la thématique principale. De plus, la recension nous semble être une base solide pour l'étude car les auteurs mentionnent une vingtaine d'articles s'intéressant aux concepts clés.</li> </ul> <p>La recension présente t'elle des sources primaires ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Oui, la recension présente différentes sources primaires.</li> </ul>
<b>Cadre de recherche</b>	<p>Les concepts clés sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ? Est-il justifié et décrit de façon adéquate ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Oui, les concepts sont mis en évidence et étayés à partir de la littérature scientifique. Les concepts identifiés sont les suivants : <ul style="list-style-type: none"> <li>› Benzodiazépines</li> <li>› Médicaments Z</li> <li>› Personnes âgées</li> <li>› Déprescription</li> </ul> </li> </ul> <p>Est-ce que les concepts clés s'inscrivent-ils dans un cadre de référence ? Est-il lié au but de l'étude ? Les bases philosophiques et théoriques ainsi que la méthode sous-jacente sont-elles explicitées et appropriées à l'étude ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Les concepts clés sont liés au but de l'étude étant donné qu'il s'agit de la consommation de benzodiazépines et des</li> </ul>

	interventions pouvant diminuer cette dernière.
<b>Buts et question de recherche</b>	<p>Le but de l'étude est-il énoncé de façon claire et concise ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Le but de l'étude est clairement énoncé. L'objectif de cette revue systématique était d'évaluer de manière critique le succès des interventions visant à réduire l'utilisation des benzodiazépines et des médicaments Z, ainsi que l'impact de ces interventions sur les résultats cliniques chez les personnes âgées.</li> </ul> <p>Les questions de recherche ou les hypothèses, dont les variables clés et la population à l'étude, sont-elles clairement énoncées ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Les hypothèses ne sont pas clairement énoncées mais nous pouvons néanmoins les deviner. Il s'agit de la diminution de la consommation de benzodiazépines chez les personnes âgées.</li> </ul> <p>Les questions de recherche ou les hypothèses reflètent-elles le contenu de la recension des écrits et découlent-elles logiquement du but ? Traitent-elles de l'expérience des participants, des croyances, des valeurs ou des perceptions ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Les données actuelles montrent que le sevrage des benzodiazépines est réalisable chez les personnes âgées mais les taux de sevrage varient en fonction du type d'intervention.</li> </ul>
<b>METHODE</b>	
<b>Population et échantillon</b>	<p>La population visée est-elle définie de façon précise ? L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillée ? La méthode utilisée pour accéder au site ou recruter les participants est-elle appropriée ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Étant une revue systématique, l'article n'a pas de population en tant que tel. Cependant, la revue se base sur des études contrôlées randomisées qui ont été menées chez les adultes âgés de plus de 65 ans.</li> </ul>

	<p>Dans le plan d'échantillonnage, l'auteur a-t-il envisagé des moyens d'accroître la représentativité de l'échantillon ? La méthode d'échantillonnage utilisée a-t-elle permis s'ajouter des renseignements significatifs et d'atteindre les objectifs visés ? Est-elle justifiée sur la base statistique ou par une saturation des données ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– L'échantillon n'a pas de bases statistiques mais l'étude s'intéresse aux études contrôlées randomisées publiées en anglais entre janvier 1995 et juillet 2015. Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ? Est-elle justifiée sur une base statistique ?</li> <li>– Cet élément n'est pas précisé dans l'étude.</li> </ul>
<b>Considérations éthiques</b>	<p>Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Ces éléments ne sont pas mentionnés.</li> </ul>
<b>Devis de recherche</b>	<p>Le devis utilisé permet-il que l'étude atteigne son but ? la méthode de recherche choisie est-elle conciliable avec les outils de collecte des données proposés ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Cet article rassemble sept essais contrôlés randomisés sur le sevrage des benzodiazépines et des médicaments Z. Pour trouver ces études, les auteurs se sont rendus sur différentes bases de données (PubMed, PsychINFO, CINAHL, le registre central des essais contrôlés Cochrane, EMBASE, Informit) et y ont introduit les mots clés suivant : « benzodiazépine », « médicaments z », « sédatifs », « zolpidem », « zolpiclone », « diminution », « déprescription », « personnes âgées ». Le fait que les auteurs aient effectué leurs recherches sur plusieurs bases de données est une plus-value pour l'étude.</li> </ul> <p>Le devis fournit-il un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses ?</p>

	<p>Le choix du devis permet-il de respecter les critères scientifiques ? (Véracité-applicabilité-consistance-Neutralité)</p> <p>La méthode de recherche proposée est-elle appropriée à l'étude du problème posé ?</p> <p>Y a-t-il suffisamment de temps passé sur le terrain et auprès des participants ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– S'agissant d'une revue systématique, il n'est pas possible de répondre à ces questions.</li> </ul>
<b>Modes de collectes de données</b>	<p>Les outils de mesure sont-ils clairement décrits et permettent-ils de mesurer les variables ?</p> <p>Les questions de recherche ont-elles été bien posées ou les observations du phénomène, bien ciblées ? Ont-elles été rigoureusement consignées par la suite ?</p> <p>L'auteur indique-t-il si les instruments ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Les titres et les résumés générés par la stratégie de recherche ont été examinés indépendamment par deux auteurs afin d'identifier les articles éligibles. Puis, la lecture de ces articles a été approfondie dans le but d'évaluer le contenu. Lorsque l'éligibilité et la pertinence des articles n'étaient pas claires, le sujet a été discuté avec les auteurs principaux.</li> </ul>
<b>Conduite de la recherche</b>	<p>Le processus de collecte des données/enregistrement est-il décrit clairement ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Oui, le processus de collecte des données est clairement expliqué.</li> </ul> <p>Les données ont-elles été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Oui, les auteurs ont utilisé l'outil <i>Cochrane Collaboration</i>.</li> </ul> <p>Si l'étude comporte une intervention (variable indépendante), celle-ci est-elle clairement décrite et appliquée de façon constante ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Le type d'article ne permet pas de répondre à cette question.</li> </ul>

<b>Analyse des données</b>	<p>Les méthodes d'analyse sont-elles décrites ?</p> <p>Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont-ils pris en considération dans les analyses ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Ceci n'est pas mentionné.</li> </ul> <p>Le résumé des résultats est-il compréhensible et met-il en évidence les extraits rapportés ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– La partie méthode ne contient pas de résumé des résultats.</li> </ul> <p>Les thèmes font-ils ressortir adéquatement la signification des données ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Oui, la signification est cohérente.</li> </ul>
<b>RESULTATS</b>	
<b>Présentation des résultats</b>	<p>Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures, graphiques ou modèles ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Oui, les résultats sont d'abord présentés sous forme de texte puis sous forme de tableaux.</li> </ul> <p>Les résultats sont-ils résumés par un texte narratif ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Oui. Au total, 5063 articles uniques ont été extraits des bases de données électroniques. Après avoir exclu les articles ne remplissant pas les critères d'inclusion, sept études ont été incluses pour évaluation (Fig. 1). Une des sept études portait sur une intervention ciblée sur un généraliste, une autre avait été testée en substitution pharmacologique et les quatre autres étaient des interventions mixtes comprenant une substitution pharmacologique temporaire avec un support psychologique (n = 2), une réduction progressive avec un support psychologique (n = 1) et une réduction progressive éducation du patient (n = 2). Ces études ont été menées en Belgique (n = 3), au Canada (n = 1), en Finlande (n = 1), en Irlande (n = 1) et en Espagne (n = 1).</li> </ul> <p>L'auteur a-t-il fait évaluer les données par les participants ou par des experts ?</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Cela n'est précisé.</li> </ul>
<b>DISCUSSION</b>	
<b>Interprétations des résultats</b>	<p>Les résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou hypothèses ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Les résultats sont interprétés en fonction du type d'intervention.</li> </ul> <p>Les limites de l'étude ont-elles été définies ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Oui, les limites ont été définies. Limiter la stratégie de recherche aux personnes de plus de 65 ans signifiait qu'un certain nombre d'études menées auprès d'une population plus large comprenant une sous-analyse des personnes âgées pourraient avoir été omises. De plus, la plupart des études ont eu un suivi plutôt à court terme avec seulement trois études suivies par des patients pendant un an. Par conséquent, la durabilité et l'impact des interventions à long terme ne sont toujours pas clairs. Il était difficile de comparer la qualité entre les études car le type d'intervention et les résultats mesurés variaient. Par exemple, un certain nombre d'études ont mesuré la qualité du sommeil en tant que résultat, tandis que d'autres ont mis l'accent sur la réduction de l'utilisation de BZD.</li> </ul> <p>Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Oui, la conclusion résume dans les grandes lignes les résultats.</li> </ul> <p>Soulève-t-on la question du caractère transférable des conclusions ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Non</li> </ul>
<b>Conséquences et recommandations</b>	<p>Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ? L'auteur a-t-il précisé les conséquences des résultats ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'auteur ne l'a pas mentionné.</li> </ul>

	<p>L'auteur fait-il des recommandations/applications pour la pratique et les recherches futures ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Les futures études devraient porter sur les avantages du sevrage et sur la manière de minimiser les inconvénients, ainsi que sur les analyses coûts-avantages (par exemple, en considérant le coût des ressources et du soutien, telles que des interventions psychologiques). De plus, des recherches supplémentaires sont nécessaires sur la manière dont les professionnels de la santé devraient discuter de la déprescription des BZD et des médicaments Z pour optimiser les soins centrés sur le patient.</li> </ul> <p>Les données sont-elles suffisamment riches pour appuyer les conclusions ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Selon les auteurs, des études supplémentaires sont nécessaires.</li> </ul>
--	---

Gould, R. L., Coulson, M. C., Patel, N., Highton-Williamson, E., & Howard, R. J. (2014). Interventions for reducing benzodiazepine use in older people: Meta-analysis of randomised controlled trials. *British Journal of Psychiatry*, 204(2), 98-107. doi :10.1192/bjp.bp.113.126003

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
<b>Titre</b>	<p>Le titre précise-t-il clairement les concepts clés et la population à l'étude ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Oui, le titre précise la population étudiée, il s'agit de personnes âgées. De plus, il évoque le concept des benzodiazépines dont l'objectif est de réduire leur utilisation par le biais d'interventions. Cependant, celles-ci ne sont pas précisées dans le titre. Cet article de recherche concerne une méta-analyse d'essais contrôlés randomisés.</li> </ul>
<b>Résumé</b>	<p>Le résumé synthétise clairement le résumé de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?</p> <p>Oui, le résumé est présent et synthétise clairement l'étude en y intégrant :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– <b>Contexte</b> : L'utilisation de benzodiazépines a été déconseillée chez les personnes âgées, mais les taux de prévalence restent élevés.</li> <li>– <b>Objectifs</b> : Examiner les preuves d'interventions visant à réduire l'utilisation de benzodiazépines chez les personnes âgées.</li> <li>– <b>Méthode</b> : réaliser une revue systématique, une évaluation du risque de biais et des méta-analyses d'essais contrôlés randomisés d'essais de sevrage et d'interventions de prescription de benzodiazépines.</li> <li>– <b>Résultats</b> : Dix études de sevrage et huit études de prescription répondaient aux critères d'inclusion. Après l'intervention, des probabilités beaucoup plus élevées de ne pas utiliser de benzodiazépines ont été observées lors d'un sevrage sous</li> </ul>



	<p>surveillance avec psychothérapie (odds ratio (OR) = 5,06, IC à 95% de 2,68 à 9,57, P &lt;0,00001) et d'un retrait avec interventions de prescription (OR = 1,43, 95 % IC 1,02–2,02, p = 0,04) par rapport aux interventions de contrôle, traitement habituel (TAU), placebo pour l'éducation, sevrage avec ou sans placebo, ou psychothérapie seule. Des probabilités beaucoup plus élevées de ne pas utiliser de benzodiazépines ont également été trouvées pour les interventions de prescription multidimensionnelles (OR = 1,37, IC 95% 1,10–1,72, P = 0,006) par rapport aux interventions de contrôle (TAU et prescription d'un placebo).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– <b>Conclusion</b> : Un sevrage supervisé en benzodiazépine associé à une psychothérapie doit être envisagé chez les personnes âgées, bien que des raisons pragmatiques puissent nécessiter l'examen d'autres stratégies telles que l'examen des médicaments.</li> </ul>
<b>INTRODUCTION</b>	
<p><b>Problème de la recherche</b></p>	<p>Le problème/phénomène à l'étude est-il clairement formulé et circonscrit ? Que s'agit-il d'étudier ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Oui, dans l'introduction les auteurs explique pour quelle raison l'utilisation à long terme de benzodiazépine a été déconseillé chez les personnes âgées. De plus, il avance que la prévalence de l'utilisation de benzodiazépines reste élevée chez la personne âgée et que celle-ci peut continuer de rester élevée en fonction de nombreuses raisons. Celles-ci comprenant un manque perçu de traitements alternatifs fondés sur des preuves, les problèmes de dépendance physiologique et psychologique des personnes âgées, leur réticence à arrêter l'utilisation des benzodiazépines. Par conséquent, les interventions visant à</li> </ul>

	<p>réduire l'utilisation de benzodiazépines en aidant les patients peuvent contribuer à réduire les taux de prévalence chez les personnes âgées.</p> <p>Le problème/phénomène est-il pertinent /approprié dans le contexte des connaissances actuelles ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le problème est pertinent dans le contexte des connaissances actuelles en réalisant une vue d'ensemble des recherches effectuées en lien avec cette problématique, plus précisément des interventions mise en place chez la population ayant une consommation chronique de benzodiazépines dans le but d'effectuer un sevrage.</li> </ul> <p>Le problème/phénomène a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Oui, car l'objectif de la recherche découle d'une certaine incohérence dans les études effectués.</li> </ul>
<p><b>Recension des écrits</b></p>	<p>Une recension a-t-elle été entreprise ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Oui les auteurs mentionnent plusieurs études.</li> </ul> <p>La recension des écrits vous semble-t-elle présenter une base solide pour l'étude ? L'auteur présente-il l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème à l'étude ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Comme cité précédemment, l'article en question réalise une vue d'ensemble au sujet de la question des interventions visant à réduire la consommation de benzodiazépines. La recension des écrits permet d'avoir une base de plusieurs études afin de mettre en avant divers aspects tels que :</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; L'utilisation de benzodiazépines chez la personne âgée, sa prévalence et les critères d'une utilisation inappropriée de ces dernières.</li> <li>&gt; Les effets néfastes d'une utilisation chronique de benzodiazépines chez la personne âgée.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>› Les raisons pour lesquelles leur utilisation continue d'être élevée.</li> <li>› L'utilisation de différentes approches dont leur but est de proposer un sevrage.</li> <li>› La mise en évidence de ce différentes approches dans des contexte de soins différents.</li> <li>› Les différences qui existent entre les échantillonnages.</li> </ul> <p>La recension présente t'elle des sources primaires ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Oui, ils mentionnent notamment l'échelle de critère de Beers de l'American Geriatrics Society 2012.</li> </ul>
<b>Cadre de recherche</b>	<p>Les concepts clés sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ? Est-il justifié et décrit de façon adéquate ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– On peut mettre en évidence un cadre conceptuel qui permet une lecture de l'ensemble des connaissances qui ont un rapport avec le phénomène étudié. Celui-ci met en évidence les différents concepts et les idées directrices de l'étude. Les concepts mis en évidence sont les suivants :</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>› Benzodiazépines</li> <li>› Intervention visant à réduire leur consommation</li> <li>› Le vieillissement</li> </ul>
<b>Buts et question de recherche</b>	<p>Le but de l'étude est-il énoncé de façon claire et concise ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Le but de l'étude est énoncé de manière claire, celui-ci étant de clarifier l'efficacité des interventions visant à réduire l'utilisation de benzodiazépines spécifiquement chez les personnes âgées.</li> </ul> <p>Les questions de recherche ou les hypothèses, dont les variables clés et la population à l'étude, sont-elles clairement énoncées ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Les objectifs de la recherche découlent des diverses hypothèses émit dans la</li> </ul>

	<p>partie introduction. Ils sont clairement énoncés à la fin de l'introduction.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Premièrement, de procéder à un examen systématique et critique des données probantes tirées d'essais contrôlés randomisés (ECR) sur la réduction de l'utilisation de benzodiazépines chez les personnes âgées dans divers contextes (patients hospitalisés, patients externes, patients communautaires et patients, les foyers de soins).</li> <li>– Deuxièmement, comparer l'efficacité de différents types d'interventions pour réduire l'utilisation de benzodiazépines</li> <li>– Troisièmement, examiner la persistance d'effets d'intervention bénéfiques lors du suivi à court terme (0,5 à 3 mois) et à long terme (12 mois).</li> <li>– Les variables ne sont pas notifiées de manière précise dans cette partie de la recherche.</li> </ul> <p>Les questions de recherche ou les hypothèses reflètent-elles le contenu de la recension des écrits et découlent-elles logiquement du but ? Traitent-elles de l'expérience des participants, des croyances, des valeurs ou des perceptions ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Les objectifs de l'étude reflètent les hypothèses qui ont émané de la recension des écrits. Les auteurs mettent en évidence la populations ciblée et les connaissances actuelles qui les ont amenés à formuler certaines hypothèses notamment l'importance pour les auteurs de clarifier l'efficacité des intervention spécifiquement chez les personnes âgées. En effet, les auteurs émettent plusieurs hypothèses directement liés tels que : <ul style="list-style-type: none"> <li>› Les interventions de sevrage peuvent réussir mieux chez les personnes âgées en raison de processus physiologiques liés à l'âge.</li> <li>› D'autre part, il se peut que l'efficacité des interventions soit réduite chez les personnes âgées en raison de la problèmes de dépendance tels que le</li> </ul> </li> </ul>
--	---

	<p>manque de motivation pour réduire médicament.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>› Les interventions de sevrage faisant appel à une psychothérapie pourraient être moins efficaces chez les personnes âgées en raison de la difficulté à faire face à des troubles sous-jacents chroniques tels que l'anxiété ou l'insomnie.</li> <li>– En effet, dans les connaissances actuelles, la mesure dans laquelle les conclusions des études de sevrage et de prescription s'appliquent spécifiquement aux personnes âgées est incertaine, la majorité des études ayant utilisé une vaste tranche d'âge. Il existe certes des incohérences dans la littérature concernant l'influence de l'âge sur les résultats liés aux benzodiazépines : par exemple, certaines études ont indiqué des résultats plus favorables pour les personnes plus âgées que les jeunes, 28–31 ans, tandis que d'autres ont indiqué des résultats moins favorables (Ashton H. 1987). D'autres études encore n'ont rapporté aucun effet de l'âge, 36–42 ans, bien que le degré de puissance de certaines d'entre elles pour détecter un effet ne soit pas clair en raison du fait que les tranches d'âge n'ont pas été déclarées Gorgels W, Oude Voshaar RC, Mol AJJ, van de Lisdonk EH, van Balkom A, Breteler MHM, et al. 2006 ; Oude Voshaar RC, Gorgels WJM, Mol AJJ, Van Balkom AJLM, Van de Lisdonk EH, Breteler MHM, et al. 2003 ; Ten Wolde GB, Dijkstra A, Van Empelen P, van den Hout W, Neven AK, Zitman F. 2008 ; Tyrer P, Owen R, Dawling S. 1983). De plus, les aspect liés au contexte notifié dans la recension des écrits amènent les auteurs de la recherche à s'intéresser aux divers contextes de soins.</li> </ul>
--	--

<b>METHODE</b>	
<b>Population et échantillon</b>	<p>La population visée est-elle définie de façon précise ? L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillée ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Les critères d'âge ont été choisis pour refléter les définitions officielles de « personnes âgées » et parce que des taux de prévalence plus élevés d'utilisation de benzodiazépines ont été rapportés dans ce groupe d'âge. Des analyses spécifiques ont été rapportées. Les études qui n'ont pas indiqué l'âge moyen ou minimum n'ont été incluses que si l'environnement était exclusivement réservé aux personnes âgées, comme un foyer de soins. Les études ont été exclues si les données étaient insuffisantes pour permettre le calcul de la taille de l'effet ou si le nombre de participants dans chaque condition était inférieur à cinq.</li> </ul> <p>Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– L'échantillon a été défini en fonction des articles retenus.</li> </ul>
<b>Considérations éthiques</b>	<p>Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Aucune donnée n'est précisée quant à la sauvegarde des droits des participants.</li> </ul>
<b>Devis de recherche</b>	<p>Le devis utilisé permet-il que l'étude atteigne son but ? la méthode de recherche choisie est-elle conciliable avec les outils de collecte des données proposés ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– L'étude est une méta-analyse d'essais contrôlés randomisés.</li> <li>– Les études ont été incluses si elles répondaient aux critères suivants : <ul style="list-style-type: none"> <li>› L'étude était un ECR parallèle évalué par des pairs, un ECR en cluster (avec plus de deux clusters) ou un RCT croisé (avec des données disponibles pour des périodes distinctes de croisement) ;</li> </ul> </li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>› Un objectif principal ou secondaire était de réduire l'utilisation de benzodiazépines par des interventions de sevrage ou des interventions visant à modifier la prescription de benzodiazépines ;</li> <li>› L'intervention a été comparée à un contrôle non actif, tel qu'une liste d'attente ou un traitement habituel (TAU), ou à un contrôle actif (par exemple, un placebo en pilule, un placebo de soutien social / conversation / éducation ou une psychothérapie seule) ;</li> <li>› L'âge moyen, médian ou modal des participants à l'étude était de 60 ans ou plus, l'âge minimum des participants étant de 50 ans.</li> </ul> <p>Le devis fournit-il un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses ?  Le devis utilisé permet au travers l'analyse de plusieurs articles d'examiner les objectifs de l'étude, explicité précédemment.</p> <p>Le choix du devis permet-il de respecter les critères scientifiques ? (Véracité-applicabilité-consistance-Neutralité)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Les études ont été examinées indépendamment et sélectionnées si elles étaient considérées comme répondant aux critères d'inclusion par trois auteurs. La qualité de l'étude dans cinq domaines de biais connus pour affecter les résultats cliniques (génération de séquence, dissimulation d'allocation, masquage des évaluateurs de résultat, données de résultat incomplètes et compte rendu de résultat sélectif) a été évaluée à l'aide d'un outil de gestion du risque de biais recommandé par la Collaboration Cochrane. Les biais dans chaque domaine (c'est-à-dire s'ils étaient adéquats, partiellement adéquats ou insuffisants / non clairs) ont été évalués de manière indépendante et aveuglément par les trois mêmes auteurs pour chaque étude.</li> </ul>
--	--

	<p>La méthode de recherche proposée est-elle appropriée à l'étude du problème posé ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Oui, car celle-ci permet de mettre en avant les connaissances actuelles du plus haut niveau de preuve afin de répondre aux objectifs de l'étude.</li> </ul>
<b>Modes de collectes de données</b>	<p>Les outils de mesure sont-ils clairement décrits et permettent-ils de mesurer les variables ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– La méthode pour accéder à différentes recherches est explicitée de manière précise. Les bases de données suivantes ont été consultées ; Medline, EMBASE, PsycINFO, Web of Knowledge et le registre central des essais contrôlés de la collaboration Cochrane. De plus, des études ont également été identifiées à partir de citations dans des études, revues et méta-analyses d'interventions visant à réduire l'utilisation de benzodiazépines chez les adultes de tout âge.</li> </ul>
<b>Conduite de la recherche</b>	<p>Le processus de collecte des données/enregistrement est-il décrit clairement ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Le processus de collecte des données est décrit clairement, comme explicité précédemment.</li> </ul> <p>Les données ont-elles été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Les auteurs ont contacté ceux des autres études pour obtenir des informations complémentaires. Si nécessaire, les divergences ont été résolues par discussion et consensus des trois auteurs afin de minimiser les biais.</li> </ul> <p>De plus, un intervalle de confiance de 95% a été calculé pour chaque étude.</p>
<b>Analyse des données</b>	<p>Les méthodes d'analyse sont-elles décrites ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Des méta-analyses à effets aléatoires utilisant un estimateur DerSimonian &amp; Laird, basées sur des poids génériques de variance inverse, ont été réalisées à l'aide</li> </ul>



	<p>de la fonction « metan » dans Stata version 11.2 et de RevMan version 5.1 sur Windows.</p> <p>Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont-ils pris en considération dans les analyses ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Des méta-analyse distinctes ont été effectuées en fonction du type d'intervention, des différentes périodes d'évaluation</li> <li>– Enfin, des analyses de sensibilité ont été réalisées afin d'examiner la robustesse des résultats sans ajustement pour la mise en cluster au niveau individuel dans les ECR en grappes, en utilisant des analyses à effets fixes plutôt que des analyses à effet aléatoire et en excluant toute étude ayant reçu une évaluation inadéquate / peu claire zones de risque de biais.</li> <li>– Des analyses à priori de sous-groupes et de méta-régression ont été utilisées pour examiner si une hétérogénéité entre les études pouvait être expliquée par le type d'intervention dans les études de sevrage et de prescription. En outre, des analyses ont été effectuées pour deux autres variables (pathologie sous-jacente et cadre), comme recommandé par un relecteur anonyme.</li> </ul> <p>Le résumé des résultats est-il compréhensible et met-il en évidence les extraits rapportés ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Il ne figure pas de résumé des résultats dans cette partie de l'étude.</li> </ul>
<b>RESULTATS</b>	
<b>Présentation des résultats</b>	<p>Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures, graphiques ou modèles ? Les thèmes ou les modèles sont-ils logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Les résultats sont explicités à l'aide de tableaux, figures et graphiques. De plus,</li> </ul>

	<p>les résultats sont également présentés à l'aide d'un texte narratif séparé en plusieurs parties associées logiquement entre elles.</p> <p>L'auteur a-t-il fait évaluer les données par les participants ou par des experts ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Cette donnée ne figure pas dans l'étude.</li> </ul>
<b>DISCUSSION</b>	
<b>Interprétations des résultats</b>	<p>Les résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou hypothèses ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Les résultats sont interprétés en fonction de chaque intervention retrouvée dans les différentes études.</li> </ul> <p>Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le même sujet ? Sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Les résultats sont donnés en fonction des connaissances actuelles. Cependant, les auteurs mettent en avant que pour plusieurs situations aucune étude n'a évalué certains critères ce qui limite cette discussion. Cependant, la conclusion selon laquelle le sevrage sous surveillance avec psychothérapie était plus efficace que d'autres interventions de sevrage à court terme est conforme aux méta-analyses précédentes.</li> <li>– Les interventions à multiples facettes visant à modifier la prescription de benzodiazépines se sont avérées plus efficaces pour augmenter les chances de ne pas utiliser de benzodiazépines par rapport aux interventions à une seule facette. Cela concorde avec les conclusions d'un examen antérieur non systématique</li> <li>– Bien qu'aucune comparaison directe n'ait été faite entre les études sur les jeunes et les personnes âgées (ceci dépassait le cadre de la présente analyse), des similitudes ont été trouvées entre les résultats chez les personnes âgées et</li> </ul>

	<p>ceux de méta-analyses précédentes chez des adultes de tout âge.</p> <p>Les limites de l'étude ont-elles été définies ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Le petit nombre d'études en particulier lors du suivi a limité la force et la fiabilité des conclusions pouvant être tirées sur l'efficacité des interventions visant à réduire l'utilisation de benzodiazépines.</li> <li>– Des analyses de sous-groupes et de méta-régression ont examiné si une hétérogénéité entre les études pouvait être expliquée par le type d'intervention, la pathologie ou le cadre sous-jacent. Il n'a pas été possible d'examiner l'effet modérateur de la pathologie sous-jacente sur l'ampleur de l'effet dans les études de prescription, car cela était rarement rapporté.</li> <li>– En outre, les résultats doivent être interprétés avec prudence en raison du petit nombre d'études et du fait que les associations entre études peuvent différer de celles observées dans les études.</li> </ul> <p>Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Oui, les conclusions sont élaborées à la suite des résultats et selon un raisonnement logique.</li> </ul>
<p><b>Conséquences et recommandations</b></p>	<p>Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ? L'auteur a-t-il précisé les conséquences des résultats ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Les données examinées ici, même si elles sont limitées, suggèrent qu'un certain nombre de stratégies pourraient aider les personnes âgées à cesser de prendre des benzodiazépines: premièrement, un examen et une consultation des médicaments, ainsi qu'un calendrier de sevrage et une information sur la consommation de benzodiazépines (pour ceux prescrivant des benzodiazépines); et deuxièmement, la fourniture d'un programme de retrait supervisé</li> </ul>

	<p>accompagné d'une psychothérapie (principalement destiné à traiter la pathologie sous-jacente). Bien que les probabilités plus élevées de ne pas utiliser de benzodiazépines aient été trouvées avec la dernière stratégie, des raisons pragmatiques (telles que l'accès à une psychothérapie) peuvent signifier que la première stratégie est initialement privilégiée dans une approche de soins par étapes.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aucune étude à ce jour n'a cherché à savoir si la combinaison du retrait supervisé avec une psychothérapie (destinée aux patients) et des interventions de prescription variées telles que l'éducation, la révision des médicaments et le retour d'audit / prescription (visant les médecins, le personnel médical et les patients) pourrait améliorer les résultats cliniques chez les personnes âgées par rapport à l'une ou l'autre approche.</li> <li>- Les taux de prévalence des benzodiazépines restant élevés chez les personnes âgées, il est clairement nécessaire d'explorer plus avant les combinaisons d'interventions les plus efficaces pour réduire l'utilisation de benzodiazépines dans cette population.</li> </ul> <p>L'auteur fait-il des recommandations/applications pour la pratique et les recherches futures ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- À partir de cette méta-analyse, il n'est pas possible de déterminer si les effets bénéfiques du traitement étaient attribuables à la prise en compte de l'interprétation et de l'expérience des symptômes de sevrage, de la pathologie sous-jacente, ou des deux. Cependant, un ECR mené chez des adultes jeunes et âgés n'a montré aucune différence entre les taux d'arrêt du traitement par benzodiazépine entre sevrage progressif seul et sevrage progressif plus une TCC</li> </ul>
--	---

	<p>spécifiquement ciblée sur la dépendance / le sevrage plutôt que sur la pathologie sous-jacente. Cela suggère que le mécanisme clé du changement en psychothérapie les interventions pourraient cibler la pathologie sous-jacente plutôt que les problèmes de dépendance et de sevrage.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– Les résultats suggèrent en outre qu'une conception factorielle imbriquée dans un ECR, telle qu'une pathologie sous-jacente (insomnie v. Anxiété) par type d'intervention (sevrage avec psychothérapie v. Retrait avec pharmacothérapie), pourrait être inestimable pour résoudre ce problème. Les résultats de cette méta-analyse soulignent également la nécessité de multiplier les études visant à établir l'efficacité à long terme d'interventions spécifiques visant à réduire l'utilisation de benzodiazépines chez les personnes âgées.</li><li>– En outre, ils pourraient examiner les évaluations économiques du sevrage augmenté et des interventions de prescription multiformes pour déterminer si les coûts associés à la mise en œuvre de telles interventions l'emportent sur les améliorations des résultats cliniques.</li></ul>
--	--

Vicens, C., Bejarano, F., Sempere, E., Mateu, C., Fiol, F., Socias, I., ... Leiva, A. (2014). Comparative efficacy of two interventions to discontinue long-term benzodiazepine use: Cluster randomised controlled trial in primary care. *British Journal of Psychiatry*, 204(6), 471-479. doi :10.1192/bjp.bp.113.134650

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
<b>Titre</b>	<p>Le titre précise-t-il clairement les concepts clés et la population à l'étude ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Le titre évoque le concept des benzodiazépines et le but qui est d'interrompre leur utilisation à long terme en comparant l'efficacité de deux interventions sans les préciser. La population de l'étude n'est également pas spécifiée dans le titre.</li> </ul>
<b>Résumé</b>	<p>Le résumé synthétise clairement le résumé de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?</p> <p>Le résumé est distinctement séparé en plusieurs catégories comme suit :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– <b>Contexte</b> : Les benzodiazépines sont largement utilisées dans les soins primaires, mais leur utilisation à long terme est associée à des effets néfastes sur la santé et à la dépendance.</li> <li>– <b>Objectifs</b> : Analyser l'efficacité de deux interventions structurées en soins primaires pour permettre aux patients de cesser l'utilisation à long terme de benzodiazépines.</li> <li>– <b>Méthode</b> : Un essai contrôlé randomisé par grappes multicentriques à trois branches a été mené, avec une randomisation au niveau du médecin généraliste. Un total de 532 patients prenant des benzodiazépines pendant au moins 6 mois ont participé. Une fois tous les patients inclus, les médecins généralistes ont été affectés au hasard (1: 1: 1) aux soins habituels, à une intervention structurée avec visites de</li> </ul>

	<p>suivi (SIF) ou à une intervention structurée avec instructions écrites (SIW). Le critère d'évaluation principal était le dernier mois d'abandon auto-déclaré des benzodiazépines confirmé par les demandes de règlement à l'ordonnance à 12 mois.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– <b>Résultats :</b> À 12 mois, 76 des 168 patients (45%) du groupe ISW et 86 des 191 (45%) du groupe SIF avaient cessé de prendre des benzodiazépines, contre 26 des 173 (15%) du groupe témoin. Après ajustement par groupe, les risques relatifs d'arrêt du traitement benzodiazépine étaient de 3,01 (IC 95%: 2,03–4,46, <math>P &lt; 0,0001</math>) dans l'ISW et de 3,00 (IC 95%: 2,04–4,40, <math>P &lt; 0,0001</math>) dans le groupe SIF. Les symptômes de sevrage les plus fréquemment signalés étaient l'insomnie, l'anxiété et l'irritabilité.</li> <li>– <b>Conclusion :</b> Les deux interventions ont entraîné une réduction significative de l'utilisation à long terme de benzodiazépines chez les patients ne présentant pas de comorbidité grave. Une intervention structurée comportant une réduction écrite graduelle et individualisée de la dose prend moins de temps et est aussi efficace en soins primaires qu'une intervention plus complexe comportant des visites de suivi.</li> </ul>
<b>INTRODUCTION</b>	
<b>Problème de la recherche</b>	<p>Le problème/phénomène à l'étude est-il clairement formulé et circonscrit ? Que s'agit-il d'étudier ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Les benzodiazépines sont largement utilisées pour traiter les troubles de l'anxiété et du sommeil, en tant que traitement adjuvant chez les patients souffrant de dépression et en tant que relaxants musculaires. Bien que ces médicaments soient considérés comme efficaces et sûrs à court terme, leur</li> </ul>

	<p>utilisation à long terme est associée à des résultats défavorables pour la santé, notamment tolérance et dépendance, risque accru d'accidents de la route, chutes et fractures de la hanche chez les personnes âgées, ainsi que de troubles cognitifs et de la mémoire. Plus récemment, l'utilisation à long terme de benzodiazépines a été associée à la démence et mortalité globale. Bien que les directives cliniques internationales et les autorités médicales de nombreux pays recommandent de limiter la durée du traitement par benzodiazépines à quelques semaines seulement, la prévalence de l'utilisation à long terme reste largement répandue. Les taux sont plus élevés chez les personnes âgées, qui sont particulièrement vulnérables à leurs effets indésirables.</p> <p>Le problème/phénomène est-il pertinent /approprié dans le contexte des connaissances actuelles ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Oui, l'étude apporte des notions d'autres études pour appuyer les approches pédagogiques des médecins généralistes basées sur une réduction de dose progressive. (Vicens C, F Fiol, J Llobera, F Campoamor, C Mateu, Alegret S, et al. 2006 ; Oude Voshaar RC, Gorgels WJM, Mol AJJ, van Balkom AJLM, van de Lisdonk EH, Breteler MHM, et al. 2003). Il spécifie également sur la base d'autres études que l'arrêt de benzodiazépines ne provoque pas de détresse psychologique (Bashir K, King M, Ashworth M. 1994 ; Heather N, Bowie A, Ashton H, McAvoy B, Spencer I, Brodie J. 2004) et peut améliorer certains aspects de la cognition (Barker MJ, Greenwood KM, Jackson M, Crowe SF. 2004).</li> </ul> <p>Le problème/phénomène a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée ? Les postulats sous-jacents à l'étude sont-ils précisés ?</p>
--	--



	<ul style="list-style-type: none"> <li>– L'ampleur de ce problème est devenue un problème de santé dans la plupart des pays européens et de nombreux efforts ont été déployés pour élaborer des stratégies visant à réduire l'ampleur de l'utilisation de benzodiazépines.</li> </ul>
<b>Recension des écrits</b>	<p>Une recension a-t-elle été entreprise ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Oui, dans le cadre de cette étude les auteurs s'appuient sur différentes recensions des écrits issus de plusieurs auteurs afin d'avoir une vue d'ensemble de la problématique.</li> </ul> <p>La recension des écrits vous semble-t-elle présenter une base solide pour l'étude ? L'auteur présente-il l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème à l'étude ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Oui, car la recension des écrits permet de comprendre de quel point de départ est parti l'étude afin de réaliser sa recherche. De plus, elle permet de mettre en avant les enjeux qu'il y a autour de la consommation à long terme et de la mise en place d'intervention afin de la diminuer.</li> </ul> <p>La recension présente t'elle des sources primaires ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Non, la recension des écrits ne présente pas de sources primaire mais fait état de sources secondaires.</li> </ul>
<b>Cadre de recherche</b>	<p>Les concepts clés sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ? Est-il justifié et décrit de façon adéquate ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Les concepts clés ne sont pas défini de manière claire d'après un plan conceptuel. Cependant, les concepts suivants sont mis en évidence d'après la recension des écrits effectué : <ul style="list-style-type: none"> <li>› Benzodiazépine</li> <li>› Intervention éducative</li> <li>› Soins de santé primaire</li> </ul> </li> </ul>

<p><b>Buts et question de recherche</b></p>	<p>Le but de l'étude est-il énoncé de façon claire et concise ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Oui, les médecins généralistes disposent généralement de peu de temps pour consulter leurs patients et ont souvent des difficultés à gérer leur sevrage. Par conséquent, des efforts devraient être faits pour développer des interventions réalisables, efficaces, rapides et basées sur des preuves qui puissent être facilement mises en œuvre dans les soins primaires.</li> <li>– Les questions de recherche ou les hypothèses, dont les variables clés et la population à l'étude, sont-elles clairement énoncées ?</li> </ul> <p>Cette étude a évalué deux interventions : une intervention éducative structurée avec atténuation progressive appuyée par des visites de suivi bimensuelles et la même intervention éducative structurée soutenue par une instruction écrite plutôt que par des visites de suivi, nécessitant une implication moindre du médecin de famille.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Les questions de recherche ou les hypothèses reflètent-elles le contenu de la recension des écrits et découlent-elles logiquement du but ? Traitent-elles de l'expérience des participants, des croyances, des valeurs ou des perceptions ?</li> </ul> <p>L'objectif était de comparer l'efficacité de ces deux interventions à celle des soins habituels lors de l'arrêt du traitement à long terme par les benzodiazépines chez les patients de première ligne, dispensés au niveau du médecin généraliste. Nous avons également tenté de déterminer l'efficacité de chaque intervention par rapport aux caractéristiques du patient.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Les questions s'appuient-elles sur des bases philosophiques, sur la méthode de recherche sous-jacente ou sur le cadre conceptuel ou théorique ?</li> </ul>
---	---

<b>METHODE</b>	
<b>Population et échantillon</b>	<p>La population visée est-elle définie de façon précise ? L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillée ? La méthode utilisée pour accéder au site ou recruter les participants est-elle appropriée ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Les médecins généralistes participants ont été sélectionnés dans 21 centres de soins de santé primaires des trois régions et ont été inclus s'ils pouvaient s'engager à participer jusqu'à leur achèvement. Les patients éligibles à l'essai étaient âgés de 18 à 80 ans et prenaient des benzodiazépines de manière quotidienne depuis au moins 6 mois. Les critères d'exclusion étaient les troubles psychotiques ou de la personnalité, ou le traitement actuel par un psychiatre; anxiété grave, trouble dépressif ou maladie grave, y compris la démence et l'épilepsie, évalués cliniquement par le médecin généraliste ou dans le cas où ceux-ci considéraient que l'arrêt de la benzodiazépine pourrait être nocif; l'abus d'alcool ou de drogues illicites; patient en établissement ou en phase terminale; incapacité de lire et de parler espagnol; ou refus de donner un consentement éclairé. La manière de recrutement a été entrepris d'après une liste des patients obtenue à partir de la base de données informatisée des ordonnances de chaque médecin participant, et 30 patients ont été choisis au hasard par le centre de coordination. Les catégories pharmaceutiques comprennent les anxiolytiques, les hypnotiques et les sédatifs.</li> </ul> <p>Dans le plan d'échantillonnage, l'auteur a-t-il envisagé des moyens d'accroître la représentativité de l'échantillon ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– L'étude n'a pas envisagé des moyens d'accroître la représentativité de l'échantillonnage.</li> </ul>

	<p>La méthode d'échantillonnage utilisée a-t-elle permis s'ajouter des renseignements significatifs et d'atteindre les objectifs visés ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Les médecins ont recueilli les caractéristiques sociodémographiques, cliniques et liées aux benzodiazépines des patients. Ces éléments englobent des renseignements pour l'analyse des résultats. Chaque médecin généraliste devait systématiquement évaluer l'éligibilité des patients de la liste aléatoire afin de recruter 8 patients sur une période de 4 semaines. Pour éviter l'hétérogénéité des grappes et les biais de sélection post randomisation, les omnipraticiens ont été randomisés après l'inscription des patients.</li> </ul> <p>Est-elle justifiée sur la base statistique ou par une saturation des données ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Aucune base statistique n'a été utilisé afin d'atteindre les objectifs visés et la saturation des données.</li> </ul> <p>Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ? Est-elle justifiée sur une base statistique ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– L'échantillonnage se dit probabiliste en grappes. Pour maintenir l'homogénéité au sein de chaque groupe, l'étude a décidé que chaque généraliste devrait recruter le même nombre de patients.</li> </ul>
<p><b>Considérations éthiques</b></p>	<p>Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Le protocole a été approuvé par le comité de recherche sur les soins primaires et le comité d'éthique de la recherche clinique de Majorque.</li> </ul> <p>L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Oui, cette étude a été élaboré afin d'évaluer le résultat principal en externe par le biais d'entretiens personnels avec des psychologues non impliqués dans</li> </ul>

	l'étude et masqué pour l'allocation des patients.
<b>Devis de recherche</b>	<p>Le devis utilisé permet-il que l'étude atteigne son but ? la méthode de recherche choisie est-elle conciliable avec les outils de collecte des données proposés ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Un essai contrôlé randomisé par grappe a été utilisé pour éviter un risque de contamination croisée susceptible de conduire à une gestion plus intensive du groupe de soins habituels. La méthode de recherche est qualitative avec l'utilisation d'un entretien pédagogique structuré.</li> </ul> <p>Le devis fournit-il un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Oui, le contenu de l'entretien pédagogique était structuré et comprenait quatre points clés : <ul style="list-style-type: none"> <li>› Des informations sur la dépendance aux benzodiazépines, les symptômes d'abstinence et de sevrage ;</li> <li>› Les risques d'utilisation à long terme, de troubles de la mémoire et cognitifs, d'accidents et de chutes ;</li> <li>› Rassurer sur la réduction des médicaments ;</li> <li>› Une brochure d'entraide visant à améliorer la qualité du sommeil si les patients prenaient des benzodiazépines pour le traitement de l'insomnie.</li> </ul> </li> </ul> <p>Le choix du devis permet-il de respecter les critères scientifiques ? (Véracité-applicabilité-consistance-Neutralité)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Une randomiser des grappes conduit à une étude moins puissante que si les sujets étaient randomisés individuellement. En effet, déduction généralisée des résultats sera plus limitées.</li> </ul>
<b>Modes de collectes de données</b>	<p>Les outils de mesure sont-ils clairement décrits et permettent-ils de mesurer les variables ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Le principal critère d'évaluation était l'arrêt du traitement à 12 mois de la</li> </ul>

	<p>benzodiazépine, évalué lors d'un entretien personnel et défini comme une non-consommation auto-déclarée ou une consommation de moins de quatre doses le mois précédent. La consommation a été examinée et confirmée par des demandes de règlement dans les dossiers cliniques. Les variables proposées a priori pour l'analyse des sous-groupes étaient l'âge, le sexe, une demi-vie courte de la benzodiazépine, la prise de benzodiazépine pendant plus de 24 mois, une dose supérieure à 10 mg d'équivalent diazépam, l'anxiété ou la dépression, l'insomnie, la consommation d'alcool et la dépendance à la benzodiazépine, évalués comme suit. Les résultats secondaires étaient l'arrêt du traitement par benzodiazépine à 6 mois et les résultats en matière de sécurité mesurés à 6 et 12 mois, notamment les modifications des symptômes d'anxiété et de dépression, de la satisfaction du sommeil, de la consommation d'alcool et des symptômes de sevrage.</p> <p>Les questions de recherche ont-elles été bien posées ou les observations du phénomène, bien ciblées ? Ont-elles été rigoureusement consignées par la suite ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Oui, tous ces éléments sont définis et ciblés.</li> </ul> <p>L'auteur indique-t-il si les instruments ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Les instruments de mesures ont été importés d'autres études, on y retrouve notamment ; l'échelle d'anxiété et de dépression hospitalière (HADS), d'une échelle de Likert à 14 points en 14 points (étendue de 0 à 3 en fonction de la gravité des symptômes), La satisfaction de sommeil et l'insomnie ont été évaluées à l'aide de deux sous-échelles du questionnaire sur le sommeil d'Oviedo, la sous-échelle de satisfaction de sommeil</li> </ul>
--	--

	<p>est mesurée à l'aide d'une échelle de Likert en sept points allant de 1 (non satisfait) à 7 (Très satisfait). La dépendance aux benzodiazépines a été notée avec l'Échelle de gravité de la dépendance (SDS), un questionnaire à cinq questions ; chacune de ces cinq questions est notée sur une échelle de quatre points (0 à 3), Les modifications de la consommation d'alcool au cours du suivi ont été autodéclarées et mesurées en unités standard d'alcool par semaine (1 unité équivaut à 10 g d'alcool). Les patients ont également été interrogés sur les effets indésirables du sevrage, à l'aide d'une liste des symptômes les plus fréquents, notamment des tremblements, l'irritabilité, l'anxiété, l'insomnie et les convulsions, ainsi que la gravité de ces symptômes, ont été classées comme nulles, légères, modérées ou graves.</p> <p>La procédure expérimentale est-elle cohérente avec les outils mesurés ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Oui la procédure est cohérente avec les outils mesurés.</li> </ul>
<p><b>Conduite de la recherche</b></p>	<p>Le processus de collecte des données/enregistrement est-il décrit clairement ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La méthode avec laquelle les données ont été récoltées n'est pas spécifiée de manière précise dans l'étude.</li> </ul> <p>Les données ont-elles été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Oui, car une randomisation a été effectuée auprès des participants dans l'un des trois bras de l'étude à l'aide d'une randomisation par blocs générée par ordinateur.</li> <li>- La randomisation et la dissimulation ont été centralisées via un seul centre de coordination et la séquence a été dissimulée aux patients et aux médecins</li> </ul>

	<p>généralistes jusqu'à l'attribution des interventions.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– De plus, le statisticien et le personnel de saisie des données n'étaient pas non plus au courant de la répartition des patients.</li> </ul>
<b>Analyse des données</b>	<p>Les méthodes d'analyse sont-elles décrites ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Oui, Les résultats primaires et secondaires ont été analysés au niveau du patient sur la base de l'intention de traiter pour le regroupement des données. Les variables de base catégoriques ont été comparées à l'aide d'un test du khi-carré ajusté en grappes à deux côtés. Les variables de base et l'analyse des symptômes de sevrage, de l'anxiété, de la dépression, du sommeil, de la satisfaction et de la consommation d'alcool et une analyse entre groupes de l'anxiété, de la dépression, de la satisfaction du sommeil et de la consommation d'alcool à 6 et 12 mois ont été comparées à l'aide des statistiques de Somers.</li> <li>– Stata version 11.0 pour Windows 2000 a été utilisé pour les analyses.</li> </ul> <p>Le résumé des résultats est-il compréhensible et met-il en évidence les extraits rapportés ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Il n'y a pas de résumé des résultats dans cette partie. Cependant, certains résultats apparaissent en fonction des analyses utilisées.</li> </ul>
<b>RESULTATS</b>	
<b>Présentation des résultats</b>	<p>Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures, graphiques ou modèles ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Oui, l'étude présente divers tableaux afin d'illustrer les différentes caractéristiques des trois interventions spécifiques et de la population ainsi que d'autre tableau illustrant les résultats.</li> <li>– Les résultats d'efficacité sont présentés dans le tableau 3. À 12 mois, 76 des 168 patients (45,2%) du groupe ISW et 86</li> </ul>



	<p>des 191 patients (45,0%) du groupe SIF avaient cessé de prendre de la benzodiazépine, contre 26 des 173 (15,0%) dans le groupe de contrôle. Après ajustement pour le groupe, les RR pour l'arrêt du traitement par benzodiazépine étaient de 3,01 (IC à 95% : 2,03 à 4,46, <math>P &lt; 0,0001</math>) pour le SIW et 3 (IC à 95% de 2,04 à 4,40, <math>P &lt; 0,0001</math>) pour le SIF. Il n'y avait pas de différence d'efficacité statistiquement significative entre les groupes SIF et SIW (<math>RR = 1,00</math>, IC à 95% de 0,78 à 1,28, <math>P = 0,984</math>). Les sevrages à 12 mois ne différaient pas en fonction du sexe, de l'âge, de l'utilisation de benzodiazépines à demi-vie courte ou longue,</p> <p>Les thèmes ou les modèles sont-ils logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Oui, les résultats sont présentés par catégorie et sous la forme de résultats primaires et de résultats secondaires.</li> </ul> <p>Les résultats sont-ils résumés par un texte narratif ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Oui, les résultats sont exprimés en texte narratif en plus des différents tableaux, en distinguant les résultats primaires et secondaires, c'est-à-dire l'arrêt de benzodiazépines et l'évaluation des symptômes grâce aux différentes échelles mentionnées en amont.</li> </ul> <p>L'auteur a-t-il fait évaluer les données par les participants ou par des experts ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Cette information n'est pas présente dans l'étude.</li> </ul>
<b>DISCUSSION</b>	
<b>Interprétations des résultats</b>	<p>Les résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou hypothèses ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Les résultats sont interprétés en fonction des questionnements émanant durant l'introduction de l'étude.</li> </ul>

	<p>Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le même sujet ? Sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Les auteurs comparent leur étude avec d'autres. En effet, divers essais contrôlés ont évalué l'efficacité de stratégies conçues pour sevrer les patients de l'utilisation à long terme de benzodiazépines. Cependant, ces essais différaient par leur complexité, leurs aspects méthodologiques, la taille de l'échantillon et la période de suivi.</li> </ul> <p>Les limites de l'étude ont-elles été définies ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Oui, l'étude a pour limite que nos résultats ne s'appliquent qu'aux patients en soins de première ligne ne présentant pas de trouble dépressif ni d'anxiété majeur, ne recevant actuellement pas de traitement psychiatrique et ne souffrant pas d'affections graves, les patients atteints de ces conditions ont été exclus.</li> </ul> <p>Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Oui, les auteurs ont constaté qu'une intervention structurée par un généraliste accompagnée d'une réduction progressive de la dose, avec ou sans visites de suivi, était jusqu'à trois fois plus efficace que les soins de routine pour interrompre l'utilisation à long terme de benzodiazépines chez des patients sans comorbidité grave chez qui cette intervention était ciblée. Les deux interventions avaient une efficacité similaire mais l'approche sans visites de suivi nécessitait moins d'implication et moins de visites chez le généraliste. Cela peut être particulièrement pertinent pour les services de soins primaires publics très fréquentés. Les interventions peuvent être considérées comme sûres car elles n'augmentent pas l'anxiété, les niveaux de dépression, l'insatisfaction concernant la qualité du sommeil ou la consommation d'alcool du patient. Une légère</li> </ul>
--	---

	<p>amélioration des symptômes d'anxiété et de dépression a été observée dans les deux groupes d'intervention à 6 mois et à 12 mois.</p> <p>Soulève-t-on la question du caractère transférable des conclusions ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Les résultats indiquent que l'efficacité de l'intervention peut varier selon certaines caractéristiques du patient, telles qu'une dose de benzodiazépine plus élevée et l'anxiété du patient. Ces résultats suggèrent que les caractéristiques spécifiques des patients devraient être prises en compte lors de la conception d'interventions ciblées.</li> </ul>
<b>Conséquences et recommandations</b>	<p>Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ? L'auteur a-t-il précisé les conséquences des résultats ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Un pourcentage considérable de la population de la plupart des pays européens prend des benzodiazépines à long terme. Si les omnipraticiens mettaient en œuvre les interventions brèves décrites dans cette études, ces patients, en particulier les plus âgés, bénéficieraient d'une réduction des risques d'événements indésirables les plus fréquents tels que la dépendance, les chutes, les fractures et les troubles cognitifs.</li> </ul> <p>L'auteur fait-il des recommandations/applications pour la pratique et les recherches futures ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Les auteurs sensibilisent la pratique au bienfondé de mettre en place des interventions en place afin de diminuer la consommation de benzodiazépines.</li> </ul>

**Heather, N., Paton, J., & Ashton, H. (2011). Predictors of response to brief intervention in general practice against long-term benzodiazepine use. *Addiction Research and Theory*, 19(6), 519-527. doi :10.3109/16066359.2011.569102**

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
<b>Titre</b>	<p>Le titre précise-t-il clairement les concepts clés et la population à l'étude ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Le titre précise qu'il s'agit de prédire la réponse à une intervention brève en pratique générale contre l'utilisation à long terme de benzodiazépines. La population de l'étude n'est cependant pas spécifiée dans le titre.</li> </ul>
<b>Résumé</b>	<p>Le résumé synthétise clairement le résumé de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?</p> <p>Oui, le résumé est présent et synthétise clairement l'étude en y intégrant :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>› <b>Objectifs</b> : Prédire la réponse de patients principalement âgés à une intervention brève contre l'utilisation à long terme de benzodiazépines (BZD) délivrée en médecine générale à partir de variables mesurées au départ dans un essai contrôlé randomisé.</li> <li>› <b>Méthode</b> : une régression logistique a été utilisée pour identifier les facteurs prédictifs d'une cessation complète de la consommation de BZD ou d'une réduction cliniquement significative d'un demi-bilan ou plus entre le début et la fin du suivi à 6 mois chez 183 patients ayant reçu une brève intervention.</li> </ul> <p>Les variables prédictives étaient :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Le stade de changement</li> <li>○ Le degré de dépendance à BZD</li> <li>○ Si les BZD étaient prescrits par le médecin généraliste habituel du patient ou par un autre médecin</li> <li>○ La posologie initiale de BZD</li> <li>○ Le type de BZD</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Le genre.</li> <li>› <b>Résultats</b> : les personnes qui ont prescrit des médicaments BZD ont prédit à la fois l'arrêt et la réduction, les patients dont le médicament avait été prescrit par leur médecin généraliste habituel étaient plus susceptibles de montrer une réponse positive à une intervention brève que ceux dont le médicament avait été prescrit par un autre médecin. Le stade de changement était un facteur prédictif significatif d'une réduction de l'utilisation de BZD, les patients au stade de contemplation étant presque trois fois plus susceptibles, et ceux au stade d'action plus de huit fois plus susceptibles d'obtenir une réduction cliniquement significative que ceux du stade de pré contemplation.</li> <li>› <b>Conclusion</b> : Les patients recevant des ordonnances de leur généraliste habituel sont plus susceptibles de cesser ou de réduire leur consommation de BZD que ceux recevant des ordonnances d'un autre médecin. Lors de la prise en charge des patients ayant une utilisation prolongée de BZD, les médecins généralistes devraient envisager de consigner le stade de changement du patient et d'adapter son intervention en conséquence.</li> </ul>
<b>INTRODUCTION</b>	
<b>Problème de la recherche</b>	<p>Le problème/phénomène à l'étude est-il clairement formulé et circonscrit ? Que s'agit-il d'étudier ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Oui, ils mettent en avant la problématique de l'utilisation à long terme de benzodiazépines compte tenu des preuves abondantes des effets néfastes particulièrement chez les patients âgées. Il s'agit d'étudier la réponse à une</li> </ul>

	<p>intervention brève en pratique générale contre l'utilisation à long terme de benzodiazépines.</p> <p>Le problème/phénomène est-il pertinent /approprié dans le contexte des connaissances actuelles ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Oui, les auteurs mettent en avant la problématique de la consommation à long terme de benzodiazépines chez la personne âgée, malgré les diverses recherches mettant en avant les effets néfastes que cela engendre auprès de cette population plus particulièrement. De plus, les auteurs évoquent le fait que le concept de dépendance aux benzodiazépines est actuellement accepté bien que jadis il fût controversé.</li> <li>– De plus, cet article s'est basé sur les données d'un essai contrôlé randomisé de deux formes d'intervention brève en médecine générale (Heather et al., 2004), qui ont été incluses dans la méta-analyse de Parr et al. (2009).</li> </ul> <p>Le problème/phénomène a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée ? Les postulats sous-jacents à l'étude sont-ils précisés ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Oui, l'étude s'étant basé sur des recherches précédentes le phénomène concerné a une signification particulière, celles-ci ayant démontré l'efficacité d'une intervention brève en pratique générale chez les utilisateurs à long terme de benzodiazépines, il serait utile de disposer d'informations sur la caractéristiques des patients susceptibles de bénéficier d'une intervention brève. Sur cette base, les praticiens pourraient être informés des types de patients auxquels une brève intervention devrait être proposée. L'analyse présentée ici avait donc pour objectif d'identifier les facteurs prédictifs de l'arrêt ou de la réduction de l'utilisation de benzodiazépines après 6 mois de suivi</li> </ul>
--	--

	à partir des caractéristiques du patient enregistrées au début de l'essai.
<b>Recension des écrits</b>	<p>Une recension a-t-elle été entreprise ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Oui, les auteurs mentionnent plusieurs études, comment cité précédemment.</li> </ul> <p>La recension des écrits vous semble-t-elle présenter une base solide pour l'étude ? L'auteur présente-il l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème à l'étude ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Oui, comme explicité précédemment l'étude en question se base sur d'anciennes études dont un essai contrôlé randomisé (Heather et al., 2004 et une méta-analyse (Parr et al. (2009)) mais également d'autre études pour mettre en avant l'efficacité d'une intervention brève en pratique générale. (Oude Voshaar et al., 2006a).</li> </ul> <p>La recension présente t'elle des sources primaires ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Oui, recension des écrits primaires est présentes, notons par exemples le DSM-IV (Association américaine de psychiatrie, 1994), la classification internationale des troubles mentaux et du comportement, dixième révision (CIM-10 ; Organisation mondiale de la Santé, 1992) ou encore le modèle transthéorique développé par Prochaska et DiClementet (1986).</li> </ul>
<b>Cadre de recherche</b>	<p>Les concepts clés sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ? Est-il justifié et décrit de façon adéquate ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Oui, les concepts clés sont mis en évidence et comprennent l'intervention brève, le stade de changement, la dépendance. Chaque concept est justifié et décrit de manière adéquate en se basant sur les connaissances actuelles.</li> </ul>
<b>Buts et question de recherche</b>	<p>Le but de l'étude est-il énoncé de façon claire et concise ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Oui, l'objectif de cette étude est de présenter une analyse exploratoire des</li> </ul>

	<p>prédicteurs de la réponse à une intervention brève.</p> <p>Les questions de recherche ou les hypothèses, dont les variables clés et la population à l'étude, sont-elles clairement énoncées ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Oui, en plus de l'objectif énoncé au point précédant l'étude inclut également la vérification de deux hypothèses spécifiques (Bowie et al., 1999) : <ul style="list-style-type: none"> <li>› Le stade de changement est un facteur prédictif de la réponse à une intervention brève, les patients à un stade plus avancé du changement montrant une réponse meilleure que ceux des stades antérieurs (à savoir Action&gt; Contemplation&gt; Précontemplation).</li> <li>› Le niveau de dépendance à la BZD est un facteur prédictif de la réponse à une intervention brève, les patients présentant une dépendance plus grave au départ étant moins susceptibles de montrer une réponse positive à une intervention brève que ceux ayant une dépendance moins sévère.</li> </ul> </li> </ul> <p>Les questions de recherche ou les hypothèses reflètent-elles le contenu de la recension des écrits et découlent-elles logiquement du but ? Traitent-elles de l'expérience des participants, des croyances, des valeurs ou des perceptions ? Les questions s'appuient-elles sur des bases philosophiques, sur la méthode de recherche sous-jacente ou sur le cadre conceptuel ou théorique ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Comme mentionné dans les points précédant les hypothèses, objectifs de la recherche découlent de la recension des écrits et de ce fait des diverses expériences déjà menées. Les hypothèse se basent sur tout d'abord sur le modèle transthéorique et de recherches sous-jacente.</li> </ul>
<b>METHODE</b>	



<p><b>Population et échantillon</b></p>	<p>La population visée est-elle définie de façon précise ? L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillée ? La méthode utilisée pour accéder au site ou recruter les participants est-elle appropriée ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Les participants à l'échantillon ont été recrutés dans sept cabinets généraux à Newcastle ou North Tyneside qui avaient accepté de participer à l'étude. (Les détails de la sélection de ces pratiques sont donnés dans Bowie et al., 1999 et Heather et al., 2004.)</li> <li>– Les utilisateurs à long terme de BZD ont été définis comme des patients de tout âge et de tout sexe ayant pris des BZD de façon continue pendant au moins 6 mois (c'est-à-dire qu'ils avaient reçu au moins une ordonnance de BZD tous les 2 mois au cours des 6 précédents) et qu'ils avaient été identifiés à partir de la pratique.</li> <li>– Les patients ont été exclus s'ils: avaient actuellement une maladie grave et aiguë; suit actuellement un traitement psychiatrique spécialisé ou à des antécédents de psychose; actuellement dépendant de l'alcool ou de drogues illicites; prendre des BZD pour un problème médical tel que l'épilepsie; incapable d'assister à l'intervention en raison d'une infirmité physique; incapable de remplir un questionnaire pour une autre raison; si le médecin estime que demander une réduction de la consommation de BZD peut être nocif pour une raison quelconque.</li> </ul> <p>Dans le plan d'échantillonnage, l'auteur a-t-il envisagé des moyens d'accroître la représentativité de l'échantillon ? La méthode d'échantillonnage utilisée a-t-elle permis s'ajouter des renseignements significatifs et d'atteindre les objectifs visés ? Est-elle justifiée sur la base statistique ou par une saturation des données ? Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ? Est-elle justifiée sur une base statistique ?</p>
---	--

	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Les données statistiques ne sont pas mentionnées, l'étude renvoie aux deux études dont cet article s'est basé afin de développer sa recherche.</li> </ul>
<b>Considérations éthiques</b>	<p>Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Les auteurs ne signalent aucun conflit d'intérêts. Les auteurs sont seuls responsables du contenu et de la rédaction de l'article. De plus, l'approbation éthique de l'étude a été accordée par le comité d'éthique conjoint New York et North Tyneside Health Authority / Université de Newcastle upon Tyne / Northumbria.</li> </ul>
<b>Devis de recherche</b>	<p>Le devis utilisé permet-il que l'étude atteigne son but ? la méthode de recherche choisie, est-elle conciliable avec les outils de collecte des données proposés ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– L'étude n'explique pas exactement quel devis de recherche a été utilisé. Cependant, on peut dire que l'étude a utilisé une méthodologie quantitative avec l'utilisation des questionnaires et échelles suivants : <ul style="list-style-type: none"> <li>› Questionnaire sur la dépendance aux benzodiazépines</li> <li>› Échelle de la contemplation</li> </ul> </li> </ul> <p>Le devis fournit-il un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Oui, le devis de recherche permet d'examiner les hypothèses de départ.</li> </ul> <p>Le choix du devis permet-il de respecter les critères scientifiques ? (Véracité-applicabilité-consistance-Neutralité)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Les différents instruments utilisés lors des questionnaires ont été mesurés dans le cadre de la fiabilité et de la reproductibilité à l'aide des coefficients alpha de Cronbach et le coefficient de Guttman.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Du fait, que l'échantillonnage utilisé par l'étude sous-jacente était randomisé cela implique un critère de neutralité.</li> </ul>
<b>Modes de collectes de données</b>	<p>Les outils de mesure sont-ils clairement décrits et permettent-ils de mesurer les variables ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Comme l'étude s'est basée sur Heather et al. 2004, les outils de mesure sont directement liés à celle-ci.</li> <li>– Après évaluation initiale et consentement éclairé pour participer, les patients ont été randomisés pour les deux types d'intervention brève suivants.             <ul style="list-style-type: none"> <li>› Offre de consultation avec un médecin généraliste ou une infirmière ou un pharmacien.</li> <li>› Offre d'une lettre signée par le médecin traitant indiquant la réduction progressive de benzodiazépine.</li> </ul> </li> <li>– Le dernier groupe lui recevait les soins habituels chez le médecin traitant.</li> </ul> <p>Les questions de recherche ont-elles été bien posées ou les observations du phénomène, bien ciblées ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Oui, les interventions utilisées reflétaient l'évolution de la consommation de benzodiazépines. Pour les autres mesures initiales, les patients ont renvoyé un questionnaire d'évaluation par la poste. Le questionnaire portait sur les caractéristiques sociodémographiques et les antécédents médicamenteux, notamment depuis combien de temps le BZD était prescrit au patient et si les comprimés étaient prescrits par le généraliste habituel du patient ou par un autre praticien. Le questionnaire comprenait également les instruments suivants :             <ul style="list-style-type: none"> <li>› Questionnaire sur la dépendances aux benzodiazépines (BDQ)</li> <li>› Echelle de contemplation</li> </ul> </li> </ul> <p>L'auteur indique-t-il si les instruments ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés ?</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Les différents instruments de mesure ont été importés d'autres études.</li> </ul>
<b>Conduite de la recherche</b>	<p>Le processus de collecte des données/enregistrement est-il décrit clairement ? Les données ont-elles été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Le processus de collecte est décrit selon l'intervention utilisée :             <ul style="list-style-type: none"> <li>› Offre de consultation : Les patients ont reçu une lettre les invitant à consulter leur généraliste pour un examen de ses médicaments. Les médecins généralistes ont été informés de la manière dont la consultation doit être menée et ont été priés de se référer aux lignes directrices jointes aux notes du patient, indiquant notamment les raisons pour lesquelles il serait bénéfique de réduire progressivement le nombre de médicaments, un calendrier pouvant être utilisé pour planifier le sevrage et des informations pour patients atteints de BZD. Une brochure d'auto-assistance sur la gestion du sevrage des BZD produite par la Fondation pour la santé mentale et une brochure sur les problèmes de sommeil ont été distribuées aux patients. La consultation devait durer 12 min. Dans une pratique, la consultation était effectuée par le pharmacien et dans une autre, par une infirmière.</li> <li>› Offre lettre signé : Dans cette lettre, les médecins de famille s'inquiétaient de l'utilisation à long terme de médicaments et demandaient au patient d'envisager de réduire progressivement leur dose de comprimés en vue d'arrêter éventuellement. La lettre a été écrite sur du papier à entête professionnelle et a été signée par le généraliste</li> </ul> </li> </ul>

	<p>habituel du patient. Les patients du groupe de lettres n'ont pas reçu le livret d'auto-assistance.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Les mesures de résultats reflétaient l'évolution de la consommation de BZD des 6 mois précédant l'entrée dans l'essai à 6 mois avant le suivi. Celles-ci ont été extraites des dossiers de pratique et étaient donc disponibles pour l'ensemble des 183 patients participant à l'essai et recevant une brève intervention.</li> </ul>
<b>Analyse des données</b>	<p>Les méthodes d'analyse sont-elles décrites ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Oui, les données ont été entrées dans SPSS version 16.0 et une régression logistique binaire a été utilisée pour identifier les facteurs prédictifs significatifs d'abandon et d'une réduction cliniquement significative de l'absorption de BZD.</li> </ul> <p>Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont-ils pris en considération dans les analyses ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– La régression linéaire multiple utilisant le niveau de BZD lors du suivi en tant que variable dépendante a été rejetée comme approche en raison de la nature fortement asymétrique des scores de BZD. L'analyse s'est limitée aux personnes ayant reçu l'une ou l'autre des deux interventions et le groupe témoin a été omis. Les variables candidates pour le modèle de régression étaient celles qui avaient été émises dans cette étude pour prédire une réponse positive à une intervention brève (stade de changement et score BDQ), celles trouvées dans d'autres recherches pour prédire la cessation du BZD (posologie initiale, sexe et type de BZD: Gorgels et al., 2006) et ceux ayant montré des relations significatives avec l'une ou l'autre des deux variables dépendantes dans les analyses univariées au niveau <math>p &lt; 0,1</math>. Le stade de changement a été entré en tant que variable ordinaire à trois niveaux (à</li> </ul>

	savoir, précontemplation, contemplation, action). La signification dans le modèle lui-même a été fixée à $p < 0,05$ .
<b>RESULTATS</b>	
<b>Présentation des résultats</b>	<p>Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures, graphiques ou modèles ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Les résultats sont présentés à la fois sous forme de tableau et sous forme de texte narratif en fonction des variables mesurées.</li> </ul> <p>Les résultats sont-ils résumés par un texte narratif ? Les thèmes ou les modèles sont-ils logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Les éléments retrouvés dans Heather et al. (2004) sont résumés dans cette recherche par souci de commodité. Il n'y avait pas de différence significative dans les changements de consommation de BZD entre les deux groupes d'intervention. L'échantillon final en était de 284 pour la randomisation aux groupes d'intervention et témoins.</li> <li>– Principaux effets : Au total, 19 patients (10,4%) ont présenté un arrêt complet de la consommation de BZD au suivi, comme le montre l'absence de prescription de BZD dans les dossiers de pratique au cours des six mois suivant l'intervention. En incluant ceux présentant un arrêt complet du traitement, 35 patients (19,1%) ont présenté une réduction cliniquement significative de la consommation de BZD au suivi. Au suivi de six mois, les patients recevant l'une ou l'autre des interventions brèves présentaient des réductions de la consommation de BZD plus importantes que les témoins.</li> <li>– Prédicteurs de la réduction de benzodiazépines : En plus des variables hypothétiques et de celles identifiées lors de recherches</li> </ul>

	<p>précédentes comme candidates à l'analyse de régression logistique, les analyses univariées ont identifié deux variables de base qui différaient de manière significative sur la variable dépendante d'un arrêt complet de la consommation de BZD par rapport au reste de la population. La première : il s'agissaient des personnes qui ont prescrit des BZD (médecin de famille habituel ou autre) et la deuxième un nombre approximatif d'années de traitement par BZD. Les patients qui ont présenté un arrêt du traitement ont signalé un nombre approximatif moyen d'années de traitement par BZD de 9,2 (écart-type = 10,8) par rapport à 14,6 ans (écart-type = 9,5) pour ceux ne montrant pas d'arrêt.</p> <p>L'auteur a-t-il fait évaluer les données par les participants ou par des experts ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aucune information ne figure dans l'étude au sujet de l'évaluation des données.</li> </ul>
<b>DISCUSSION</b>	
<b>Interprétations des résultats</b>	<p>Les résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou hypothèses ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les résultats sont interprétés en fonction des hypothèses de départ.</li> <li>- L'hypothèse 1 a été partiellement confirmée à ce stade de changement apparu par la LRA comme un facteur prédictif significatif d'une réduction de la consommation de BZD (de 50% ou plus) à six mois de suivi, après deux types d'interventions brèves visant à réduire l'utilisation à long terme de BZD chez un échantillon de patients principalement âgés fréquentant des soins de santé primaires. La prédiction a été confirmée que les patients au stade « Action » au départ seraient plus susceptibles de montrer un apport réduit en BZD que ceux au stade « Contemplation » et que ceux</li> </ul>

	<p>au stade « Contemplation » seraient plus susceptibles de montrer un apport réduit que ceux au stade « Précontemplation ». Cependant, le stade de changement n'était pas un facteur prédictif significatif d'un arrêt complet de la consommation de BZD et il semble que la volonté accrue de changer soit insuffisante pour parvenir à un arrêt du traitement.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– L'hypothèse 2 selon laquelle le niveau de dépendance à l'égard des BZD serait prédictif, serait conforme à une intervention brève, bien que le niveau de dépendance de référence ait été considéré comme un facteur prédictif de l'arrêt du tabagisme et, dans un échantillon plus large, aurait pu être un facteur prédictif significatif. Néanmoins, les conclusions concernant la dépendance à la BZD sont surprenantes au vu de la pertinence théorique du concept de dépendance pour le succès ou non des tentatives de changement de comportement et de la découverte de Oude Voshaar et al. (2006b), ce niveau de dépendance à la BZD prédit le succès à long terme d'un programme de retrait progressif supervisé. Il est possible que la mesure de dépendance aux BZD soit relativement peu sensible et que les résultats obtenus auraient pu être différents si une mesure mieux connue et validée de la dépendance aux BZD aurait été utilisée. Il peut également être intéressant de noter que l'échantillon sur lequel le BDQ a été développé et validé présentait plusieurs différences par rapport au présent échantillon, composé principalement de patients âgés prenant des hypnotiques et de patients psychiatriques exclus.</li> <li>– Une variable qui n'était pas supposée être un facteur prédictif de résultat est apparue comme seule variable permettant de prédire de manière significative à la fois le renoncement et la réduction de la</li> </ul>
--	---



	<p>consommation de BZD ; le fait que le médicament soit prescrit par le médecin généraliste habituel du patient ou par un autre médecin.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Cette constatation signifie probablement que les interventions brèves fonctionnent mieux dans le contexte d'une relation de confiance établie au fil du temps avec le généraliste du patient. Il est probable que les patients estiment que leur généraliste habituel et son prescripteur connaissent mieux leurs antécédents personnels, leurs symptômes et leurs besoins en médicaments qu'un médecin généraliste inconnu ou un autre médecin qui « menace » de modifier leurs médicaments à long terme.</li> </ul> <p>Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le même sujet ? Sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– La suggestion selon laquelle le degré de dépendance n'est pas un facteur important est corroborée par les conclusions de Curran et al. (2003) qui ont retiré les hypnotiques BZD des utilisateurs âgés à long terme et ont constaté des améliorations dans les tâches cognitives / psychomotrices sans détérioration des symptômes de sommeil ou de sevrage. Une étude plus approfondie du rôle de la dépendance à la BZD dans la réponse à une brève intervention est nécessaire.</li> </ul> <p>Les limites de l'étude ont-elles été définies ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Une des limites de cette analyse est que les résultats ne s'appliquent qu'aux patients sélectionnés pour l'étude.</li> <li>– En raison des critères d'exclusion des investigateurs les généralistes participant à l'étude ont été autorisés à exclure tout patient qui, à leur avis, pourrait être lésé par une réduction de la consommation de BZD. Les auteurs pensaient que cette concession était essentielle pour assurer la coopération des généralistes, mais elle</li> </ul>
--	--

	<p>aurait pu introduire un biais systématique dans la sélection de l'échantillon.</p> <p>Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Les conclusions de l'étude s'appuient entre autres sur les résultats obtenus</li> </ul>
<b>Conséquences et recommandations</b>	<p>Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ? L'auteur a-t-il précisé les conséquences des résultats ? L'auteur fait-il des recommandations/applications pour la pratique et les recherches futures ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– La principale conséquence de cette conclusion pour la pratique est que les médecins généralistes et les autres professionnels de la santé doivent tenir compte de la volonté du patient de changer lors de la planification et de la réalisation d'une intervention visant à réduire l'utilisation à long terme de la BZD et doivent tenter de faire progresser les patients tout au long des étapes du changement.</li> <li>– La phase de changement peut être évaluée de différentes manières (Carey, Purnine, Maisto et Carey, 1999). Dans cette étude, une adaptation d'une méthode simple utilisant une échelle a été utilisée dans le domaine des interventions de désaccoutumance au tabac (Biener &amp; Adams, 1991). Bien que la validité prédictive et constructive de l'échelle BZD ait été démontrée par les résultats de cette étude, une confirmation supplémentaire de la fiabilité test-retest est nécessaire.</li> <li>– Les avantages de l'approche sont clairement que l'échelle est facile à compléter, en particulier pour un format d'auto-complétions envoyé par la poste et que peu de temps administratif est requis pour déterminer l'étape de changement. En pratique, l'échelle de médiation peut être soit donnée aux patients qui assistent</li> </ul>

	à la pratique pour un examen des ordonnances, soit envoyée par la poste en vue de l'auto-complétions et reprise par les patients considérés aptes à la réduction de la BZD.
--	---

**Martin, P., Tamblyn, R., Ahmed, S., & Tannenbaum, C. (2013). A drug education tool developed for older adults changes knowledge, beliefs and risk perceptions about inappropriate benzodiazepine prescriptions in the elderly. Patient Education and Counseling, 92(1), 81-87. doi :10.1016/j.pec.2013.02.016**

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
<b>Titre</b>	<p>Le titre précise-t-il clairement les concepts clés et la population à l'étude ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Oui, le titre précise la population étudiée et les concepts clés. Il s'agit d'un outil d'éducation sur les drogues développés pour les personnes âgées qui modifie les connaissances, les croyances et la perception du risque concernant la prescription inappropriée de benzodiazépines.</li> </ul>
<b>Résumé</b>	<p>Le résumé synthétise clairement le résumé de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Oui, le résumé est présent et synthétise clairement l'étude en y intégrant :</li> <li>– <b>Objectif</b> : Développer et tester un outil éducatif pour les personnes âgées qui augmente la perception du risque concernant les benzodiazépines grâce à l'acquisition de connaissances et au changement de croyances.</li> <li>– <b>Méthodes</b> : Un outil éducatif écrit a été envoyé à 144 consommateurs de benzodiazépines âgés de &gt; 65 ans recrutés dans des pharmacies communautaires. Les connaissances et les croyances relatives aux prescriptions inappropriées ont été interrogées avant et une semaine après l'intervention. Le résultat principal était un changement de perception du risque. Les variables explicatives étaient un changement dans les connaissances et les croyances concernant les médicaments. L'auto-efficacité pour la diminution progressive</li> </ul>

	<p>et l'intention de discuter de l'arrêt du traitement ont également été mesurées.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– <b>Résultats :</b> Après l'intervention, 65 participants (45,1%) ont perçu un risque accru. Les perceptions de risque accrues ont été expliquées par une meilleure acquisition des connaissances (score de changement moyen de 0,9, IC à 95% (0,5, 1,3)) et par un changement de croyances (score de changement moyen du QMB -5,03, IC à 95% (-6,4, -3,6)), suggérant une élicitation de la dissonance cognitive. L'auto-efficacité pour la diminution progressive (score de changement moyen de 31,2, IC à 95% (17,9, 44,6)) et l'intention de discuter de l'arrêt du traitement par benzodiazépine avec un médecin (83,1% contre 44,3%, <math>p &lt; 0,001</math>) étaient plus élevées chez les participants qui percevaient une augmentation risque.</li> <li>– <b>Conclusion :</b> la perception des risques liés aux prescriptions inappropriées peut être modifiée par la fourniture directe d'un outil éducatif aux consommateurs vieillissants.</li> <li>– <b>Implications pour la pratique :</b> les patients devraient recevoir directement des informations pour catalyser l'abandon des prescriptions inappropriées.</li> </ul>
<b>INTRODUCTION</b>	
<b>Problème de la recherche</b>	<p>Le problème/phénomène à l'étude est-il clairement formulé et circonscrit ? Que s'agit-il d'étudier ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Oui, le phénomène à l'étude est clairement formulé. Les auteurs expriment un problème de sécurité lié au traitement chez la personne âgée qui représente un défi unique sachant les risques accrus d'effets indésirables.</li> </ul> <p>Le problème/phénomène est-il pertinent / approprié dans le contexte des connaissances actuelles ?</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Oui, les auteurs de l'étude s'appuient sur d'autres recherches afin de mettre en avant la pertinence du phénomène. En effet, d'autres études mettent en évidence les divers événements indésirables liés aux médicaments et à ce groupes d'âge. (Hanlon JT, Schmader KE, Ruby CM, Weinberger M. 2001 ; Rancourt C, Moisan J, Baillargeon L, Verreault R, Laurin D, Gregoire JP. 2004). En outre, l'étude en question, fait référence à d'autres recherches qualitatives qui suggèrent que les personnes ayant une consommation chronique de benzodiazépines développent une dépendance psychologique à ceux-ci, leur attribuant des qualités qui vont au-delà de leur capacité normale (Cook JM, Biyanova T, Masci C, Coyne JC. 2007). De plus, la plupart des consommateurs minimisent les effets secondaires tout en exprimant le fait de refuser catégoriquement souffrir lors de l'arrêt de benzodiazépines. (Cook JM, Biyanova T, Masci C, Coyne JC. 2007).</li> </ul> <p>Le problème/phénomène a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée ? Les postulats sous-jacents à l'étude sont-ils précisés ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Le phénomène mis en évidence par les auteurs est que pour les raisons cités précédemment, les médecins expriment souvent une réticence à vouloir arrêter de prescrire les benzodiazépines, de peur de perturber la relation médecin-patient ou parce qu'ils pensent que le patient tolère le médicament avec des effets secondaires minimes.</li> </ul>
<b>Recension des écrits</b>	<p>Une recension a-t-elle été entreprise ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Oui, les auteurs de cette études mentionnent plusieurs études.</li> </ul> <p>La recension des écrits vous semble-t-elle présenter une base solide pour l'étude ? L'auteur présente-il l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème à l'étude ?</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>– L'étude met en avant la problématique de la consommation chronique de benzodiazépines chez la personne âgée en s'appuyant sur diverses études englobant différents aspects, cela met en lumière l'importance de mettre en œuvre des pratiques plus sûres.</li> </ul> <p>La recension présente t'elle des sources primaires ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Oui, les auteurs font référence aux critères de Beers qui énumèrent tous les médicaments à éviter chez la personne âgée afin de réduire le risque d'effets indésirables.</li> </ul>
<b>Cadre de recherche</b>	<p>Les concepts clés sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ? Est-il justifié et décrit de façon adéquate ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Les concepts clés tels que les benzodiazépines, outil d'éducation sur les drogues, prescription inappropriée, la dissonance cognitive ne sont pas décrit de manière précis. Néanmoins, ils sont cités à plusieurs reprise dans la partie introduction.</li> </ul> <p>Est-ce que les concepts clés s'inscrivent-ils dans un cadre de référence ? Est-il lié au but de l'étude ?</p> <p>Oui, les concepts clés sont directement liés aux but de l'étude. De plus, ils sont issus de la recension des écrits. Le cadre de référence c'est donc basé sur des bases littératures.</p>
<b>Buts et question de recherche</b>	<p>Le but de l'étude est-il énoncé de façon claire et concise ?</p> <p>Les questions de recherche ou les hypothèses, dont les variables clés et la population à l'étude, sont-elles clairement énoncées ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Oui, il est énoncé, l'objectif de cette étude étant de développer et de tester un outil pédagogique destiné directement aux consommateurs plus âgés sur les risques associés à l'utilisation de benzodiazépines dans la population gériatrique. En</li> </ul>

	<p>appliquant la théorie de l'apprentissage constructiviste au développement de l'intervention éducative, il est question d'évaluer le potentiel de cet outil pour augmenter la perception du risque du patient en suscitant une dissonance cognitive par l'acquisition de connaissances et l'altération des croyances.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– L'hypothèse avancée par les auteurs serait que l'amélioration des connaissances des patients, de leurs croyances et du risque médicamenteux perçu motiverait davantage les discussions sur l'arrêt du médicament avec un médecin ou un pharmacien et une plus grande auto-efficacité pour réduire la consommation de benzodiazépines.</li> </ul> <p>Les questions de recherche ou les hypothèses reflètent-elles le contenu de la recension des écrits et découlent-elles logiquement du but ? Traitent-elles de l'expérience des participants, des croyances, des valeurs ou des perceptions ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Oui, l'hypothèse reflète le contenu de la recension des écrits. Il est mis en avant par la recension des écrit que les consommateurs minimisent les effets indésirables des benzodiazépines mais également qu'ils attribuent des qualités qui vont au-delà de leur capacité.</li> </ul> <p>Les questions s'appuient-elles sur des bases philosophiques, sur la méthode de recherche sous-jacente ou sur le cadre conceptuel ou théorique ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Les questions s'appuient sur les bases de la théorie de l'apprentissage constructiviste et des interventions éducatives.</li> </ul>
<b>METHODE</b>	
<b>Population et échantillon</b>	La population visée est-elle définie de façon précise ? L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillée ?



	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Oui, la population de l'étude comprend des hommes et des femmes âgés de 65 ans et plus consommant au moins cinq médicaments sur ordonnance, dont une benzodiazépine administrée pendant au moins trois mois consécutifs. Les critères d'exclusion sont également explicités ; un diagnostic de maladie mentale grave ou de démence confirmé par la présence d'une prescription active d'antipsychotique et / ou d'un inhibiteur de la cholinestérase ou de mémantin. Les participants incapables de communiquer en français et / ou en anglais ou faisant preuve d'une déficience cognitive significative (score inférieur à 21 au MOCA (Montreal Cognitive Assessment)) ont également été exclus.</li> </ul> <p>La méthode utilisée pour accéder au site ou recruter les participants est-elle appropriée ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– La manière de recrutement est explicité dans l'étude met en évidence que chaque participant a signé le consentement après avoir vérifié son éligibilité à l'étude. Les participants à l'étude ont été randomisés.</li> </ul> <p>Dans le plan d'échantillonnage, l'auteur a-t-il envisagé des moyens d'accroître la représentativité de l'échantillon ? Est-elle justifiée sur la base statistique ou par une saturation des données ? Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ? Est-elle justifiée sur une base statistique ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Aucune donnée n'est explicitée dans l'étude au sujet de moyen d'accroître la représentativité de l'échantillon. Aucune base statistique n'a été utilisé afin de déterminer la taille de l'échantillon. En effet, il s'agit d'un échantillonnage randomisé.</li> </ul>
<b>Considérations éthiques</b>	<p>Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ? L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants ?</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>– L'étude a été approuvée par le comité d'éthique de l'institut universitaire de géographie de Montréal, Québec, Canada. Ce qui suggère que les principes éthiques de chaque participant ont été pris en compte.</li> </ul>
<b>Devis de recherche</b>	<p>Le devis utilisé permet-il que l'étude atteigne son but ? la méthode de recherche choisie est-elle conciliable avec les outils de collecte des données proposés ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– L'étude s'inscrit dans les essais cliniques randomisés, plus précisément les études quasi expérimentales. Il s'agit d'une étude mixte longitudinale. La recherche qualitative est menée par des postulats philosophiques et des buts qui sous-tendent une manière de comprendre les phénomènes. Les outils de collecte de la recherche sont des entretiens dirigés par le coordinateur de recherche. Cependant, pour mesurer les résultats l'approche quantitative a été utilisée.</li> </ul> <p>Le devis fournit-il un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Il vise à examiner l'hypothèse de départ, c'est-à-dire :             <ul style="list-style-type: none"> <li>› Le changement dans la perception du risque dans la prise de benzodiazépine</li> <li>› Le changement de connaissance sur les benzodiazépines</li> <li>› Les changements de croyances</li> <li>› La fréquence de la dissonance cognitive</li> <li>› Le changement d'auto-efficacité pour la réduction progressive des benzodiazépines</li> <li>› Le changement dans le comportement de santé visant à arrêter l'utilisation de benzodiazépines</li> </ul> </li> </ul> <p>Le choix du devis permet-il de respecter les critères scientifiques ?</p> <p>Comme il s'agit d'un essai contrôlé randomisé les critères scientifiques les critères scientifiques on pu être respecté.</p>

<b>Modes de collectes de données</b>	<p>Les outils de mesure sont-ils clairement décrits et permettent-ils de mesurer les variables ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– L'intervention éducative consistait en une brochure papier de sept pages au format lettre.</li> <li>– La page de couverture de la brochure indique « Vous pouvez être à risque » avec l'image d'une boîte à pilules contenant plusieurs médicaments, suivie de « Vous prenez actuellement (nom de la benzodiazépine du patient) ».</li> <li>› La première page de l'intervention est intitulée « Testez vos connaissances » et comprend quatre questions vraies ou fausses sur l'utilisation des benzodiazépines.</li> <li>› La deuxième page énumère les bonnes réponses. Des éléments de la théorie de l'apprentissage constructiviste sont incorporés aux réponses afin de créer une dissonance cognitive et de remettre en question les croyances du patient pour chaque réponse incorrecte. La troisième page comprend une auto-évaluation et une éducation sur l'utilisation inappropriée potentielle, les effets indésirables, les interactions médicamenteuses et des informations sur les changements physiologiques survenant avec l'âge qui affectent le métabolisme du médicament.</li> <li>› Les quatrième et cinquième pages présentent les risques factuels liés à l'utilisation de benzodiazépines chez les personnes âgées et proposent des substituts thérapeutiques tout aussi ou plus efficaces.</li> <li>› La sixième page décrit un scénario mettant en évidence le succès d'une femme qui s'est sevrée des benzodiazépines.</li> <li>› La dernière page décrit un programme de réduction de 21 semaines simple. Le lecteur est encouragé à quatre</li> </ul>
--------------------------------------	---

	<p>reprises et il est averti par une grande lettre rouge : « Consultez votre médecin ou votre pharmacien avant de cesser de prendre tout médicament. »</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- De plus, le changement des croyances a été mesuré en comparant les scores totaux avant et après l'intervention sur la partie spécifique du questionnaire relatif aux croyances sur les médicaments (spécifique au QMB) adaptée aux benzodiazépines. Les participants indiquent leur degré d'accord avec chaque énoncé sur une échelle de Likert sur 5 points. L'auto-efficacité pour la réduction progressive des benzodiazépines a été mesurée avant et après l'intervention sur l'échelle d'auto-efficacité de la réduction de la médication, ce qui permet au répondant d'évaluer sur une échelle de 0 à 100 leur degré de confiance pour la réduction et l'arrêt des benzodiazépines. Afin de mesurer le comportement attendu en fonction de la volonté du participant de se prendre en charge dans les décisions relatives à la santé suivant l'intervention, les participants ont été invités à indiquer (oui / non) après l'intervention : s'ils avaient parlé à leurs amis et à leur famille de l'intervention, et s'ils avaient parlé ou avaient l'intention de discuter de l'arrêt du traitement avec leur médecin et / ou leur pharmacien.</li> </ul> <p>Les questions de recherche ont-elles été bien posées ou les observations du phénomène, bien ciblées ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La théorie cognitive sociale, qui consiste en la promotion de la santé par le biais de moyens sociaux cognitifs, a guidé le développement de l'intervention. Le modèle d'apprentissage spécifique appliqué était l'apprentissage constructiviste. La théorie de l'apprentissage constructiviste vise à</li> </ul>
--	--

	<p>promouvoir l'apprentissage actif par la création de connaissances qui cherchent à donner un sens au matériel présenté. Le but de cette approche est de créer un environnement dans lequel l'apprenant peut interagir avec du matériel académique, en favorisant ses propres processus de sélection, d'organisation et d'intégration de l'information. De telles théories ont déjà fait leurs preuves dans d'autres interventions de promotion de la santé, telles que des supports pédagogiques pour l'arrêt du tabac.</p> <p>L'auteur indique-t-il si les instruments ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Le contenu textuel de l'intervention reposait sur un examen systématique des preuves ainsi que sur des lignes directrices concernant l'utilisation des benzodiazépines chez les personnes âgées. Un gériatre et un étudiant diplômé ont rédigé le contenu initial de l'outil, qui a ensuite été validé par un panel de collègues ayant une expertise en pharmacie gériatrique et revu par un bibliothécaire de la santé pour s'assurer que le libellé respectait les normes d'alphabétisation des patients de 6e année. L'outil a été développé en anglais. L'intervention éducative dont le but est de créer une dissonance cognitive en sollicitant un état de motivation utilisée a été testé avec un échantillon de commodité d'une population âgée.</li> </ul>
<p><b>Conduite de la recherche</b></p>	<p>Le processus de collecte des données/enregistrement est-il décrit clairement ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– L'outil pédagogique a été envoyé aux participants à l'étude dans les six mois suivant l'évaluation initiale.</li> <li>– Les résultats ont été mesurés au départ et une semaine après la réception de l'intervention. Au départ, les</li> </ul>

	<p>questionnaires ont été remplis chez les participants lors d'un entretien avec le coordinateur de la recherche. Le suivi s'est fait par entretien téléphonique avec le même coordinateur. Les variables sociodémographiques, l'état de santé et les détails des ordonnances autodéclarés ont été recueillis au départ.</p>
<b>Analyse des données</b>	<p>Les méthodes d'analyse sont-elles décrites ?</p> <p>Les méthodes d'analyse statistique sont décrites dans la partie analyse statistique de l'étude en question. Ils ont utilisé chaque variable et les ont analysés grâce à plusieurs méthode d'analyse.</p> <p>Les caractéristiques des participants ont été résumées à l'aide de moyennes avec écarts types pour les données continues et de pourcentages pour les données catégorielles.</p> <p>Le nombre de participants signalant une augmentation des perceptions de risque une semaine après l'intervention a été rapporté en tant que proportion de tous les participants. Pour examiner les différences potentielles entre les caractéristiques de base des participants percevant un risque accru par rapport à ceux qui ne l'ont pas été, des comparaisons de groupe ont été effectuées.</p> <p>Pour déterminer si un changement dans les connaissances ou les croyances expliquait les changements dans la perception du risque résultant de l'intervention éducative, des changements dans les connaissances et les croyances d'avant à après l'intervention ont été calculés pour chaque individu, ainsi qu'à l'intérieur et entre des groupes d'individus qui ont signalé une perception de risque accrue par rapport à ceux qui ne l'ont pas été.</p>

	<p>Les scores d'auto-efficacité pour l'arrêt des benzodiazépines ont été comparés entre les groupes.</p> <p>Le résumé des résultats est-il compréhensible et met-il en évidence les extraits rapportés ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Oui, un résumé des résultats a été rédigé et permet de mettre en évidence les éléments rapportés en fonction des phénomènes voulant être recherché.</li> </ul>
<b>RESULTATS</b>	
<b>Présentation des résultats</b>	<p>Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures, graphiques ou modèles ? Les résultats sont-ils résumés par un texte narratif ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Oui, les résultats sont mis en évidence sous formes de tableaux ainsi que sous forme de texte narratifs.</li> </ul> <p>Les thèmes ou les modèles sont-ils logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Oui les résultats sont présentés en fonctions des différents changements recherchés, tels que les changements : <ul style="list-style-type: none"> <li>› Dans la perception du risque</li> <li>› De connaissance</li> <li>› De croyances</li> <li>› De la dissonance cognitive</li> <li>› D'auto-efficacité pour la réduction progressive des benzodiazépines</li> <li>› Dans les comportements de santé visant à arrêter l'utilisation de benzodiazépines</li> <li>› Les résultats font également apparaître en premier lieux, le recrutement, et les caractéristiques de base de l'échantillon.</li> </ul> </li> </ul> <p>L'auteur a-t-il fait évaluer les données par les participants ou par des experts ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Cette information ne figure pas dans l'étude.</li> </ul>

<b>DISCUSSION</b>	
<b>Interprétations des résultats</b>	<p>Les résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou hypothèses ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Les résultats de cette étude indiquent qu'une intervention éducative personnalisée sur les benzodiazépines, ciblée sur le patient, adressée directement au consommateur individuel par le biais de documents écrits, a permis de modifier efficacement la perception du risque lié aux médicaments chez 45% des utilisateurs chroniques âgés. La perception accrue du risque a été expliquée par des changements importants dans les connaissances et les croyances concernant les benzodiazépines à la suite de la réception de l'outil.</li> <li>– Les participants ayant une perception de risque accrue ont signalé une plus grande auto-efficacité pour les benzodiazépines réduites au minimum et une intention manifeste d'adopter des comportements préventifs pour la santé en discutant de la sécurité des médicaments avec un professionnel de la santé.</li> </ul> <p>Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le même sujet ? Sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Les participants à cette étude sont représentatifs d'autres utilisateurs de benzodiazépines chroniques âgés rapportés dans des études précédentes, avec un âge moyen de 77 ans et une durée moyenne de 10 ans d'utilisation de benzodiazépines. Ni l'âge ni la durée d'utilisation n'étaient des facteurs prédictifs significatifs de la capacité à percevoir un risque accru, ce qui suggère que notre intervention est efficace chez un large éventail de personnes, quelles que soient leurs habitudes ou leurs convictions ancrées. À la connaissance de</li> </ul>



	<p>auteurs de cette étude, celle-ci est la première à démontrer un effet positif de cibler directement les personnes âgées sur la pertinence des médicaments, en contournant ainsi les professionnels de la santé et en engageant les patients en tant que moteurs du changement afin de catalyser les médecins et / ou les pharmaciens dans un effort de collaboration visant à réduire risque lié aux médicaments.</p> <p>Les limites de l'étude ont-elles été définies ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Cette étude a été menée dans des pharmacies communautaires et n'est donc pas généralisable aux patients plus fragiles vivant dans des établissements de santé ou des établissements de soins de longue durée.</li> <li>– Les données manquantes ont été imputées pour refléter le pire des scénarios et ont au mieux sous-estimé l'impact de l'intervention. Il existe peu d'instruments validés pour mesurer de manière fiable les connaissances, les croyances et les comportements liés aux benzodiazépines.</li> </ul> <p>Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– En conclusion, un programme éducatif à domicile consistant en un document envoyé par courrier aux participants a démontré des effets significatifs sur les connaissances en matière de médication, les croyances et la perception du risque dans une cohorte de personnes âgées utilisateurs de benzodiazépines.</li> </ul>
<p><b>Conséquences et recommandations</b></p>	<p>Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ? L'auteur a-t-il précisé les conséquences des résultats ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– En modifiant les connaissances et en augmentant le risque perçu, les informations sur les médicaments ciblés par les consommateurs ont suscité chez</li> </ul>

	<p>de nombreuses personnes âgées le désir de discuter de la sécurité des médicaments avec leurs fournisseurs de soins de santé.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Les résultats d'un essai randomisé en cours montreront si les changements apportés par l'intervention éducative sont suffisants pour entraîner l'abandon des prescriptions inappropriées.</li> </ul> <p>L'auteur fait-il des recommandations/applications pour la pratique et les recherches futures ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Oui, ils suggèrent que le consommateur vieillissant peut être un catalyseur de changement sous-utilisé pour réduire les prescriptions potentiellement inappropriées.</li> </ul>
--	--