



HAL
open science

Midazolam : connaissances et usages des médecins généralistes du territoire Sud Gironde

Hortense Leclerc

► **To cite this version:**

Hortense Leclerc. Midazolam : connaissances et usages des médecins généralistes du territoire Sud Gironde. Médecine humaine et pathologie. 2022. dumas-03629581

HAL Id: dumas-03629581

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03629581>

Submitted on 4 Apr 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Thèse pour l'obtention du

Diplôme d'État de Docteur en Médecine Générale

Présentée et soutenue publiquement le 7 Mars 2022 par

LECLERC Hortense

née le 11 juillet 1989 à Rouen

**Midazolam : Connaissances et usages des médecins
généralistes du territoire Sud Gironde**

Directeur de Thèse

Monsieur le Docteur Didier ROCHE

Rapporteur de Thèse

Monsieur le Docteur Christophe ADAM

Membres du jury :

Monsieur le Professeur Alain RAVAUD

Président

Madame le Professeur Véronique AVEROUS

Juge

Madame le Docteur Florence DELNIEPPE

Juge

Monsieur le Docteur Christophe ADAM

Juge

Monsieur le Docteur Didier ROCHE

Juge

Remerciements

A Monsieur le Professeur Alain RAVAUD, président du jury

Professeur des Universités et Praticien Hospitalier, Chef de service d'Oncologie Médicale, CHU Bordeaux,

Vous me faites l'honneur de présider mon jury de thèse. Veuillez trouver ici l'expression de ma sincère reconnaissance et de mon profond respect.

A Madame le Professeur Véronique AVEROUS, membre du jury

Professeur des Universités et Praticien Hospitalier,

Je vous suis très reconnaissante d'avoir accepté de juger ce travail. Je vous remercie grandement de l'intérêt immédiat que vous avez porté à ce sujet.

A Madame le Docteur Florence DELNIEPE, membre du jury

Médecin Généraliste à Haut-Mauco

Je te suis très reconnaissante d'avoir accepté de juger ce travail. L'honneur que tu me fais d'être membre du jury est l'occasion de te témoigner mon profond respect.

C'est avec toi que j'ai réellement découvert la médecine générale et je te remercie pour ce semestre. Tu m'as fait partager ta manière d'exercer la médecine générale, ta douceur et ta bienveillance à l'égard des patients.

A Monsieur le Docteur Christophe ADAM, Rapporteur de thèse et membre du jury

Professeur Associé de Médecine Générale. Université de Bordeaux. Médecin Généraliste à Mérignac

Vous me faites l'honneur de juger et de rapporter ce travail. Je vous remercie grandement pour votre disponibilité et votre amabilité.

Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements.

A Monsieur le Docteur Didier Roche, Directeur de thèse et membre du jury

Praticien Hospitalier. Chef de pôle de Médecine, Chef des LISP et de l'EMSP du Centre Hospitalier Sud Gironde

Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur d'être mon directeur de thèse. Je vous exprime mes sincères remerciements pour vos précieux conseils et l'enrichissement acquis, pour le temps que vous m'avez consacré et pour votre disponibilité. Soyez assuré de ma respectueuse et sincère reconnaissance.

A Monsieur le Dr CHEVILLOT David

Je vous remercie pour vos conseils à l'évocation de ce sujet de thèse.

A Mme Hélène HOARAU

Je vous remercie infiniment pour le temps que vous m'avez consacré, pour votre aide précieuse et votre méthodologie à l'écriture de mon questionnaire.

A ma famille,

A mes parents, merci pour ce cocon que vous nous avez créé, dans lequel j'ai pu grandir et m'épanouir durant toute mon enfance. Merci pour votre soutien sans faille.

A Mamounette, je n'aurai jamais assez de mots pour te remercier de tout ce que tu as fait pour moi depuis toutes ces années. Mon modèle, passionnée par ton métier, tu es aussi mon pilier. Merci pour ton amour inconditionnel (et ce, malgré mes fautes d'orthographe).

A mon Papounet, tu es toujours présent pour moi et me rassure. Tout est toujours simple avec toi, calme et serein, tu as toujours des solutions à mes problèmes. Je n'oublierai jamais ce jour où tu m'as appris ma réussite au concours de médecine.

A Romain, tu sais porter le rôle d'aîné à la perfection, protecteur et calme. Une épaule sur laquelle je sais que je peux compter. Je suis fière du parcours que tu as accompli et de ton épanouissement tant sur le plan professionnel que personnel.

A Anne-So, voilà déjà des années que tu fais partie de la famille, je te remercie d'être présente pour moi, je sais que je peux compter sur toi.

Sans oublier mon **Chichou,** ta Guitare et tes Playmobil. Tu es mon neveu préféré.

A Max, le boute-en-train de la famille, tu sais être sérieux et consciencieux, ta rigueur, ta persévérance et ton investissement dans ton travail, sont des exemples pour moi. Je te remercie pour ton soutien et ces moments de partage ensemble. Je suis heureuse que nous nous soyons rapprochés ces dernières années.

A Meg, I am happy you came into our family. Thanks for making Max happy. I can't wait to share your wedding in Paros.

A ceux partis, **Mamie, Papy** pour votre amour, à ma petite **Ayo** j'aurai aimé te voir près de moi aujourd'hui et à **Papo** tu es parti bien trop tôt.

A ma Paulinette, Coco et Gasparito : mes petits caribous, je suis heureuse de vous retrouver sur le sol français.

A mes amis,

A Agathe, ma besta. C'est avec toi que tout a commencé. Merci pour ton soutien de jour comme de nuit, ton d'écoute, ses longues discussions, débats et toutes ses ouvertures de « fenêtres ». Pour cette amitié si précieuse à mes yeux, je ne désespère pas qu'un jour on puisse habiter plus près l'une de l'autre.

A Raphou, cette petite personne qui me fait fondre et qui te comble de bonheur.

A Thib, merci de m'accueillir si chaleureusement à Annecy, pense juste à changer de coiffeur.

A Mathilde, à cette deuxième première année à se serrer les coudes, ces vendredis après-midi à la BM et ces cours de physique chimie où tu as eu la patience de m'aider. Merci pour ton écoute, tes conseils, pour ton rire, ta joie de vivre. Ce petit bout de femme toujours pétillante, tu es une maman au top. Petite pensée pour **les jujus**.

A Morgane, évidemment tu t'en doutes, je vais commencer par te remercier pour ton coaching qui m'a vraiment énormément aidée pour ne pas dire sauvée !! Tu as toujours une solution à tout et ne rechigne jamais à faire des km pour tes amis, changer 3 fois de garde pour être présente, même pas peur. Merci pour ces belles années d'amitié à tes côtés, à ce fameux voyage à Londres où tout a commencé tellement « be good », à cette triloc avec la Lebreton rue de joyeuse, à Plébouille et nos dîners picards, à Louane et son jour un, à papa Nalam, à ton diadème et ton amour pour le champagne.

A Marine, étonnement tout a commencé au tennis, force est de constater que nous n'avions pas le don de Mauresmo, nous avons été bien meilleures au kiosque quelques années plus tard. Merci pour ta playlist qui nous a fait danser pendant de longues années. Merci d'être toujours présente et de m'avoir fait ce beau cadeau d'être la marraine de **Léa**.

Elias je te souhaite un joyeux anniversaire.

A Edwige, ma petite bottaïx, ma petite pépite toujours pleine d'énergie, c'est avec un immense bonheur que notre amitié grandit au fil des années. Au colonel Reyel, aux gnocchis, à ton épaule laissée à la Toussuire, à miss France, au téléfilm de Noël, à nos futurs Week-end . Tu es un petit rayon de soleil, ne l'oublie pas.

A Margaux, le redoublement aura eu un avantage : le début d'une belle amitié. Merci de m'avoir accueillie dans cette nouvelle promotion, à cette braderie de Lille avec la bottaïx, aux fêtes de dax, à nos résultats de D4 à l'autre bout du monde. Merci pour cette amitié et ces moments ensemble.

A ma Popish merci pour ton amitié. Tu as été un des éléments qui m'a fait quitter ma Normandie pour venir te retrouver à Bordeaux. A nos galères de thèse... Te voilà devenue basque mais tu restes bordelaise dans nos petits cœurs.

A Peyo merci pour ta joie de vivre, pour m'avoir fait redécouvrir les yeux d'Emilie, nous faire partager ton amour du « Pays ». Je te laisse le flambeau

A ma Juju, mon pouleeeet !! A notre première rencontre dans le hall de l'hôpital d'Agen et à ces 4 ans où nous nous sommes plus quittées. A notre coloc de love de Pau à Bordeaux en passant par Campagne et la Polynésie. A ces (très) nombreuses soirées, à ces fous rires, ces pleurs, à ton accent basque qui revient au galop après quelques verres. Mon binôme, mon Tic merci pour ces belles années d'internat à tes côtés.

Aux Rouennais,

Padou, Diane, Pierre, Léa, Martin mes normands devenus bordelais, merci pour les superbes moments passés ensemble à audrey ma beauté des îles et aux petits nouveaux fraîchement débarqués yann, meriem et alice.

A beubeu, loulou, jamou et benin pour ces belles années d'externat à vos côtés.

A mes deux lapins crétiens préférés,

Cuffinou à cette fameuse soirée au Chester, à tes « franchement » et ses nombreuses questions que tu poses sans cesse, à ce papa au top que tu es. Courage mon poulet, il paraît qu'à 3 ans c'est plus simple.

Thibault n'oublions pas que c'est un peu grâce à-moi si tu as rencontré momo, à cette voix de ténor que tu nous fait vibrer à 2h du matin, merci de ton aide et soutien.

Aux Bordelais,

Popow ma « presque » voisine d'internat, PDMI, à ces soirées croix jaune, cette perte de clés retrouvées, à Féfé qui t'a donné du fil à retordre, à tes précieux conseils tant sur le plan perso que pro, grâce à toi, élaborer un tableau Excel me semble bien moins compliqué.

Arnaud, mon neurologue un peu perché peut être mais tellement attachant.

Nonore, Quentin, Polo ces belles rencontres de l'internat.

Aux Havrais,

Il fallait que je parte à des centaines de km de Rouen pour vous connaître et être adoptée par votre grande famille et découvrir ainsi vos traditions de ricarlait.

A Chacha pour ton écoute et ta douceur, Margaux pour la célèbre « gomar », Manon pour ses soirées au montsé, Taj pour ton amour pour Akon, Fred, Colas, Seb et Galish pour votre humour et votre joie de vivre, à Marie l'instagrammeuse du groupe. Vous êtes de belles personnes, rendez-vous à la cueva.

Aux Agenais,

Mathou, Yann, Camille, Mathieu, Alex, Bounie, Flo, Didi, Aude, Chanchan... à ce premier semestre de grande colocation, à cette ambiance familiale et festive qu'on a su créer. A nos lundis bachelor, à la reine des neiges, miss apéro, nos jeudis mémorables et mes vendredis à lunettes.

Sommaire

Abréviations.....	7
INTRODUCTION.....	8
CONTEXTE DE L'ETUDE.....	11
1. Les soins palliatifs.....	11
1.1 Définition des soins palliatifs et accompagnement selon la Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs (SFAP).....	11
1.2 Le cadre législatif en France.....	11
2. La sédation.....	13
2.1 Définition.....	13
2.2 Les spécificités liées au domicile.....	15
3. Le Midazolam.....	16
3.1 Structure.....	16
3.2 Pharmacologie.....	16
3.3 Indications.....	18
3.4 Modalité d'administration du midazolam et pratique de la sédation (33).....	19
3.5 Délivrance en France.....	22
4. En Sud Gironde.....	23
4.1 Définition du territoire.....	23
4.2 Délivrance du midazolam.....	23
QUESTION DE RECHERCHE ET OBJECTIF DE L'ETUDE.....	25
METHODE.....	26
1. Caractéristiques de l'étude.....	26
1.1 Type d'étude.....	26
1.2 Description de la population étudiée.....	26
2. Méthode et déroulement de l'étude.....	26
2.1 Elaboration du questionnaire.....	26
2.2 Description du questionnaire.....	28
2.3 Recueil des données.....	28
2.4 Analyse des résultats.....	28
3. Considérations éthiques.....	29
RESULTATS.....	30
1. Taux de retour.....	30
2. Données socio-épidémiologique (correspondant à la partie 1 du questionnaire).....	32

2.1	Caractéristiques démographiques des 70 médecins.....	32
2.2	Les soins palliatifs en médecine générale	33
3.	Pratiques de la sédation (correspondant à la partie 2 du questionnaire)	37
3.1	Les cas pouvant faire envisager une sédation pour un patient par les médecins généralistes.	39
3.2	Les symptômes conduisant à une sédation d'un patient à domicile	39
3.3	Les molécules utilisées par les médecins généralistes pour une sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès à domicile.....	40
4.	Connaissances et utilisation du midazolam par les médecins généralistes en exercice libéral (correspondant à la partie 3 du questionnaire)	40
4.1	Fréquence d'utilisation du midazolam depuis le début d'exercice en médecine libérale	40
4.2	Recours à une équipe extérieure	42
4.3	Voie d'administration du midazolam	43
4.4	Posologie initiale et coanalgésie	44
4.5	Fréquence d'évaluation de la profondeur de la sédation	44
4.6	Surveillance de la profondeur de la sédation.....	45
4.7	Éléments de surveillance.....	45
4.8	Soulagement du patient.....	46
4.9	Visite à domicile	46
4.10	Évaluation des freins à l'utilisation du midazolam.....	47
5	Analyse qualitative des commentaires (correspondant à la partie 4 du questionnaire).....	49
DISCUSSION		51
1.	Forces et limites de l'étude	51
2.	Taux de participation.....	51
3.	Représentativité de la population ayant répondu	52
3.1	Choix de la population.....	52
3.2	Choix de la méthode.....	52
4.	Discussion des résultats	53
4.1	Le médecin généraliste et les soins palliatifs	53
4.2	La pratique de la sédation par les médecins généralistes (analyse de la partie 2)	54
4.3	Le respect des bonnes pratiques et des recommandations (analyse de la partie 3)	56
CONCLUSION.....		61
BIBLIOGRAPHIE		62
ANNEXES.....		67
SERMENT MEDICAL		81
Résumé.....		82

Abréviations

AFSSAPS : Agence Française de Sécurité Sanitaire de Produits de Santé

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des Produits de Santé

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

BZD : Benzodiazépine

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CPP : Comité de Protection des Personnes

DU : Diplôme Universitaire

DIU : Diplôme Inter Universitaire

DESC : Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

FC : Fréquence cardiaque

FMC : Formation Médicale Continue

FR : Fréquence respiratoire

HAD : Hospitalisation A Domicile

HAS : Haute Autorité de Santé

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

INED : Institut National des Etudes Démographiques

IM : Intramusculaire

IV : Intraveineuse

LISP : Lit Identifié en Soins Palliatifs

ONFV : Observatoire National de la Fin de Vie

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SC : Sous cutanée

SFAP : Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs

SPCMD : Sédation Profonde et Continue Maintenu jusqu'au Décès

USP : Unité de Soins Palliatif

INTRODUCTION

De manière inéluctable nous avons tous, un jour, en tant que professionnel de santé été confrontés à la mort d'un de nos patients. En France, 60 % des personnes qui décèdent sont susceptibles de relever d'une prise en charge incluant des soins palliatifs. Or ces personnes décèdent le plus souvent à l'hôpital (c'est le cas de 64 % d'entre elles) (1). Pourtant, la plupart des patients souhaitent finir leur vie dans le lieu qui leur est familier : leur domicile (81%) (2). En 2016 on compte, en France, 26% de décès à domicile et 14% en maison de retraite (3). La fréquence des décès à domicile, dans notre pays, est parmi la plus faible d'Europe. Les personnes résidant à leur domicile un mois avant leur décès présentent la plus forte probabilité de changer de lieu de séjour : moins d'un tiers passent chez elle la totalité du dernier mois de leur existence. Les départs ne se font quasiment qu'en direction de l'hôpital et à un rythme qui se renforce jusqu'au décès (4). Ce mouvement dépasse l'offre capacitaire en lits spécialisés et conduit pour la majorité des patients à mourir dans des services « classiques » voire aux urgences. Devant ce constat, les pouvoirs publics se sont mobilisés, le plan national 2015-2018 prévoit le développement des soins palliatifs à domicile.

Le médecin s'est vu confier par la société et les pouvoirs publics le rôle de pivot central de la prise en charge du patient, afin de coordonner son parcours de soins. Il est le premier acteur concerné par la prise en charge palliative des patients en fin de vie. L'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) souligne que les médecins traitants sont idéalement placés pour coordonner l'accompagnement de patients en soins palliatifs, pour plusieurs raisons: leur proximité géographique, leur approche globale et continue du patient, et le lien de confiance qu'ils entretiennent avec ses proches (5). Selon le rapport de l'Observatoire Nationale de la Fin de Vie (ONFV), un grand nombre de médecins vit cet accompagnement comme une forme de responsabilité vis-à-vis du patient et nombreux d'entre eux se sont retrouvés en difficultés face à ces situations (2).

En effet, outre les difficultés d'ordre conceptuel éthique que la fin de vie peut soulever, des difficultés d'ordre pratique et organisationnel ont été soulevées à plusieurs reprises. L'accessibilité au midazolam et son indisponibilité en dehors de l'hôpital ne rendent pas son accès et son utilisation facile pour la médecine ambulatoire et a été dénoncée par de nombreux médecins généralistes de ville (6). Raskopf G, en 2017, met en évidence dans sa thèse que pour 85.2% des médecins interrogés, le frein limitant la mise en place d'une sédation à domicile est l'accès au midazolam en ville (7). Actuellement tout médecin est autorisé à prescrire cette molécule, cependant elle est délivrable soit par une Hospitalisation à domicile (HAD) qui a été sollicitée pour prendre en charge le patient, soit par rétrocession hospitalière. Ce dernier dispositif nécessite le déplacement des familles à la pharmacie hospitalière (à un moment où les proches sont souvent épuisés et très occupés par la situation à domicile).

Une affaire judiciaire récente a vu le jour, en novembre 2019, un médecin de Seine Maritime a été mis en examen, à la suite du décès de cinq malades pour « administration de substances nuisibles ayant entraîné la mort sans intention de la donner à une personne vulnérable ». Il lui est reproché une prescription illégale du midazolam en se le procurant en dehors de la rétrocession hospitalière. Ce médecin affirme une volonté de soulagement de son patient et réfute une éventuelle démarche d'euthanasie. Cette mise en examen a particulièrement choqué la profession et une pétition de soutien a été signée par de nombreux praticiens ainsi que nombreux spécialistes en soins palliatifs (8).

Jean Léonetti dans un article du journal *Le Monde* 10 janvier 2020 déclare « il faudra bien permettre, sous contrôle, d'utiliser tous les produits qui permettent la non souffrance, y compris à domicile, c'est une évidence citoyenne! » (9). Dans ce contexte le Ministère de la Santé et des Solidarités soutenu par la Haute Autorité de Santé (HAS) a publié un communiqué de presse le 10 février 2020. La Ministre des Solidarités et de la Santé, Agnès Buzyn précise qu'elle « permettra d'ici 4 mois la dispensation en ville du midazolam injectable aux médecins qui prennent en charge des patients en fin de vie à leur domicile. Sa dispensation en ville permettra aux professionnels de santé de répondre à la demande des patients et de leurs familles de pouvoir choisir de finir leurs jours à domicile » (10).

En Février 2020, l'HAS publie de nouvelles recommandations de bonnes pratiques expliquant les modalités d'utilisation des médicaments de la sédation, y compris pour le domicile (11). L'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM) devait procéder à une modification de l'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) du midazolam et le ministère des Solidarités et de la Santé devait définir un parcours sécurisé prévoyant notamment l'obligation pour le prescripteur de passer une convention avec une équipe mobile ou un service hospitalier de soins palliatifs afin de garantir la collégialité de la décision ainsi que l'accompagnement et le suivi des patients. Sa dispensation par les pharmacies de ville était initialement prévue pour juin 2020.

En Gironde, après plusieurs échanges avec les Conseils de l'Ordre des médecins, des pharmaciens, les équipes de soins palliatifs notamment le président de l'ESTEY, à ce jour les modalités de délivrance du midazolam n'ont pas changé. Il est également possible que la tension sur les stocks de midazolam en période de crise sanitaire Sars Cov2 ait fait privilégier l'utilisation cette molécule pour les services de réanimation.

Compte tenu de la crise sanitaire liée au COVID-19, les médecins généralistes ont dû faire face à une augmentation des situations palliatives notamment dans les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) mais aussi à domicile. Et, même si actuellement, la délivrance du midazolam n'a pas évolué, les questions des médecins généralistes et leurs difficultés sont toujours présentes et d'actualité.

De nombreuses études ou thèses se concentrent sur les difficultés des médecins généralistes face à la sédation. Il en ressort un manque de formation des médecins généralistes et de disponibilité du midazolam(12);(13);(14). En revanche les connaissances des médecins généralistes de la molécule, l'usage qu'ils envisagent, n'ont pas été étudiés. Devant la dynamique actuelle de rendre le midazolam accessible en pharmacie de ville, il nous semble intéressant de l'étudier. C'est l'objet de notre travail.

CONTEXTE DE L'ETUDE

1. Les soins palliatifs

1.1 Définition des soins palliatifs et accompagnement selon la Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs (SFAP)

« Les soins palliatifs sont des soins actifs délivrés dans une approche globale de la personne atteinte d'une maladie grave, évolutive ou terminale. L'objectif des soins palliatifs est de soulager les douleurs physiques et les autres symptômes, mais aussi de prendre en compte la souffrance psychique, sociale et spirituelle. Les soins palliatifs et l'accompagnement sont interdisciplinaires. Ils s'adressent au malade en tant que personne, à sa famille et à ses proches, à domicile ou en institution. La formation et le soutien des soignants et des bénévoles font partie de cette démarche. Les soins palliatifs et l'accompagnement considèrent le malade comme un être vivant, et la mort comme un processus naturel. Ceux qui dispensent des soins palliatifs cherchent à éviter les investigations et les traitements déraisonnables (communément appelés acharnement thérapeutique). Ils se refusent à provoquer intentionnellement la mort. Ils s'efforcent de préserver la meilleure qualité de vie possible jusqu'au décès et proposent un soutien aux proches en deuil. Ils s'emploient par leur pratique clinique, leur enseignement et leurs travaux de recherche, à ce que ces principes puissent être appliqués. » (15).

1.2 Le cadre législatif en France

La circulaire du 26 Aout 1986 appelée circulaire Laroque est relative à l'organisation des soins et à l'accompagnement des malades en phase terminale.

La notion de soins d'accompagnement au domicile du malade devant être dispensés dans les meilleures conditions, tenant en compte de l'environnement psychologique et matériel du malade et de sa famille, de la formation des intervenants et de l'interaction hôpital – domicile.

Y sont aussi définies, les caractéristiques des premières Unités de Soins Palliatifs (USP) (16).

La Loi du 9 Juin 1999 affirme que toute personne malade, dont l'état le requiert, a le droit d'accéder à des soins palliatifs et à un accompagnement. Ces soins sont pratiqués par une équipe interdisciplinaire en institution ou à domicile (17).

La loi du 4 Mars 2002 dite « loi Kouchner » relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé insiste sur l'importance de soulager la douleur du patient, « en toute circonstance ». Aucun acte

médical, ni traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé du patient. Le médecin est tenu d'apporter une information claire, précise, loyale et appropriée.

Cette loi introduit la notion de personne de confiance (18).

Loi 22 Avril 2005 dite « loi Leonetti » relative aux droits des malades et à la fin de vie met l'accent sur de nouveaux points. L'absence d'obstination déraisonnable, l'importance de sauvegarder la dignité du mourant et d'assurer la qualité de sa vie en dispensant les soins visés. La possibilité d'utiliser des traitements à double effet pouvant soulager une souffrance et pouvant avoir pour effet secondaire d'abrèger la vie. Ces décisions ne pouvant être réalisées sans avoir respecté une procédure collégiale définie par le code de déontologie médicale et sans avoir consulté la personne de confiance, famille ou à défaut un proche. Toute décision doit être inscrite dans le dossier médical (19).

La loi 2 février 2016 dite « loi Claeys- Leonetti » a créé de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie. Elle renforce la loi précédente et clarifie les conditions de l'arrêt des traitements au vu d'un refus de l'obstination déraisonnable. Elle insiste sur la notion de droit et de respect de la volonté du patient (par notamment les directives anticipées) ainsi que les devoirs et la responsabilité du médecin. Elle instaure la notion de Sédation Profonde et Continue Maintenu jusqu'au Décès (SPCMD) (20). A la demande du patient qui souhaite éviter toute souffrance et ne pas subir d'obstination déraisonnable:

- Lorsque le patient est atteint d'une affection grave et incurable et dont le pronostic vital est engagé à court terme présente une souffrance réfractaire aux traitements.
- Lorsque la décision du patient, atteint d'une affection grave et incurable, d'arrêter un traitement engage son pronostic vital à court terme et est susceptible d'entraîner une souffrance insupportable.

Lorsque le patient ne peut pas exprimer sa volonté et, au titre du refus de l'obstination déraisonnable, dans le cas où le médecin arrête un traitement de maintien en vie, celui-ci applique une SPCMD, associée à une analgésie. La mise en œuvre d'une SPCMD, pose la question de la bonne utilisation des médicaments prescrits (indication, mise en œuvre et surveillance) et la question de l'accès aux médicaments quel que soit le lieu de soins où se trouve le patient, hôpital, domicile, EHPAD. La loi insiste sur une meilleure prise en charge de la souffrance réfractaire du malade en phase avancée ou terminale par des traitements analgésiques et sédatifs (20).

Le **décret du 3 Aout 2016** modifie le code déontologique médicale et relatif aux procédures collégiales et au recours à la SPCMD afin d'aider les praticiens dans leur démarche (21).

Malgré les différentes lois et circulaires établies, il existe encore à l'heure actuelle une méconnaissance et un faible recours aux soins palliatifs. Le **plan d'action 2021-2024** met l'accent sur l'importance de

garantir à tous l'accès aux soins palliatifs et à l'accompagnement, dans l'ensemble du territoire et dans tous les lieux de vie. Pour ce faire, trois grands axes y sont détaillés:

- Favoriser l'appropriation des droits en faveur des personnes en fin de vie : L'objectif est que chacun connaisse ses droits en matière de fin de vie, promouvoir la « culture palliative » avec notamment des campagnes nationales d'information, mieux faire connaître le Centre National des Soins Palliatifs et de la Fin de Vie (CNSPFV).
- Conforter l'expertise en soins palliatifs en développant la formation et en soutenant la recherche : L'objectif est la diffusion des bonnes pratiques en soins palliatifs, la formation de toutes les filières de santé, garantir l'adéquation des ressources aux besoins, l'anticipation de la fin de vie par les professionnels de santé.
- Définir des parcours de soins gradués et de proximité en développant l'offre de soins palliatifs, renforcer la coordination avec la médecine de ville en garantissant l'accès à l'expertise avec notamment le financement d'astreintes de soins palliatifs offrant une permanence d'appui aux professionnels du territoire (assurées entre autre par les EMSP et articulées avec les dispositifs existants dont les astreintes gériatriques), le renforcement des équipes palliatives existantes et financement de structures palliatives complémentaires (création d'USP dans les territoires dépourvus de ces structures, renforcement ou création d'EMSP à vocation territoriale) et le développement d'articulations ville-hôpital-médico-sociale (cellule d'animation régionale de soins palliatifs, CPTS..). Mais aussi, donner de nouvelles marges de manœuvre aux acteurs à domicile et en EHPAD : Développer davantage l'HAD notamment dans les EHPAD, développer l'accès aux pratiques sédatives à visée palliative à domicile et accompagner la mise à disposition du midazolam en officine de ville (22).

2. La sédation

2.1 Définition

Le mot sédation vient du latin « sedare » qui signifie apaiser, calmer. Elle est utilisée en médecine dans différentes situations: en anesthésie, en réanimation, en médecine d'urgence, en psychiatrie et en soins palliatifs. Dans son rapport initial, Jean Léonetti reprend la définition de la sédation de Marie-Sylvie Richard comme étant un « sommeil artificiel permettant de calmer le patient et de lui faire passer un cap parfois trop douloureux. Elle est vigile ou consciente quand elle altère peu le niveau de conscience; elle est profonde lorsqu'elle provoque une altération de la conscience et une incapacité de répondre de façon adaptée à la commande verbale » (23).

Les recommandations de la SFAP de 2009, la définissent comme « la recherche par des moyens médicamenteux d'une diminution de la vigilance pouvant aller jusqu'à la perte de conscience. Le but est de diminuer ou faire disparaître la perception d'une situation vécue comme insupportable par le

patient alors que tous les moyens disponibles et adaptés à cette situation ont pu lui être proposés et/ou mis en œuvre sans permettre d'obtenir le soulagement escompté ».(24)

En théorie il existe deux catégories de pratiques sédatives à visée palliative en fin de vie se distinguant par leur durée et intensité:

- La sédation dite « proportionnée » dont la profondeur et la durée sont proportionnelles au soulagement du symptôme. Elle peut être transitoire, intermittente et potentiellement réversible.
- La sédation dite « profonde et continue maintenues jusqu'au décès » (SPCMD) est une suspension complète de la conscience poursuivie jusqu'au décès.

L'évaluation de la profondeur de la sédation se fait via l'échelle de Richmond (RASS) la plus recommandée à l'international (Annexe 1). Elle limite les interprétations liées à la subjectivité des soignants. Néanmoins l'échelle de Rudkin peut aussi être utilisée (Annexe 2). Une sédation est dite profonde lorsque le score de Richmond (RASS) est à -4 ou -5 ou celui de Rudkin à 5.

Les situations dans lesquelles la question d'une sédation se pose sont exceptionnelles, singulières et complexes. Elles ne sont pas clairement définies dans la littérature médicale mais en pratique la SFAP décrit deux catégories:

- Les complications aiguës à risque vital immédiat en phase terminale: hémorragies cataclysmiques (ORL, pulmonaires, digestives) et détresse respiratoire asphyxique.
- Les symptômes réfractaires en phase palliative ou terminale.

Le caractère réfractaire est défini déjà depuis 1994 « pour tout symptôme dont la perception par le patient est insupportable et qui ne peut être soulagé en dépit des efforts obstinés pour trouver un protocole thérapeutique adapté sans compromettre la conscience du patient » (25). En 2018, l'HAS reprend la définition comme « tout symptôme dont tous les moyens thérapeutiques et d'accompagnement disponibles et adaptés ont été proposés et/ou mis en œuvre : sans obtenir le soulagement escompté par le patient; ou qu'ils entraînent des effets indésirables inacceptables ; ou que leurs effets thérapeutiques ne sont pas susceptibles d'agir dans un délai acceptable pour le patient » (26).

Nombreux symptômes, donnant lieu à une sédation, sont recensés dans la littérature comme : des douleurs intenses, une détresse respiratoire, un état d'anxiété ou d'angoisse, les états confusionnels, les états de panique, les mouvements anormaux parfois même les troubles du sommeil, ou nausées et vomissements. Une revue de la littérature examine les articles entre janvier 2014 et décembre 2019 et recense 10 articles prospectifs dont les symptômes réfractaires les plus fréquemment rapportés étaient un syndrome confusionnel aigu (41-89%), la douleur (25-65%) et la dyspnée (16-59%) (27).

Cette liste n'est néanmoins pas exhaustive, tout symptôme en phase palliative peut être une indication pour une sédation intermittente ou transitoire. C'est le caractère réfractaire et la pénibilité de ce dernier pour la personne malade qui justifie la mise en place d'une sédation.

2.2 Les spécificités liées au domicile

Dans de récentes revues de la littérature, la sédation palliative à domicile n'est pas considérée comme un problème spécifique (28);(29). Les recommandations européennes de l'European Association for Palliative Care (EAPC) (30), le National Hospice and Palliative Care Organization (NHPCO) (31) ou encore la société québécoise des médecins de soins palliatifs (32) valident la réalisation à domicile d'une sédation et sont globalement homogènes aux recommandations françaises.

Les conditions préalables suivantes sont nécessaires pour envisager une sédation à domicile : (24)

- L'accord et consentement de la personne concernée et de sa famille
- Possibilité d'une présence continue au domicile (famille, proche, bénévole, auxiliaire de vie..)
- Un logement adapté non isolé, avec possibilité d'installer un minimum d'équipement de confort (23)
- Les équipes doivent avoir une compétence en soins palliatifs. Si cette compétence n'est pas présente il est nécessaire de faire appel à des personnes ressources (EMSP, réseau de soins palliatifs, USP....)
- S'appuyer sur les structures disposant d'une équipe spécialisée en soins palliatifs afin d'avoir un médecin référent (il peut être médecin de EMSP, réseau ou équipe de soins palliatifs de l'hôpital, médecin de l'HAD ayant les compétences en soins palliatifs, médecin de l'USP géographiquement proche, médecins référents des LISP...)
- Le personnel référent et compétent doit être prévenu et joignable
- Disponibilité du médecin pour faire des visites régulières
- Possibilité d'un suivi infirmier régulier
- Possibilité de contacter un médecin ou infirmier à tout moment
- Disponibilité du médicament ou accessibilité d'une pharmacie hospitalière autorisée à la rétrocession de médicament
- Prescriptions anticipées et personnalisées écrites, expliquées et réévaluées
- Cette décision doit faire l'objet d'une procédure collégiale c'est-à-dire la concertation du médecin prenant en charge le patient avec les membres de l'équipe soignante et l'avis motivé d'au moins un médecin extérieur à l'équipe. C'est un processus de délibération collective.

Les recommandations de l'HAS mettent l'accent sur l'importance d'une prise en charge à domicile en équipe (33);(26). Si les conditions ci-dessus ne sont pas remplies un transfert en milieu hospitalier ou une hospitalisation via une HAD doit être envisagée afin de réaliser la sédation.

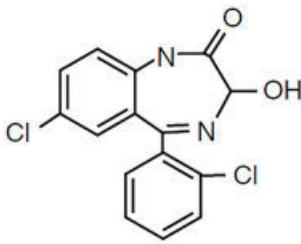
La prise en charge de la fin de vie à domicile est très complexe et nécessite:

- La disponibilité du médecin généraliste
- Une coordination et communication entre les différents acteurs de santé
- L'implication du patient et de son entourage
- La recherche d'un éventuel épuisement des proches est primordiale pour ne pas risquer d'hospitaliser le patient dans un état instable ou inconfortable.

3. Le Midazolam

3.1 Structure

Le midazolam a été synthétisé en 1976 par Walser et Fryer et mis sur le marché en France en 1986. C'est une imidazobenzodiazépine, commercialisée en France sous le nom d'Hypnovel®. Son nom chimique est le 8-chloro-6-(2-fluorophényl)-1-méthyl-4H-imidazo(1,5-a)(1-4)-benzodiazépine. Sa formule brute est (C₁₈H₁₃N₃ClF).



Midazolam

3.2 Pharmacologie

3.2.1 Propriétés pharmacodynamiques

Elle possède comme principales propriétés pharmacologiques une action :

- Sédatif
- Hypnotique
- Anxiolytique
- Anti convulsivant
- Myorelaxant

Avec la particularité lors de l'activité maximale du produit de provoquer une amnésie antérograde.

Il existe un effet respiratoire lié à une dépression centrale par inhibition de la réponse ventilatoire au dioxyde de carbone et des muscles thoraco-abdominaux (34). La solubilité du midazolam dans l'eau est dépendante du pH. Au pH physiologique, le midazolam est une molécule très lipophile ce qui lui confère sa rapidité d'action. Il est relativement basique de par son cycle imidazole, cela permet la formation de

sels tels que des chlorhydrates hydrosolubles en milieu acide. Cela produit une solution pour injection stable, bien tolérée et présentant une durée d'action courte.

3.2.2 Mécanisme d'action

Ses différentes propriétés sont liées à son affinité pour les sites de liaisons spécifiques aux benzodiazépines au niveau cérébral (récepteur aux benzodiazépines (BZD)). Ce récepteur fait partie intégrante d'un complexe supra moléculaire comportant : un canal chlore, un récepteur aux BZD et un récepteur GABA. Le midazolam en se liant sur son récepteur (agoniste BZD) favorise l'action du récepteur GABA, ce qui augmente l'ouverture du canal chlore et la pénétration des ions chlore, produisant ainsi une hyperpolarisation de la membrane cellulaire, à l'origine des propriétés pharmacologiques du benzodiazépine. Les récepteurs centraux (situés dans les régions : limbique, amygdale, hippocampe) seraient responsables des activités sédatives et anti convulsivantes par l'accumulation de GABA et donc, par le renforcement de son action (35).

Trois types de ligands agissent au niveau du site des BZD:

- Agonistes classiques (midazolam).
- Antagonistes compétitifs des BZD: le flumazenil: grande affinité pour le récepteur mais pas d'action sur le couplage entre récepteur GABA et canal chlore.
- Agonistes inverses: Bcarboline; diminution du couplage et augmentation de l'excitabilité neuronale (36).

3.2.3 Propriétés pharmacocinétiques

Le midazolam peut être administré par voie orale, rectale, intramusculaire (IM), sous cutanée (SC) ou intraveineux (IV) (La forme orale à une AMM en pédiatrie). L'administration par voie intraveineuse reste à privilégier car elle permet une action plus rapide, adaptée pour une titration et plus stable(37). Lorsqu'aucun abord veineux n'est accessible, la voie sous cutanée est à utiliser (33).

Biodisponibilité	Demi vie plasmatique	Délai d'action	Durée d'action
IV : 96% IM : 90% SC : 96% Rectal : 50% Oral : 35-50%	2-4h *	IV : 2- 3 min IM : 5min SC : 5 à 10 min Rectal, oral : 15min	15 minutes à plusieurs heures

*Diminuée chez l'enfant et augmentée chez le sujet âgé, insuffisant hépatique ou rénal.

Tableau 1 : Propriétés pharmacocinétiques du midazolam

Après oxydation hépatique, l'élimination du midazolam est essentiellement rénale. Sa demi-vie d'élimination est comprise entre 1.5 et 2.5 heures. Son administration doit toujours se faire avec une adaptation individuelle par ajustement de la posologie initiale et une évaluation clinique régulière. Il existe de fortes variations interindividuelles, notamment de l'élimination midazolam, ne permettant pas de prédire la dose d'entretien nécessaire exacte.

Dans certains cas, une tolérance peut survenir lors d'usage prolongé obligeant à augmenter les doses avec un risque d'accumulation entraînant un allongement du délai de réveil à l'arrêt.

En résumé les avantages du midazolam sont:

- Sa demi-vie courte (2-4h)
- Son effet sédatif dose dépendant
- Son caractère hydrosoluble permettant des voies d'administration variées
- Sa maniabilité et sa réversibilité
- Sa marge de sécurité thérapeutique
- Sa facilité d'emploi
- Son moindre coût
- Utilisable quels que soient l'âge et le lieu (hôpital, domicile, EHPAD).
- On note tout de même certains **inconvénients**:
- Dose d'entretien à ajuster régulièrement
- Possible accoutumance
- Réveils intempestifs dus à des fluctuations d'effet
- Résistance de certains patients au midazolam

3.3 Indications

L'autorisation de mise sur le marché (AMM) du midazolam concerne: (34)

- La sédation vigile avant et pendant les procédures à visée diagnostique ou thérapeutique
- L'anesthésie
- La sédation en unité de soins intensifs

Hors AMM , il est utilisé depuis plusieurs années dans le domaine des soins palliatifs.

Selon les recommandations de bonne pratique de 2011 de AFSSAPS (38), le midazolam est indiqué en première intention :

- A l'occasion de soins douloureux, en complément d'un traitement antalgique
- Lors d'une sédation en phase terminale pour une détresse ou un symptôme réfractaire.

Les indications ont été précisées dans les recommandations de la SFAP (26) lors :

- D'une sédation proportionnée intermittente en phase palliative ou terminale pour un symptôme réfractaire.
- D'une sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès (encadrée par la loi du 2 février 2016).

= A la demande du patient :

- s'il présente une souffrance réfractaire aux traitements alors qu'il est atteint d'une affection grave et incurable et que le pronostic vital est engagé à court terme.
- si, atteint d'une affection grave et incurable, il décide d'arrêter un traitement et que cette décision engage son pronostic vital à court terme et est susceptible d'entraîner une souffrance insupportable.

= Chez un patient qui ne peut pas exprimer sa volonté : si le médecin arrête un traitement de maintien en vie au titre du refus de l'obstination déraisonnable, il met en œuvre une SPCMD sauf si le patient s'y est opposé dans ses directives anticipées.

3.4 Modalité d'administration du midazolam et pratique de la sédation (33)

Deux méthodes d'instauration de traitement sont possibles:

- Une dose de charge suivie d'un débit d'entretien.
- Un débit d'entretien à augmenter progressivement sans dose de charge.

Pour rappel (cf. pharmacologie), une titration initiale IV direct est souhaitable, tant que possible.

	IV		SC	
<u>Sédation proportionnée</u>	Avec titration	Sans titration	Avec dose de charge	Sans dose de charge
Posologie initiale	0.5 à 1mg (en 30 sec)	0.5 à 1mg/h	0.05 à 0.1mg/kg	0.5 à 1mg/h
Renouveler toutes ... min jusqu'à l'obtention de la profondeur de sédation nécessaire au soulagement	2-3 min		20-30 min	
Adaptation		Augmentation par palier de 1mg/h toutes les 30 min <i>jusqu'à l'obtention de la profondeur de sédation nécessaire au soulagement</i>		Augmentation par paliers de 1mg/h toutes les 30 min <i>jusqu'à l'obtention de la profondeur de sédation nécessaire au soulagement</i>
Dose entretien horaire (si nécessaire)	= 50% de la dose cumulée nécessaire <i>Pour obtenir la profondeur de sédation nécessaire au soulagement</i>	= 50% de la dose nécessaire <i>Pour obtenir la profondeur de sédation nécessaire au soulagement</i>	= 50% de la dose cumulée nécessaire <i>Pour obtenir la profondeur de sédation nécessaire au soulagement</i>	= 50% de la dose nécessaire <i>Pour obtenir la profondeur de sédation nécessaire au soulagement</i>
Doses intercurrentes (si nécessaire) (Prescription à anticiper)	= à la dose reçue en 1h = toutes les 2-3min		= à la dose reçue en 1h = toutes les 20-30 min	

Tableau 2 : Sédation proportionnée par midazolam

<u>SCMJJD</u>	IV		SC	
	Avec titration	Sans titration	Avec dose de charge	Sans dose de charge
Posologie initiale Renouveler toutes ... min <i>jusqu'à obtenir la dose nécessaire pour obtenir un score de -4 ou -5 sur l'échelle Richmond</i>	1mg (en 30 sec) 2-3 min	1mg/h	0.05 à 0.1mg/kg 20-30 min	0.5 à 1mg/h
Adaptation		Augmentation par palier de 1mg/h toutes les 30 min <i>jusqu'à obtenir la dose nécessaire pour obtenir un score de -4 ou -5 sur l'échelle Richmond</i>		Augmentation par paliers de 1mg/h toutes les 30 min <i>jusqu'à obtenir la dose nécessaire pour obtenir un score de -4 ou -5 sur l'échelle Richmond</i>
Dose entretien horaire (si nécessaire)	= 50% à 100% de la dose cumulée nécessaire <i>pour obtenir un score de -4 ou -5 sur l'échelle Richmond</i>		= 50 à 100% de la dose cumulée nécessaire <i>pour obtenir un score de -4 ou -5 sur l'échelle Richmond</i>	
En cas de réveil	Bolus 1mg en 30sec toutes les 2min		Bolus par voie IV uniquement	

Tableau 3 : Sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès par midazolam

Cas particuliers: Chez le sujet âgé ou en cas d'insuffisance d'organe, de dénutrition sévère ou de déshydratation les doses sont réduites et l'évaluation espacée.

Lors de l'initiation d'une sédation, le soignant doit rester présent jusqu'à ce que le patient soit stabilisé. Le médecin doit rester joignable durant le temps de la sédation (39).

L'évaluation clinique et la surveillance sont recommandées toutes les 15 minutes pendant la première heure puis au minimum deux fois par jour au domicile.

Trois critères conduisent à adapter les posologies :

- La profondeur de la sédation : évaluée à l'aide de l'échelle vigilance-agitation de Richmond
- Le degré de soulagement du patient : évalué le soulagement du symptôme réfractaire, à l'aide d'échelle d'hétéro évaluation
- Les effets indésirables : réveil avec syndrome confusionnel, tachyphylaxie, dépression respiratoire, agitations...(38)

La surveillance des paramètres physiologiques (tension artérielle, saturation en oxygène) est arrêtée dans une SPCMD. Seule la surveillance de la fréquence respiratoire (FR) et de la fréquence cardiaque (FC) est poursuivie (26). La douleur ne doit pas être sous-estimée et l'utilisation des antalgiques doit être systématique lors d'une SPCMD.

3.5 Délivrance en France

Actuellement la délivrance du midazolam se fait soit par rétrocession hospitalière, soit par l'HAD. La rétrocession hospitalière est la dispensation par la pharmacie de l'hôpital, des médicaments à usage intérieur pour des patients non hospitalisés (Article R5126-102). Elle se justifie par des raisons de contraintes de distribution, de sécurité de l'approvisionnement ou encore par la nécessité d'effectuer un suivi des prescriptions ou de la délivrance de ces médicaments. Le midazolam peut être rétrocédé par une pharmacie hospitalière sur prescription de tout médecin, dans le cadre de soins palliatifs (décret décembre 2004).

La prescription doit être réalisée sur ordonnance non sécurisée, le médecin indique :

- Son nom, sa qualification, le titre ou sa spécialité, son identifiant, son adresse, sa signature
- La date à laquelle l'ordonnance est rédigée
- Le nom, prénom, âge, sexe du patient et si besoin son poids et sa taille
- La dénomination du médicament prescrit, la posologie et le mode d'emploi, la durée du traitement, le nombre d'ampoules nécessaire
- La mention « dans le cadre d'une prise en charge palliative »

Depuis le 14 juin 2021 un arrêté modifie les modalités de délivrance du midazolam qui sera désormais soumis aux conditions de prescription et de délivrance des médicaments stupéfiants ou assimilés stupéfiants, le rendant accessible en pharmacie de ville (40).

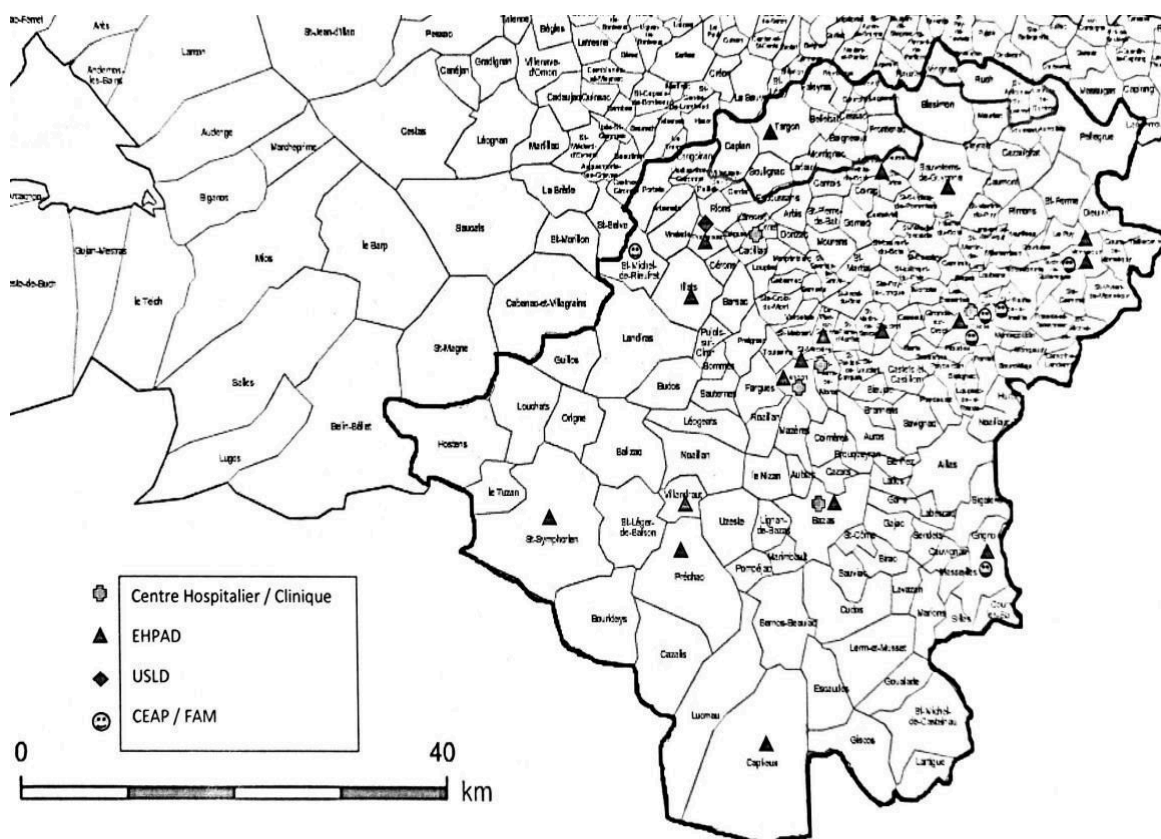
4. En Sud Gironde

4.1 Définition du territoire

Le Sud Gironde est un vaste territoire de la Gironde, s'étendant sur plus de 2300 Km².

Ce territoire compte trois structures hospitalières de SP:

- 5 Lits identifiés soins palliatifs (LISP) dans le centre hospitalier de la Réole
- une EMSP à Langon
- une HAD à Langon



Carte Sud Gironde : Territoire du Sud Gironde depuis la fermeture du réseau l'ESCALE

4.2 Délivrance du midazolam

La rétrocession hospitalière du midazolam sur le territoire, pour tout médecin généraliste qui souhaiterait le débiter pour l'un de ses patients en fin de vie est faite par la pharmacie hospitalière du Centre Hospitalier Sud Gironde. La rétrocession de ce médicament est organisée sur les sites de Langon ou de La Réole. Il n'y a pas de rétrocession de ce médicament dans les pharmacies hospitalières du CH de Bazas ou du CHS de Cadillac.

Le médecin généraliste prend, au préalable, contact avec l'un des médecins des équipes de soins palliatifs, qui contresignent l'ordonnance de midazolam pour la pharmacie hospitalière. Toute prescription a l'obligation d'être validée par un médecin de soins palliatifs. Les demandes par les médecins généralistes restent rares, environ 1 tous les 3 mois d'après le pharmacien actuel de l'hôpital de Langon.

QUESTION DE RECHERCHE ET OBJECTIF DE L'ETUDE

Question de recherche

Quelles sont les connaissances, l'usage, et les attentes théoriques des médecins généralistes sur le midazolam dans le Sud Gironde?

Objectif de l'étude

L'objectif principal de notre étude est de faire un état des lieux des connaissances et des pratiques futures d'utilisation du midazolam par les médecins généralistes du territoire Sud Gironde.

Les objectifs secondaires sont :

- Identifier les indications d'utilisation du midazolam par les médecins généralistes.
- Mettre en évidence ou non, la concertation avec une équipe spécialisée lors de la prescription de midazolam.
- Mettre en évidence les différents freins à l'utilisation du midazolam par les médecins généralistes.
- Identifier les connaissances des médecins généralistes, à propos du midazolam, en fonction de leurs âges, leurs formations initiales, la distance entre leurs cabinets médicaux et l'hôpital.

METHODE

1. Caractéristiques de l'étude

1.1 Type d'étude

Il s'agit d'une étude observationnelle de type descriptive par une approche mixte (quantitative et qualitative).

1.2 Description de la population étudiée

La population est composée de 150 médecins exerçant la médecine générale installés en Sud Gironde. Le territoire a été défini avec l'équipe de Soins Palliatifs de La Réole : le lieu d'activité de l'EMSP et de l'HAD étant le Sud Gironde.

Ces médecins peuvent travailler seuls ou en groupes, dans une maison de santé ou autre, ayant ou non une activité en soins palliatifs.

10 médecins ont été exclus, ils avaient un mode d'exercice particulier exclusif: acupuncture, homéopathie, angiologie, médecine d'expertise, médecine du sport.

2. Méthode et déroulement de l'étude

L'étude a été réalisée au moyen d'un questionnaire auto administré envoyé par voie postale.

Une recherche bibliographique dans les bases de données VigiPallia, Pubmed, Cismef et Sudoc a été effectuée avec les mots clés: Sédation, soins palliatifs, midazolam, domicile, médecin généraliste.

Il en résulte qu'aucun outil de mesure ou questionnaire francophone validé ne correspondait à l'objectif de notre étude.

Aussi l'élaboration d'un questionnaire spécifique à notre étude a été nécessaire.

2.1 Elaboration du questionnaire

L'élaboration du questionnaire a commencé en avril 2021 et a été finalisée en juin 2021. Elle s'est construite en deux phases; la première phase est décrite ici afin de se concentrer sur le questionnaire dans la partie résultats.

- Une première dite « phase exploratoire », dont l'approche est qualitative. Elle consiste en la réalisation d'entretien téléphonique auprès de médecin généraliste. Ces médecins étaient choisis par réseau de connaissance, des profils proches de la population cible était privilégiés, mais ils n'exerçaient pas dans le territoire de Sud Gironde afin de conserver l'effectif complet pour la deuxième phase.

Au final trois entretiens ont été réalisés, enregistré et retranscrit.

	Sexe	Age	Durée de l'entretien
1 ^{er} Entretien	Femme	30	16 min
2 ^e Entretien	Homme	50	19min
3 ^e Entretien	Homme	40	54min

Tableau 4 : Caractéristiques et durée des entretiens des médecins interrogés

Les thèmes ressortis sont :

- La concertation entre professionnel, avis auprès d'une équipe spécialisé (HAD ou EMSP)
- La présence de l'entourage, de la famille
- La prise en charge de fins de vies est peu fréquente
- Symptômes conduisant à une sédation: anxiété, détresse respiratoire, accès douloureux
- Peu de connaissances sur les échelles de sédation
- Les freins à l'utilisation du midazolam: temps passé à domicile, des situations chronophages, la difficulté à mettre en place une sédation à domicile, le manque de formation, la disponibilité du traitement
- Absence de différenciation par les médecins généralistes des différents types de sédations (proportionnée et SPCMD)

Les données issues des entretiens ont permis de ressortir des éléments justifiant ce que l'on a questionné par la suite.

- Une deuxième phase « dite évaluative », dont l'approche est quantitative. Nous avons construit nos questions à partir des thèmes issus de la revue de la littérature (intégrant des thèses de médecine), des entretiens téléphoniques exploratoires et de notre expérience professionnelle. Ensuite nous avons testé le questionnaire auprès de médecins généralistes exerçant à Bordeaux. Leur contact nous a été donné par le Dr MONNIER Pauline (médecin de EMSP de l'ESTEY), ainsi que des médecins exerçant en Seine Maritime choisis par réseau de connaissances.

Cette étape a permis d'évaluer :

- L'acceptabilité du questionnaire en termes de longueur : Ils ont jugé acceptable.
- Le temps de réponse nécessaire : Ils ont estimé leur temps de réponse à 15 minutes.
- La pertinence et la clarté des questions proposées : Ils ont jugé certaines questions manquant de précision.

Ceci a permis de rectifier certaines questions. La version finale du questionnaire a été validée après le retour de ces professionnels.

A noter que pour les deux phases nous avons bénéficié de l'aide méthodologique d'une anthropologue de la santé du CHU de Bordeaux, Helene HOARAU (URISH, CHU Bordeaux).

2.2 Description du questionnaire

Le questionnaire se compose de 5 pages ; il comprend 4 parties, 26 questions dont 25 fermées et 1 ouverte (Annexe 3).

La première partie explore les éléments socio épidémiologiques de la population étudiée.

La deuxième partie est destinée aux médecins ayant déjà effectués, lors d'une fin de vie, une sédation à domicile et d'évaluer leur pratique sédative. Les autres répondants passent directement à la troisième partie.

La troisième partie évalue les connaissances d'utilisation du midazolam en exercice libéral.

La quatrième partie est composée d'une partie libre sur l'utilisation du midazolam permettant au médecin de s'exprimer d'avantage et de donner leur opinion à ce sujet.

2.3 Recueil des données

Le recueil de données s'est effectué entre le 1^{er} juillet 2021 et le 31 août 2021. Les coordonnées des médecins ont été recueillies via l'annuaire Ameli et les pages jaunes, adresses vérifiées lors de l'appel téléphonique préalable. L'objectif était de contacter tous les médecins généralistes afin d'avoir le maximum de réponse, sur la base du volontariat.

Nous avons contacté les 140 médecins généralistes par téléphone quelques jours avant l'envoi du questionnaire, afin de leur présenter le sujet de l'étude. Lorsque ces derniers n'étaient pas joignables directement un message était laissé auprès de leur secrétariat, d'un confrère ou sur un répondeur.

Le questionnaire a ensuite été adressé par voie postale. Les questionnaires étaient accompagnés d'une lettre d'information (Annexe 4) expliquant les objectifs de l'étude, l'actualité concernant le midazolam, l'anonymat des questionnaires, le droit des médecins sur le traitement des informations recueillies (cf. chapitre 3 : Considération éthique) ainsi que les coordonnées du promoteur de l'Etude. Pour faciliter le renvoi, une enveloppe pré affranchie et pré remplie était jointe au questionnaire.

Une relance téléphonique auprès de tous les médecins a été effectuée 5 semaines après l'envoi postal.

2.4 Analyse des résultats

- « Phase exploratoire »

Les données qualitatives obtenues lors des 3 entretiens exploratoires ont été retranscrites intégralement avec le logiciel WORLD (Microsoft® Word 2019 MSO (16.0.14326.20384) 64 bits). A noter qu'une heure d'entretien représente 5h de retranscription. Une analyse de contenu de type thématique a été effectué (41).

- « Phase évaluative »

Toutes les réponses des médecins ont été retranscrites dans un tableur Microsoft Excel©, après anonymisation des données, afin d'obtenir des variables quantitatives puis des statistiques descriptives. Pour la question 26 l'analyse s'est faite par une lecture flottante et attentive, l'observation des redondances et la recherche des occurrences. Nous avons ensuite établi des nœuds de signification, ces derniers ont été analysés afin d'observer les champs lexicaux prédominants. Pour les deux phases, les données ont été stockées sur un ordinateur personnel, protégé par un mot de passe.

3. Considérations éthiques

Le Comité d'Ethique de la Recherche de Bordeaux a donné un avis favorable pour le projet de recherche le 4 mai 2021. Notre étude est considérée comme n'appartenant pas au champ de la Recherches Impliquant la Personne Humaine (RIPH) dans le cadre de loi Jardé. De fait, les connaissances générées ne répondent pas aux critères des «connaissances biologiques ou médicales ». Ce projet n'a donc pas nécessité de soumission préalable à un Comité de Protection des Personnes (CPP). Les médecins généralistes ont été informés de leurs droits sur le traitement des données personnelles par une lettre d'information envoyée avec notre questionnaire (Annexe 4). La lettre a été visée par le comité d'éthique. Une déclaration au registre des activités de traitement de données à caractère personnel a été réalisée. Les données recueillies seront effacées après la soutenance de la thèse.

RESULTATS

1. Taux de retour

Au total 140 questionnaires ont été envoyés par voie postale. 62 questionnaires ont été reçus durant les 5 semaines suivant l'envoi, 8 autres après une relance téléphonique. Au total 70 médecins ont répondu à l'enquête, soit un taux de participation de 50%. Parmi eux 8 questionnaires étaient incomplets.

Concernant les médecins ayant répondu partiellement :

Médecin D n'a répondu que partiellement à la partie 3, s'arrêtant à la question 16 et répondant à la question 25, spécifiant « *Je n'ai fait qu'une seule fin de vie à domicile..... Le midazolam n'a pas été utilisé car le patient était soulagé. Pour moi cette molécule, que j'ai connue en réanimation dans mes jeunes années doit être réservée à l'hôpital ou aux équipes de soins palliatifs ou HAD.* »

Médecin F s'est arrêté de répondre à la question 7, expliquant « *Je ne me suis pas reconnu dans la suite de votre questionnaire. Le médecin généraliste a accès au Midazolam par les HAD et EMSP (car il n'est pas dispensable en ville) , jamais seul donc ce ne sont pas mes décisions et les protocoles sont ceux des services.* »

Médecin L n'a pas répondu à la deuxième page du questionnaire (question 8 à 12) .

Médecin Q s'est arrêté de répondre à la question 16, spécifiant « *Je n'ai jamais utilisé le midazolam. Je laisse le soin à l'équipe mobile d'en faire la prescription pour le moment, faute de formation , de disponibilité du produit mais ma pratique pourrait évoluer dans le temps...* »

Médecin R n'a pas répondu au question 13 à 25.

Médecin S n'a pas répondu à la quatrième page du questionnaire (question 19 à 23).

Médecin FFF s'est arrêté de répondre à la question 16, justifiant « *Je ne maîtrise pas suffisamment l'utilisation de cette molécule. Je pense que cela réitère d'une prise en charge multidisciplinaire et je fais appel aux EMSP et aux HAD qui peuvent également être en soutien pour les accompagnants.* »

Médecin RRR. s'est arrêté à la question 16, « *Pas de connaissance de cette molécule. Médecin d'EHPAD je n'ai jamais eu à prescrire ce produit* ».

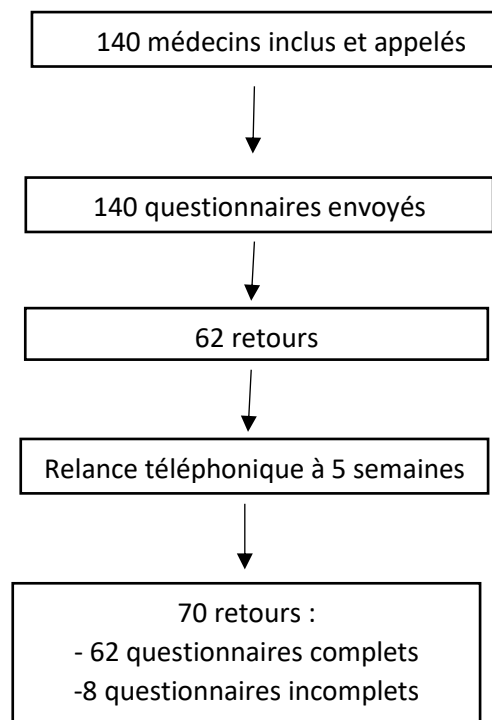
Pour les médecins L, R, S , RRR le design de l'étude ne permettait pas de retrouver ces médecins et la raison pour laquelle ils n'avaient pas rempli la totalité du questionnaire.

Les profils des médecins dont les questionnaires étaient incomplets étaient : 4 hommes et 3 femmes, tous âgés de plus de 45 ans, 3 d'entre eux ont suivi une formation en soins palliatifs et 5 ont déjà pratiqué une sédation au domicile d'un patient.

Compte tenu de la variation du taux de réponses en fonction des parties du questionnaire :

- L'effectif retenu pour la partie 2 était de 40 médecins
- L'effectif retenu pour la partie 3 était de 63 médecins

Figure 1: Diagramme de flux des retours de questionnaire



2. Données socio-épidémiologique (correspondant à la partie 1 du questionnaire)

2.1 Caractéristiques démographiques des 70 médecins

Âge	n	Pourcentage
Âge moyen (an)	45.8	
Minimum ; Maximum (an)	[31; 77]	
< 45 ans	38	54.3%
45 et 59 ans	20	28.6%
≥ 60 ans	17	12%
Sexe		
Femme/Homme	33/37	47% / 53%
Temps d'exercice en médecine libérale (en année)		
Moins de 5 ans	14	20%
5-10 ans	17	24.3%
11-20 ans	15	21.4%
Plus de 20 ans	24	34.3%
Type d'activité		
Seul	10	14.3%
Cabinet de groupe	33	47.1%
Maison de santé	24	34.3%
Remplaçant	3	4.3%
Distance entre cabinet médical et structure hospitalière		
<10 km	30	42.9%
10-25 km	28	40%
>25 km	12	17.1%

Tableau 5: Caractéristiques démographiques des médecins répondants

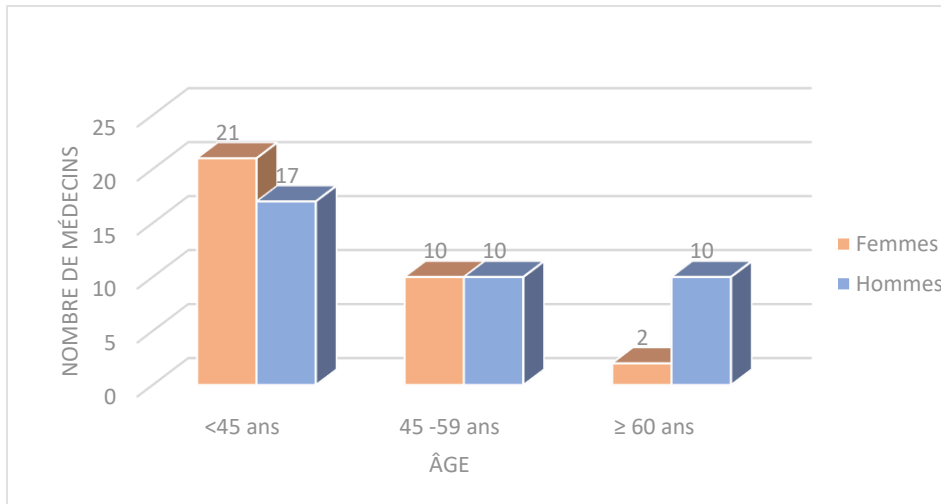


Figure 2: Distribution des médecins généralistes selon l'âge et le sexe

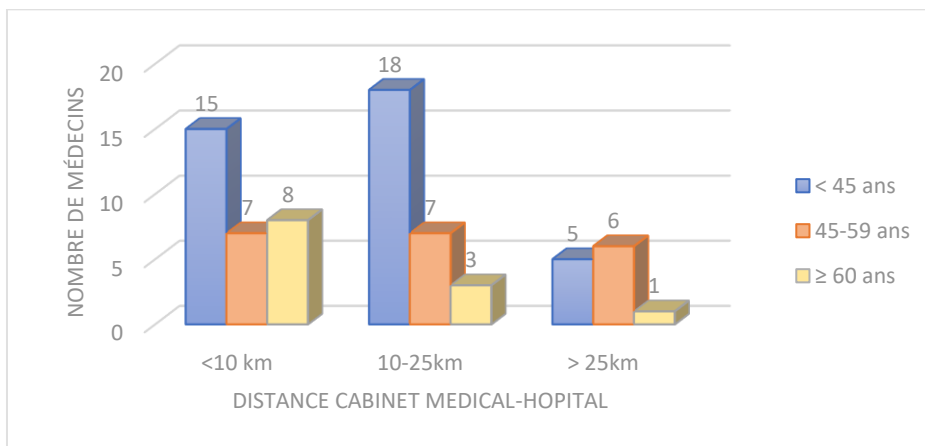


Figure 3: Répartition des médecins généralistes en fonction de la distance entre le cabinet médical-hôpital et l'âge.

2.2 Les soins palliatifs en médecine générale

2.2.1 Niveau de formation en soins palliatifs des médecins interrogés

Parmi les médecins interrogés sur leur formation en soins palliatifs :

- 58.6% (n=41) ont déclaré n'avoir reçu aucune formation.
- 41.4% (n=29) ont déclaré avoir bénéficié d'une formation.

Sur les 70 médecins:

- 11.4% (n=8) d'entre eux ont bénéficié d'une formation universitaire théorique initiale exclusive.
- 10.0% (n= 7) d'entre eux ont bénéficié d'autres formations : un médecin a effectué un mini stage d'internat en cancérologie au CHU, deux un mini stage d'internat dans une EMSP, un a travaillé bénévolement dans une EMSP durant ses études, un a effectué un stage de 6 mois en oncologie soins palliatifs, un a travaillé aux urgences, un était médecin de guerre (Irak et Rwanda).
- 8.6% des médecins (n= 6) ont bénéficié d'une formation médicale continue (FMC) .
- 4.3% des médecins (n=3) ont obtenu un DU/DIU/ DESC de soins palliatifs.
- 2.9% des médecins (n= 2) ont bénéficié d'une FMC et d'une formation universitaire théorique.
- 1.4% des médecins (n=1) ont bénéficié d'une FMC et d'un stage d'internat en oncologie.
- 1.4% des médecins (n=1) ont bénéficié d'une formation universitaire théorique et réalisé un travail de thèse portant sur les soins palliatifs.
- 1.4% des médecins (n=1) ont bénéficié d'une FMC, d'une formation universitaire théorique et ont obtenu un DU

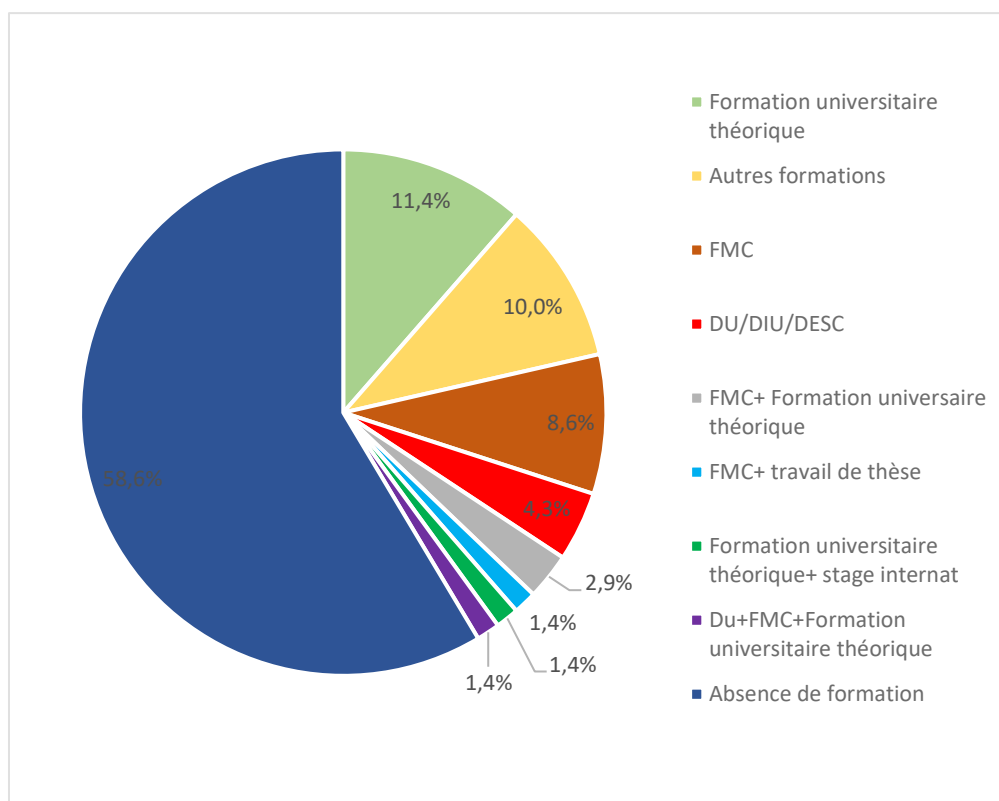


Figure 4: Niveau de formation en soins palliatifs des médecins généralistes

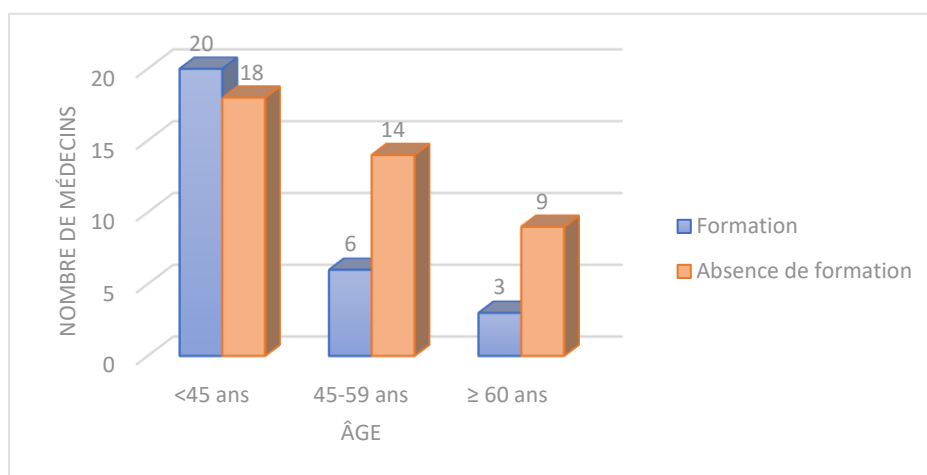


Figure 5 : Répartition des médecins généralistes en fonction de l'âge et de la formation

2.2.2 Nombre de patients relevant des soins palliatifs pris en charge à domicile par an

100% (n=70) des médecins généralistes interrogés ont répondu à cette question et ils sont 97.1% (n=68) à suivre au moins un patient en fin de vie à domicile par an.

Prise en charge palliative à domicile par an et par médecin	Nombre de médecin (n)	Pourcentage
Aucune	2	2.9%
1-2 par an	22	31.4%
3-4 par an	31	44.3%
Plus de 5 par an	15	21.4%
Total	70	100%

Tableau 6 : Prise en charge palliative à domicile par an et par médecin

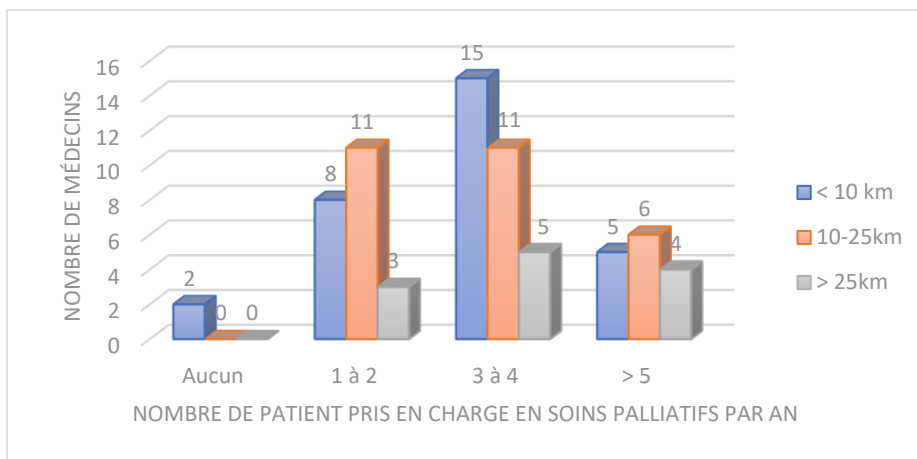


Figure 6 : Répartition des médecins en fonction du nombre de patients pris en charge en soins palliatifs par an et de la distance cabinet médical-hôpital.

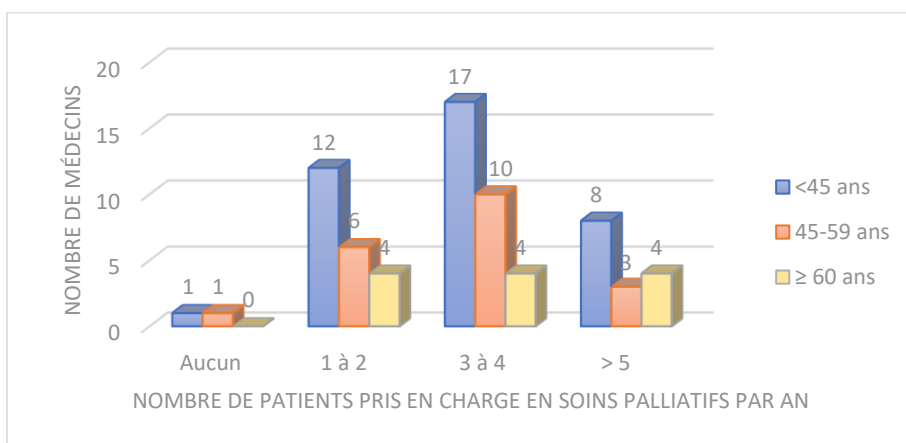


Figure 7: Répartition des médecins généralistes en fonction du nombre de patients pris en charge par an en soins palliatifs et de l'âge du médecin.

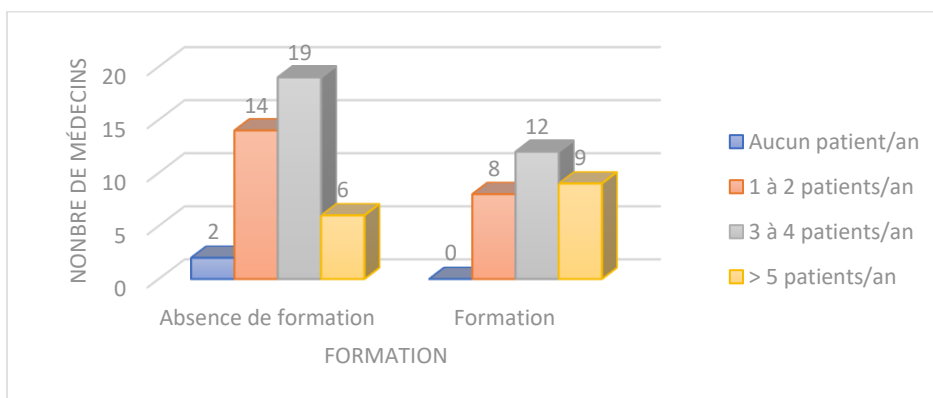


Figure 8: Répartition des médecins généralistes en fonction du nombre de patients pris en charge par an en soins palliatifs et de la formation.

2.2.3 Importance croissante des soins palliatifs dans la pratique professionnelle quotidienne

Au total 97.1% (n=68) des médecins ont répondu à cette question.

Importance croissante de l'activité de soins palliatifs dans la pratique professionnelle quotidienne	Nombre de médecin (n)	Pourcentage
Oui	25	36.8%
Non	9	13.2%
Stable	26	38.2%
Expérience insuffisante	8	11.8%
Total	68	100%

Tableau 7 : Importance croissante des soins palliatifs dans la pratique professionnelle quotidienne des médecins généralistes.

2.2.4 Lieu de prise en charge des patients en fin de vie

Au total 94.3% (n=66) des médecins ont répondu à cette question.

Les lieux de prise en charge des patients en fin de vie pouvaient être multiples pour un même médecins :

- A domicile pour 98.5% (n=65) des médecins
- En Résidence pour personne âgée (RPA) pour 21.2% (n=14) des médecins
- En EHPAD pour 77.3% (n=51) des médecins
- En famille d'accueil pour 21.2% (n=14) des médecins

3. Pratiques de la sédation (correspondant à la partie 2 du questionnaire)

Au total, 97.1% (n=68) médecins ont répondu à la question : Vous est-il arrivé de pratiquer une sédation à domicile lors d'une fin de vie ?

- 58.8% (n=40) avaient déjà pratiqué une sédation au domicile d'un patient.
- 41.2% (n=28) n'ont jamais pratiqué de sédation au domicile, par conséquent sont passés directement à la 3^{ème} partie du questionnaire.

Parmi les 58.8% (n=40) médecins ayant déjà pratiqué une sédation au domicile:

- 42.5% (n=17) sont des femmes et 57.5% (n= 23) sont des hommes.
- 45.0% (n=18) des médecins ont reçu une formation, 55.0% (n=22) des médecins n'ont pas reçu de formation.

Parmi les 41.2% (n=28) médecins n'ayant jamais pratiqué de sédation au domicile:

- 57.1% (n=16) sont des femmes et 42.9% (n=12) sont des hommes.
- 35.7% (n=10) des médecins ont reçu une formation et 64.3% (n=18) des médecins n'ont pas reçu de formation.

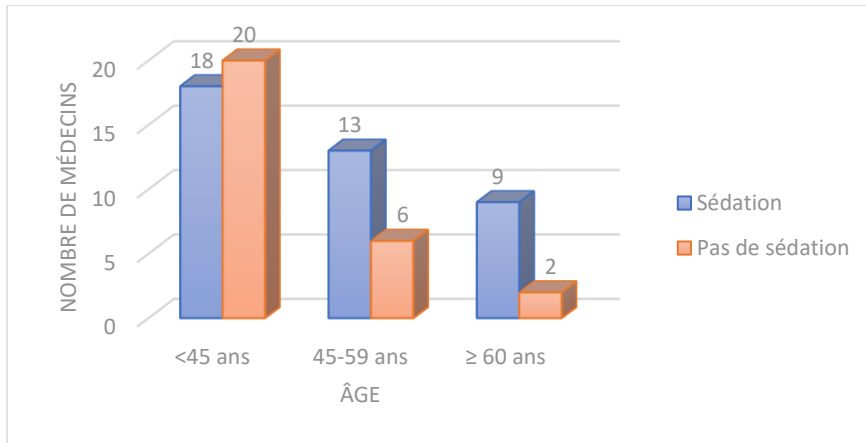


Figure 9: Représentation des médecins ayant pratiqué une sédation ou non au domicile du patient en fonction de l'âge.

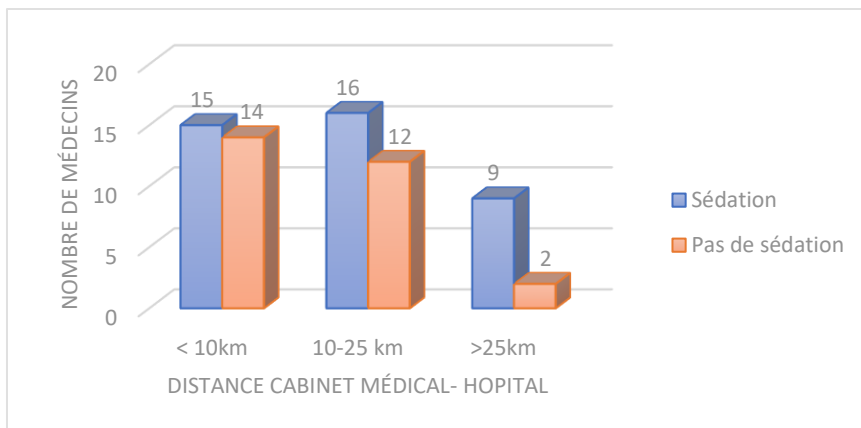


Figure 10: Représentation des médecins en fonction de la distance cabinet médical- hôpital et la pratique de sédation à domicile.

3.1 Les cas pouvant faire envisager une sédation pour un patient par les médecins généralistes.

Parmi les 40 médecins ayant déjà réalisé une sédation à domicile, les indications d'une sédation pouvaient être multiples pour un même médecin :

- 77.5% (n=31) ont déclaré avoir envisagé une sédation pour diminuer l'anxiété
- 72.5% (n=29) pour une sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès
- 65.0% (n=26) pour des soins douloureux
- 57.5% (n=23) pour passer un cap aigu
- 2.5% (n=1) précise la notion de symptômes intenses et réfractaires

3.2 Les symptômes conduisant à une sédation d'un patient à domicile

Parmi les 40 médecins ayant déjà réalisé une sédation, les symptômes conduisant à une sédation pouvaient être multiples pour un même médecin.

Les trois symptômes les plus fréquemment cités étaient:

- Les douleurs intenses pour 90.0% (n= 36)
- La dyspnée ou une détresse respiratoire pour 87.5% (n=35)
- L'anxiété ou l'agitation pour 75.0% (n=30)

5.0% des médecins (n=2) ont complété et précisé qu'il s'agissait d'interrompre un état grabataire ou lors d'une phase terminale compliquée.

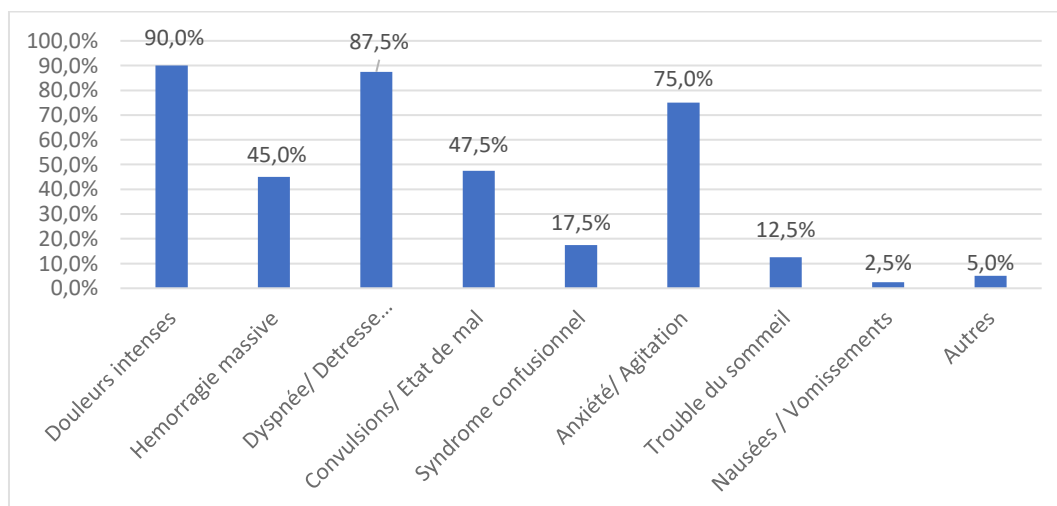


Figure 11: Les symptômes conduisant à une sédation d'un patient à domicile.

3.3 Les molécules utilisées par les médecins généralistes pour une sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès à domicile

Parmi les 40 médecins ayant déjà pratiqué une sédation, ils pouvaient avoir recours à différentes molécules lors des sédations profondes et continues maintenues jusqu'au décès.

Les molécules citées pour une SPCMD sont :

- Le **midazolam pour 45% (n=18) des médecins**
- Le Seresta® pour 17.5%(n=7) des médecins
- Le Valium® pour 67.5% (n=27) des médecins
- Le Tranxène® pour 32.5% (n=13) des médecins
- Le Rivotril® pour 40% (n=16) des médecins
- Le Largactil® pour 12.5% (n=5) des médecins
- La morphine pour 90% (n=36) des médecins
- 1 médecin a utilisé le Meopa®

La morphine est la molécule la plus souvent prescrite ainsi que le valium.

4. Connaissances et utilisation du midazolam par les médecins généralistes en exercice libéral (correspondant à la partie 3 du questionnaire)

L'échantillon de médecins répondant aux différentes questions de la partie 3 n'était pas le même en fonction de celles-ci (cf. partie 1 :Taux de retour). Ainsi, nous avons eu 67 répondants pour la question 14 et 15 et à partir de la question 16 le nombre de réponses était de 63. Nous avons choisi d'évaluer les questions de 14 à 24 sur les 63 médecins ayant répondu à la totalité de cette partie.

4.1 Fréquence d'utilisation du midazolam depuis le début d'exercice en médecine libérale

Une proportion de 52.4% (n=33) médecins n'a jamais utilisé le midazolam.

Une proportion de 47.6% (n=30) médecins déclarent avoir utilisé le midazolam. Il a été utilisé :

- une fois pour 11.1% (n=7) médecins généralistes
- deux fois pour 17.5% (n=11) médecins généralistes
- trois fois, ou plus, pour 19% (n=12) médecins généralistes

Parmi les 30 médecins ayant répondu avoir déjà utilisé du midazolam :

- 17 ont déclaré avoir déjà réalisé une SPCMD
- 6 ont déjà réalisé une sédation sans spécifier avoir recours au midazolam pour une SPCMD

- 7 médecins ont déclaré n'avoir jamais réalisé de sédation. Pour autant, ils ont déjà utilisé le midazolam depuis le début de leurs exercices. L'un d'eux a spécifié l'avoir utilisé avec l'appui d'une EMSP et durant son internat, 4 autres avec l'HAD.

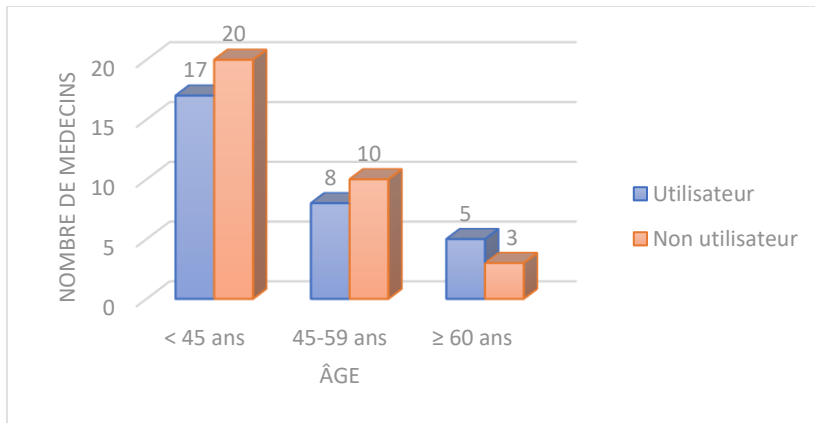


Figure 15 : Représentation des médecins en fonction de l'âge et de l'utilisation du midazolam.

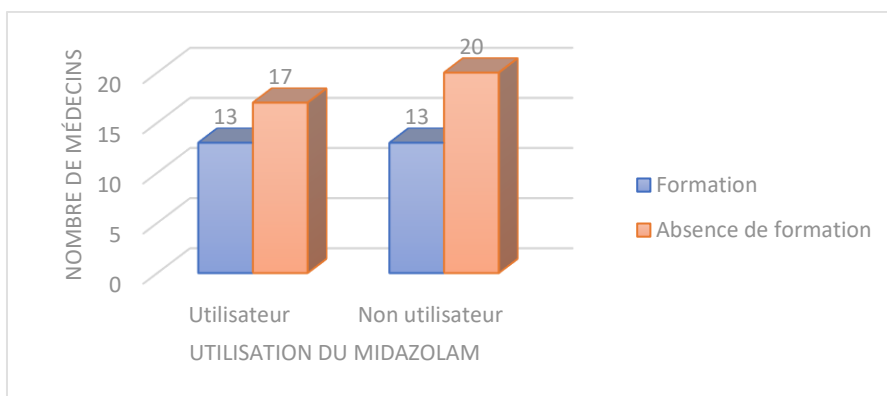


Figure 16 : Représentation des médecins en fonction de la formation et de l'utilisation du midazolam

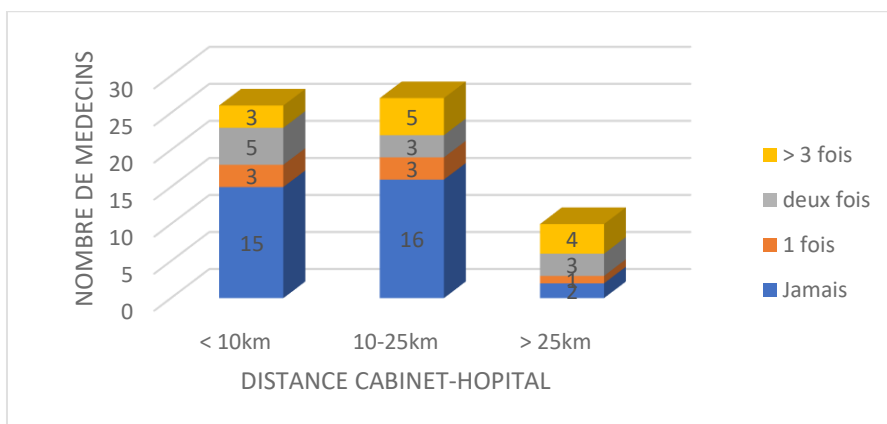


Figure 17 : Représentation des médecins en fonction de la distance cabinet médical-hôpital et l'utilisation du midazolam.

4.2 Recours à une équipe extérieure

90.5% (n=57) des médecins généralistes interrogés ont fait /feront appel à une équipe extérieure pour la prescription de midazolam. Parmi eux:

- 22.8% (n=13) des médecins ont fait/feront appel à l'EMSP uniquement
- 17.5% (n=10) des médecins ont fait/feront appel à l'HAD uniquement
- 52.6% (n=30) des médecins ont fait/feront appel à l'EMSP et/ou à l'HAD
- 3.5% (n=2) des médecins ont fait/feront appel à l'HAD et ont cité le réseau l'ESCALE de Langon
- 1 médecin a fait/fera appel à l'HAD et/ou l'EMSP et a cité le service de soins palliatif de la Réole
- 1 médecin n'a pas précisé à quelle structure il a fait/ferait appel.

9.5%(n=6) n'ont pas fait/ne feront pas appel à une équipe extérieure pour la prescription de midazolam.

Les profils de ces six médecins sont :

- Tous des hommes
- 3 avaient moins de 45 ans, 1 avait entre 45 et 59 ans et 2 avaient plus de 60 ans.
- 3 avaient suivi une formation.
- Ils suivaient tous au moins 1 patient par an relevant de soins palliatifs
- 1 n'avait jamais pratiqué de sédation à domicile
- 4 exerçaient à moins de 10 km d'une structure hospitalière.

Analyse des pratiques des médecins qui ne font/feraient pas appel à une équipe (n=6) :

- 33.3% (n=2) des médecins utilisaient la voie IV, 33.3%(n=2) la voie SC et 33.3%(n=2) ont spécifié qu'ils ne savaient pas répondre à la question.
- 33.3% (n=2) des médecins privilégiaient la titrations, 33.3%(n=2) le débit continu et 33.3%(n=2) ont spécifié qu'ils ne savaient pas répondre à la question.
- 100% (n=6) des médecins ont spécifié ne pas connaître la posologie.
- 100% (n=6) des médecins associaient le midazolam systématiquement avec un antalgique.
- La fréquence d'évaluation de la profondeur n'était pas identique pour chaque médecin, leur réponse allant de toutes les 5 min à je ne sais pas.
- 50% (n=3) des médecins surveillaient la profondeur de la sédation sans aucun score, 16.7% (n=1) n'ont pas su répondre à cette question, 16.7% (n=1) médecin ont cité le score de Rudkin et 16.7% (n=1) le score de Glasgow.
- La fréquence cardiaque était surveillée par 50.0% (n=3) des médecins, la pression artérielle par 33.3 (n=2) des médecins et la fréquence respiratoire par 50.0% (n=3) des médecins.

- 66.7% (n=4) des médecins envisageaient une visite à domicile au moins une fois par jour et 33.3% (n=2) des médecins envisageaient une visite deux fois par semaine.
- Enfin concernant les freins : pour 66.7%(n=4) des médecins il n'y avait pas de frein à la prescription du midazolam et pour 33.3%(n=2) des médecins la disponibilité des infirmiers a été citée ainsi que l'accompagnement de l'entourage et la rétrocession hospitalière.

4.3 Voie d'administration du midazolam

Dans le cadre d'une sédation à domicile par midazolam, la voie d'administration qui a été utilisée/qu'utiliseront les médecins généralistes est :

- la voie sous cutanée pour 65.1% (n=41) des médecins
- la voie intra veineuse pour 30.2% (n=19) des médecins
- la voie intra musculaire pour 9.5% (n=6) des médecins

Ils sont 14.3% (n=9) des médecins à avoir répondu à la question 16 par un choix multiple et 9.5% (n=6) des médecins généralistes ont spécifié qu'ils ne savaient pas répondre à cette question.

Les médecins ont débuté/débuteront l'administration du midazolam pour une sédation par :

- Une titration pour 54.0% (n=34) des médecins généralistes
- Un débit continu sur 24h pour 25.4% (n=16) des médecins généralistes (parmi ces médecins : 7 avec bolus et 1 sans bolus).
- Des bolus uniquement pour 9.5%(n=6) des médecins généralistes (parmi ces médecins : 1 évoquait la journée, 1 la nuit, 2 aussi bien la journée que la nuit)

Ils sont 7.9% (n=5) des médecins à avoir répondu à la question 17 par un choix multiple.

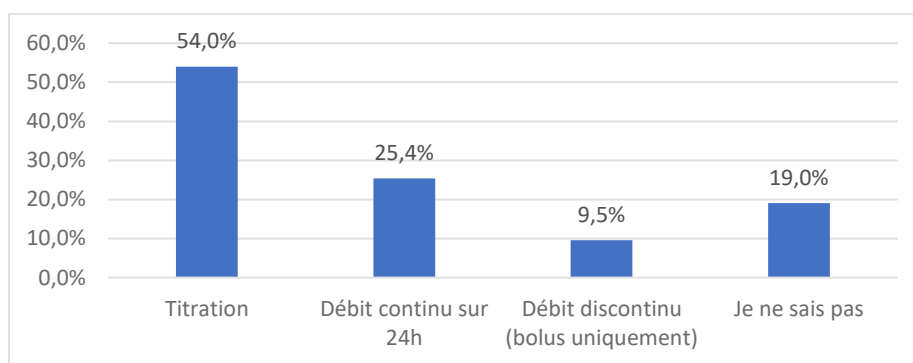


Figure 18 : Mise en place du midazolam lors d'une sédation.

4.4 Posologie initiale et coanalgésie

Concernant la posologie initiale à laquelle débiter le midazolam, 90.5%(n=57) des médecins généralistes ont répondu ne pas savoir répondre à cette question. Les autres médecins 9.5% (n=6) ont répondu : en dose bolus, avec une dose moyenne de 0.8mg [0.3-1].

Pour 58.7% (n=37) des médecins généralistes la prescription de midazolam est associée/s'associeront systématiquement à la prescription d'antalgique, 38.1% (n=24) des médecins n'ont pas associé/n'associeront pas à une prescription antalgique et 3.2% (n=2) des médecins ont mentionné ne pas savoir la réponse à cette question.

4.5 Fréquence d'évaluation de la profondeur de la sédation

A l'instauration du midazolam, la profondeur de la sédation est évaluée/serait évaluée :

- Toutes les 5 minutes pour 23.8% (n=15) des médecins généralistes
- A 15 minutes pour 19% (n=12) des médecins généralistes
- Deux fois par jour pour 14.3%(n=9) des médecins généralistes

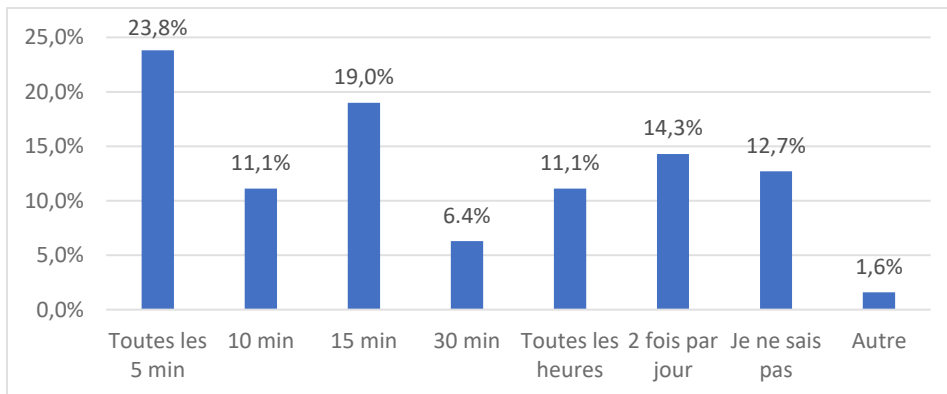


Figure 19 : Fréquence d'évaluation de la profondeur de la sédation à l'instauration du midazolam.

4.6 Surveillance de la profondeur de la sédation

Les médecins généralistes à 33% (n=21) n'ont utilisé/n'utiliseront aucun score pour surveiller la profondeur de la sédation. L'échelle de Rudkin était citée pour 20.6% (n=13) des médecins et celle de Richmond pour 1.6% (n=1).

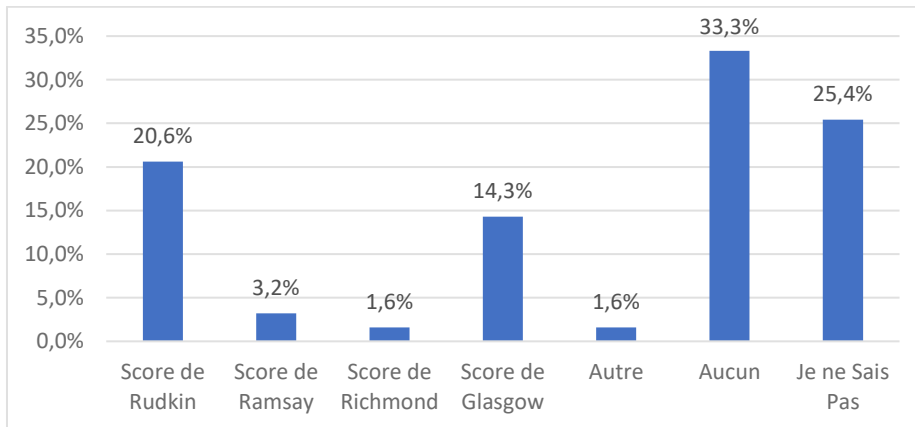


Figure 20 : Surveillance de la profondeur de la sédation par le midazolam

4.7 Eléments de surveillance

Un même médecin pouvait surveiller plusieurs éléments cliniques. Après instauration du midazolam, les médecins généralistes ont surveillé/ surveilleront pour 65.1% (n=41) la fréquence respiratoire et pour 42.9% (n=27) la fréquence cardiaque.

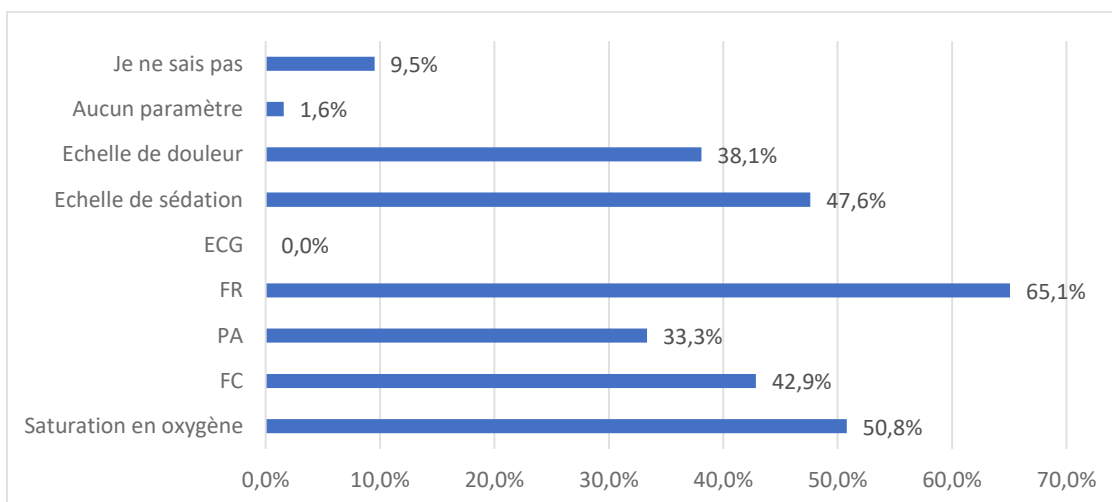


Figure 21 : Eléments de surveillance après l'instauration du midazolam

4.8 Soulagement du patient

15 médecins ont répondu à cette question par un choix multiple. L'échelle d'observation comportementale (EOC) est la plus citée, par 44,4% (n=28) des médecins généralistes, pour surveiller le degré de soulagement du patient lors d'une sédation par midazolam.

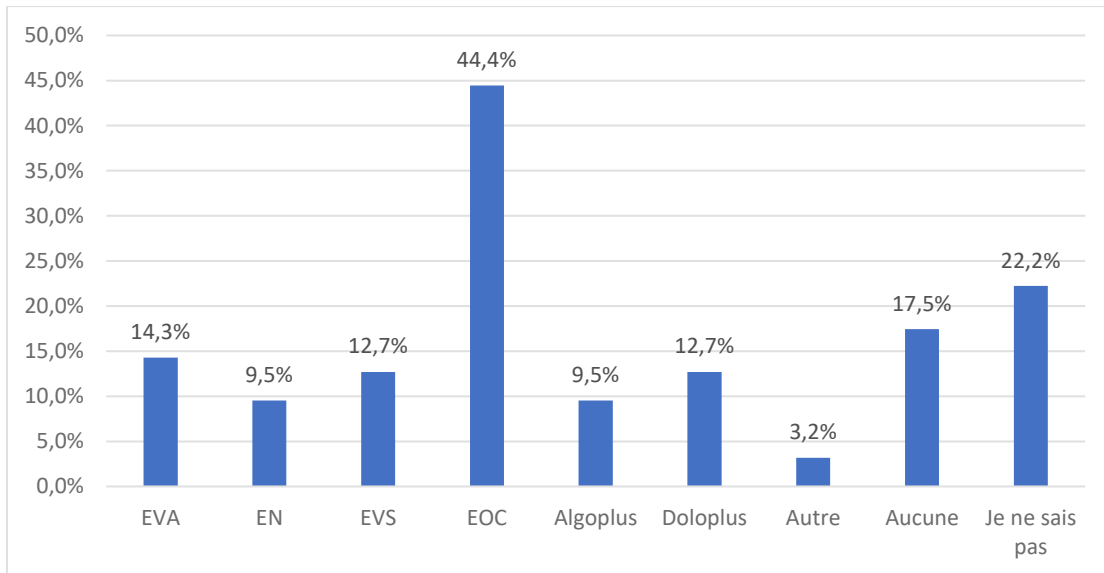


Figure 22 : Echelles d'évaluation du degré de soulagement du patient

4.9 Visite à domicile

Lors d'une sédation par midazolam, les médecins généralistes ont prévu/prévoient d'effectuer une visite:

- Une fois par jour pour 41,3% (n=26) des médecins généralistes
- Deux fois par jour pour 25,4% (n=16) des médecins généralistes
- Plus de deux fois par jour pour 3,2% (n=2) des médecins généralistes
- Tous les deux jours pour 3,2% (n=2) des médecins généralistes
- Deux fois par semaine pour 14,3% (n=9) des médecins généralistes
- 7,9% (n=5) ont mentionné que leurs visites pouvaient être variables et en alternance avec les infirmiers libéraux ou l'équipe de l'HAD.

Enfin 4,8% (n=3) ont spécifié ne pas savoir répondre à la question.

4.10 Evaluation des freins à l'utilisation du midazolam

Les freins les plus cités par les médecins généralistes étaient:

- L'isolement lors de la prescription du traitement 55.6% (n=35)
- La disponibilité des IDE 49.2% (n= 31)
- La difficulté dans la continuité des soins 44.4% (n=28)
- Le déficit de formation 42.9% (n=27)
- La rétrocession hospitalière 31.7%(n=20)
- L'aspect chronophage des situations 30.2% (n=19)

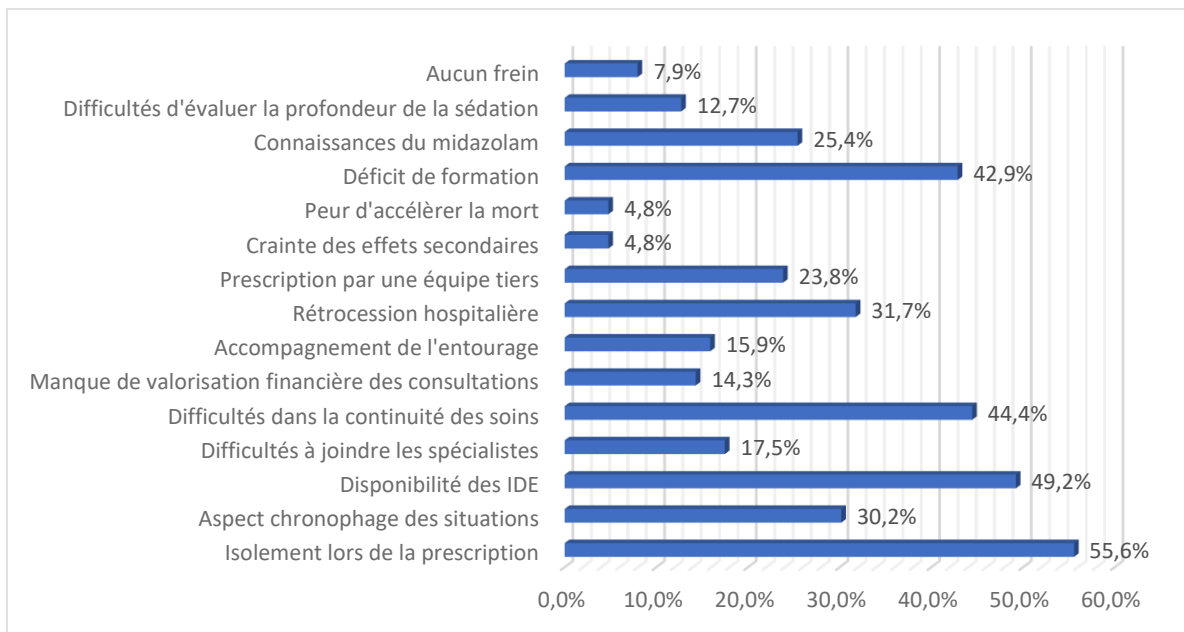


Figure 23 : Eléments freinant l'utilisation du midazolam à domicile par les médecins généralistes

Analyse des pratiques des médecins ayant déjà pratiqué une sédation (n=40)

Médecins ayant déjà pratiqué une sédation à domicile (n=40)*				
	N'ont jamais utilisé le midazolam (n=12)	Ont déjà utilisé le midazolam mais n'ont pas eu recours au midazolam pour une SPCMD (n=6)	Ont eu recours au midazolam pour une SPCMD (n=17)	Total des médecins (n=35)
Sollicitent une équipe extérieure	11 (91.7%)	5 (83.3%)	14 (82.4%)	30 (85.5%)
Voie :				
- SC	7 (58.3%)	6 (100.0%)	13 (72.2%)	26 (74.3%)
- IV	4 (33.3%)	0 (0.0%)	7 (41.2%)	11 (31.4%)
Titration	7 (58.3%)	2 (33.3%)	10 (58.8%)	19 (54.3%)
Ont mentionné ne pas connaître la posologie du midazolam	11 (91.7%)	6 (100.0%)	12 (70.6%)	29 (82.8%)
Association du midazolam avec antalgique	9 (75.0%)	1 (16.7%)	10 (58.8%)	20 (57.1%)
Fréquence de surveillance de la profondeur de la sédation toutes les :				
- 5min	2 (16.6%)	1 (16.7%)	5 (29.4%)	8 (22.9%)
- 10 min	3 (25.0)	0 (0.0%)	3 (17.6%)	6 (17.1%)
- 15 min	2 (16.6%)	0 (0.0%)	3 (17.6%)	5 (14.3%)
Echelles de surveillance de la profondeur de la sédation :				
- Rudkin	4 (33.3%)	0 (0.0%)	4 (23.5%)	8 (22.9%)
- Richmond	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (5.9%)	1 (2.9%)
Paramètres de surveillance :				
- FR	8 (66.7%)	4 (66.7%)	12 (70.6%)	24 (68.6%)
- FC	5 (41.7%)	2(33.3%)	8 (47.05%)	15 (42.9)
Au moins 2 visites au domicile par jour	3 (25.0%)	1 (16.7%)	9 (52.9%)	13 (37.1%)

*Ils sont 5 à n'avoir pas rempli la totalité du questionnaire, de ce fait les pourcentages sont effectués sur un effectif total de 35 médecins.

Tableau 8 : Evaluation des pratiques des médecins ayant déjà réalisé une sédation en fonction des recommandations.

5 Analyse qualitative des commentaires (correspondant à la partie 4 du questionnaire)

Au total , nous avons reçu 46 commentaires de médecins participants. Après une lecture flottante et attentive de leurs réponses, nous avons pu observer des redondances et nous avons mis en avant 6 nœuds de signification :

- L'Equipe spécialisée en soins palliatifs

Les commentaires citant l'équipe spécialisée en soins palliatifs ont été écrits par 21 médecins.

Les champs lexicaux prédominants étaient la collaboration/ concertation, l'expertise de ces équipes : (médecin A) « *Cela se fait en général de concert avec les équipes mobiles , indispensable de n'y avoir recours qu'après concertation avec les équipes de soins palliatifs* » (médecin D) « *avec le protocole de l'équipe mobile, en constante présence téléphonique* », (médecin DD) « *ça se complique en libéral ou en EHPAD sans structure d'appoint comme une HAD* ».

D'autres médecins ont exprimé les contraintes de prescription et de ce fait leur recours aux équipes spécialisées : (médecin J) « *problème de disponibilité hospitalière pour s'en procurer en dehors de structure comme l'HAD* » (médecin F) « *jamais seul donc ce ne sont pas mes décisions et les protocoles sont ceux des services* », (médecin U) « *Je ne l'utilise jusqu'à présent quasiment que dans le cadre d'une HAD ou de soins palliatifs car difficultés de s'en procurer.* », (médecin WW) « *utilisé que dans le cadre d'une HAD du fait des contraintes de prescriptions* ».

- La fréquence

La fréquence a été citée par 19 médecins, le champs lexical prédominant était l'utilisation exceptionnelle : (médecins A) « *pas beaucoup eu l'occasion de le prescrire personnellement* », (médecin D) « *je n'ai fait qu'une seule fois de vie à domicile*, (médecin K) « *non encore utilisé car situation ne l'ayant pas nécessité* », (médecin Y) « *ça reste rare en fait* »

Deux médecins ont fait référence à l'utilisation du midazolam lors de leurs années d'études (médecin A) « *son utilisation reste toutefois ancrée dans mon passé d'interne ou le recours y était bien plus fréquent* », (médecin D) « *molécule que j'ai connue en réanimation dans mes jeunes années* »

Le médecin E déclarait l'avoir fréquemment utilisé en écrivant « *j'ai beaucoup utilisé les bolus de midazolam dans les états critiques transitoires* ».

- L'accessibilité

L'accessibilité a été abordée par 17 médecins, le champs lexical prédominant était la difficulté complexité de délivrance : (médecin B) « *difficultés d'accès à ce produit* », (médecin J) « *problème de disponibilité hospitalière pour s'en procurer* », (médecin QQ) « *regrette la complexité pour disposer du midazolam à domicile (non délivré à ce jour en ville)* », (médecin VV) « *complexité de l'obtention* », (médecin ZZ) « *pas d'accès au traitement* ».

Le médecin C a déclaré trouver le Rivotril d'accessibilité plus aisée.

Un médecin (JJ) a évoqué son sentiment de frustration « *il est frustrant d'être limitée dans les soins auprès de nos patients* »

- La connaissance

La connaissance en soins palliatifs a été abordée par 14 médecins, le champ lexical prédominant était le manque de formation des médecins. (médecin G) « *manque de formation* », (médecin T) « *manque de connaissance* », (médecin GG) « *pas assez de connaissance théorique* », (médecin FFF) « *je ne suis pas formée sur les protocoles* », (médecin NNN) « *manque de formation en thérapeutique palliative* ».

Le médecin JJ déclarait avoir les connaissances « *j'ai fait le DESC de soins palliatifs avec un an d'activité en USP donc une formation pour utiliser cette molécule* ».

- La famille et le malade

Le patient ou son entourage ont été cités par 8 médecins. Le champs lexical prédominant était l'accompagnement : (médecin FF) « *soutien pour les accompagnants* », (médecin A) « *indispensable de n'y avoir recours qu'après concertation avec l'entourage* » .

Le médecin GG a évoqué le manque de temps qu'il disposait pour cette prise en charge « *peu disponible pour accompagner le patient et sa famille* ».

Un médecin a évoqué le désir des patients de mourir au domicile.

Un médecin a évoqué les directives anticipées et la personne de confiance.

- Indication

L'indication du midazolam et son intérêt ont été cités par 7 médecins : (médecin E) « *j'ai beaucoup utilisé les bolus de midazolam dans les états critiques transitoires* », (médecin PP) « *indispensable sur des épisodes aigus réversibles* », (médecin PP) « *indispensable dans les sédations en fin de vie* »

En mobilisant les thèmes on a pu mettre en évidence qu'il existait des schémas récurrents entre équipe et accès au midazolam, équipe et fréquence, équipe et connaissance.

DISCUSSION

1. Forces et limites de l'étude

Peu d'études similaires ont été retrouvées dans la littérature et aucune sur le territoire étudié, ce qui peut apparaître comme une limite au premier abord mais aussi être une force pouvant s'avérer être un point de départ à d'autres études et à faire évoluer la pratique des médecins généralistes. Le midazolam est encore peu, voire jamais utilisé par les médecins généralistes. De nombreuses études ont mis en évidence un frein, de la part des médecins généralistes, du fait de la délivrance hospitalière du midazolam et des difficultés d'approvisionnement (42),(13),(7).

La pandémie actuelle a contraint les médecins généralistes à prendre en charge plus de patients nécessitant une sédation à domicile. La délivrance par les pharmacies aurait rendu l'accès plus facile.

2. Taux de participation

L'étude réalisée a permis de recueillir entre juillet et août 2021, 70 questionnaires de médecins généralistes du secteur de Sud Gironde. Nous avons obtenu un taux de réponse de 50% ce qui en comparaison à d'autres études d'évaluation de pratiques des médecins généralistes par questionnaire représente un taux de participation satisfaisant. Dans leurs travaux de thèse respectif, Adeline Fallot, en 2018, et Mathieu Stipon, en 2016, obtenaient un taux de réponse respectif de 39.5% (43) et 40% (44). Les médecins généralistes ont répondu sur la base du volontariat, ce qui suggère un biais de sélection. En effet, nous pouvons supposer que ceux ayant répondu sont les plus sensibles aux soins palliatifs. Donc ils ne refléteraient peut être pas l'opinion générale des médecins du territoire mais montre l'intérêt porté par les médecins à notre sujet.

La disponibilité des médecins pour répondre à ce questionnaire est un biais de sélection à prendre en compte car la période de réponse souhaitée se situait durant l'été. Les médecins pouvaient être en vacances ou lors de leur retour avoir à traiter un grand nombre de courriers et donc ne pas être disponibles pour nous répondre.

Nous notons pour certaines questions un taux de réponses manquantes ce qui entraîne un biais d'information.

Les non réponses peuvent être sources de discussions et d'extrapolations. Les médecins ont pu considérer le questionnaire comme trop simple, ou trop compliqué, les mettant en difficulté. Par ailleurs, le sentiment d'être jugé a aussi pu être un frein à leurs réponses. Lorsqu'une page entière est dénuée de réponse nous pouvons supposer que l'oubli en est responsable (comme un saut de page). D'autres questions, en particulier à partir de la seizième, ont été laissées vierges probablement par choix. Est-ce lié à la compréhension du questionnaire ? Les questions étaient-elles trop ou peu spécifiques ? Ceci tend à diminuer le nombre de réponses et la représentativité des résultats.

3. Représentativité de la population ayant répondu

Ce travail ne peut prétendre à une vision complète et statistiquement significative des connaissances des médecins généralistes sur le midazolam, compte tenu de la taille de l'échantillon. Néanmoins, il reflète des tendances. En 2020, l'âge moyen du médecin généraliste en activité, en France est de 50.1 ans. La tranche d'âge la plus représentée des hommes est celle entre 60-64 ans, chez les femmes entre 55 et 59 ans (45). L'âge moyen dans notre population est de 45.8 ans soit légèrement plus jeune que la moyenne nationale. Les moins de 45 ans y sont plus représentés et à contrario les plus de 60 ans sont peu nombreux. Les femmes représentent 50.4% des effectifs des médecins généralistes en activité (45), dans nos résultats les hommes et les femmes sont sensiblement représentés de la même façon.

Ces disparités entre la population nationale et notre enquête peuvent s'expliquer par un intérêt plus fort et des meilleures connaissances (cf. figure 4) en soins palliatifs chez les médecins les plus jeunes.

La majorité des médecins répondant exercent en cabinet de groupe ou maison de santé à l'image actuelle de l'exercice de la médecine libérale.

3.1 Choix de la population

Nous avons choisi d'étudier les médecins généralistes dont le cabinet médical se situe dans le territoire d'action de l'EMSP bien connu par les médecins du territoire Sud Gironde. Ceci permet de voir s'ils feraient appel à ces équipes. Toutefois l'analyse d'un secteur ne nous permet pas d'extrapoler nos résultats sur le plan national. Nous avons choisi d'exclure les médecins pratiquant un mode d'exercice particulier exclusif (tel que l'acupuncture, la nutrition, la médecine du sport, l'homéopathie, la médecine d'expertise) car leur pratique est éloignée de la médecine générale classique et les soins palliatifs trop spécifiques au vu de leur expérience.

3.2 Choix de la méthode

Notre choix d'étude s'est porté sur un questionnaire quantitatif afin d'inclure un plus grand nombre de médecins qu'une analyse qualitative. Ceci permet une plus grande représentativité de la population ciblée et donc des résultats obtenus. Une partie qualitative, laissant place aux commentaires, préserve l'expression libre des médecins interrogés. Cela a permis de renforcer certains points notamment le manque de connaissance des médecins généralistes. De plus, nous avons préféré ce mode d'enquête car le territoire de Sud Gironde est particulièrement étendu et la pandémie COVID rendait difficile la réalisation d'entretiens.

L'envoi du questionnaire par voie postale permettait aux médecins de disposer de temps pour répondre alors qu'ils sont souvent sollicités pour des études par mail. Le courrier médical est de plus en plus dématérialisé, l'envoi postal de notre étude diminuait le risque qu'il soit égaré dans la masse de courriels reçus. Afin de garantir un taux de réponse optimale, chaque médecin a été appelé en amont et une relance

téléphonique effectuée cinq semaines après l'envoi de l'étude. Cependant pour un questionnaire par voie postale, pour les questions où nous n'attendions qu'une seule réponse certains ont répondu par un choix multiple rendant l'analyse différente (exemple pour la question 16).

Les études enquête-sondage reposent sur les données déclaratives. Les connaissances, les dires et les opinions peuvent être jugés comme valides, les pratiques déclarées ne sont en revanche pas forcément le reflet de la réalité.

Un auto questionnaire administré induit un biais de mesure et d'interprétation. Afin de contrôler ce biais, nous avons réalisé des entretiens téléphoniques au préalable auprès de médecins généralistes aux profils proches de la population cible, mais qui n'exercent pas dans le territoire Sud Gironde afin de préserver l'effectif complet. Cela nous a aidé dans la construction du questionnaire.

De plus, nous avons rappelé la définition de « la sédation », pour limiter les biais inhérents au recueil et éviter des mauvaises informations.

On peut craindre un biais de désirabilité si certaines réponses données ont été orientées pour suivre les recommandations sur la sédation.

4. Discussion des résultats

4.1 Le médecin généraliste et les soins palliatifs

Dans notre étude 97.1% des médecins généralistes suivent au moins un patient en fin de vie à domicile par an et plus précisément en moyenne entre 3 et 4 patients par an. Ceci est sensiblement identique aux données des rapports nationaux français. Selon ONFV ils sont impliqués dans 1 à 3 situations de fin de vie par an (2). Dans l'IGAS les données sont légèrement au-dessus avec une moyenne de 4 à 5 situations de fin de vie (5).

Lorsque les médecins sont plus à distance de l'hôpital ils ont tendance à prendre en charge au moins 3 patients par an. On peut penser qu'il existe une disparité de pratique entre les localisations géographiques des praticiens. Plus on s'éloigne d'une structure hospitalière, plus le médecin prend en charge des patients en fin de vie. Il a déjà été montré une tendance des médecins généralistes en milieu rural à suivre davantage de patients en phase palliative que leurs confrères exerçant en milieu urbain (44), (46).

Dans notre étude, le lieu de prise en charge des patients est majoritairement le domicile ou l'EHPAD. Dans notre étude, 41.4% des médecins ont bénéficié d'une formation en soins palliatifs. Il s'agit pour la plupart de formation théorique universitaire (cours théorique ou stage universitaire) ou FMC. Ils sont 4, soit 5.7% à avoir effectué un DU ou DESC en soins palliatifs. Les connaissances acquises sont inégales en fonction des formations reçues et ne permettent pas aux différents médecins interrogés d'avoir la même maîtrise en soins palliatifs. D'après le rapport de l'ONFV en 2013, seul 2.5% des médecins généralistes avaient bénéficié d'une formation spécifique en soins palliatifs (DU/DESC) (47). Ce constat d'une faible proportion de médecins formés n'est pas nouveau. En 2012, le rapport de Sicard a mis en avant une formation insuffisante des médecins dans ce domaine (48). L'enquête de IPSOS

réalisée en janvier 2013, auprès de 605 médecins, montre que 53% des médecins considéraient mal connaître les dispositions d'encadrement des procédures de fin de vie, prévues par la loi du 22 avril 2005 (loi Leonetti) (49). Aussi, les pouvoirs publics ont fait de la formation un des principaux axes des plans nationaux 2015-2018 et 2021-2024 (22). Dans notre étude, les médecins ayant reçu une formation sont plutôt ceux de moins de 45 ans. Ceci peut être en adéquation avec l'introduction de la formation en soins palliatifs durant les études de médecine.

4.2 La pratique de la sédation par les médecins généralistes (analyse de la partie 2)

4.2.1 La pratique de la sédation

Selon notre étude 58.8% des médecins interrogés ont déjà pratiqué une sédation au domicile d'un patient en fin de vie. Ce chiffre se situe entre ceux mis en avant dans les travaux de thèses de Flore Vivius 53.8%(n=159/295) (50), et d'Aymeric Jacques 53.8%(n=91/169) (46) et ceux d'Elise Louvet qui retrouvent un chiffre plus important de 62.4% (n=108/173) médecins déclarant avoir déjà réalisé une sédation au domicile (13).

Dans une revue de la littérature, S. Mercadante met en évidence, la variation, en fonction des études, de la fréquence de la sédation. Entre 3% et 51% en structure hospitalière, entre 5 à 36% à domicile. Cela est probablement en lien avec l'absence de définition consensuelle et de l'hétérogénéité des populations étudiées (51).

L'évaluation des pratiques des médecins ayant déjà pratiqué une sédation à domicile, nous a permis de mettre en évidence qu'il existe certaines méconnaissances par rapport aux recommandations de la SFAP(24). La concertation avec une équipe spécialisée est mise en avant par les médecins généralistes interrogés. Nous n'avons pas pu comparer les connaissances des médecins généralistes sur le midazolam à d'autres études. Nos résultats sont une tendance, il faudrait d'autres études pour les renforcer.

4.2.2 Les Symptômes conduisant à une sédation

Dans différentes études on retrouve les symptômes réfractaires comme étant l'indication la plus fréquente à la sédation (27). Nous avons choisi de les séparer afin d'évaluer lesquels sont plus largement cités. Les douleurs intenses le sont pour 90% des médecins juste devant les détresses respiratoires aiguës et la dyspnée.

L'anxiété est en troisième position dans notre étude, citée par 75% des médecins. L'anxiété est selon la SFAP « un état de désarroi psychique ressenti en face d'une situation et s'accompagne d'un sentiment d'insécurité ». On peut la qualifier d'expérience émotionnelle, sensorielle et multidimensionnelle. Elle est très fréquente chez les patients en soins palliatifs. Mais, l'anxiété est difficile à identifier par le soignant car le patient n'est pas toujours dans la capacité de la verbaliser. Son évaluation est subjective, les signes sont nombreux, polymorphes, fluctuants et non spécifiques. La part de l'anxiété dans la

souffrance morale en fin de vie doit-elle entraîner un traitement médicamenteux ou nécessiterait elle plutôt un accompagnement et une présence ? L'article de Kirsten Keesmann traitant de la confusion entre anxiolyse et sédation en phase terminale, a mis en évidence une difficulté à évaluer l'anxiété pour les soignants, surtout la nuit. Anxiolyse pourrait être confondue avec sédation. Les soignants banaliseraient les troubles de la vigilance en tant qu'effet secondaire. Comme elle le cite dans son article « L' hypno well c'est-à-dire le bon sommeil a une connotation de fin de vie sereine mais est-ce pour le patient ? la famille ? ou le soignant ? » (52). Dans son étude, Pierre Robinet met lui aussi l'accent sur cette confusion, la sédation est perçue comme un traitement anxiolytique pour 92% des médecins et antalgique pour 86% d'entre eux (53). Pour pallier à cette confusion, il pourrait être pertinent de mettre en place, en miroir avec l'évaluation de la douleur, des échelles d'auto évaluation ou d'hétéro évaluation non subjectives. Elles pourraient à l'avenir permettre d'évaluer l'intensité de l'anxiété et d'en suivre son évolution dans le temps.

4.2.3 Les molécules utilisées le plus fréquemment pour une SPCMD

Dans notre étude, les molécules les plus fréquemment utilisées par les médecins généralistes pour une sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès sont la morphine et le valium. Dans différentes travaux, les opiacés sont également arrivés en première position de prescription (13), (50). Laurie Terrier dans son travail de thèse met en avant que de nombreux médecins agissent en fonction de leurs habitudes thérapeutiques (54).

Le midazolam arrive en 3^{ème} position, cité par 45% (n=18) des médecins généralistes ayant déjà pratiqué une sédation. Ce taux est important surtout lorsque l'on prend en considération l'enquête de 2010 « la fin de vie en France » réalisée par l'INED. Elle a exploré les conditions dans lesquelles se sont déroulées les dernières semaines de vie au domicile : les patients décédés au domicile étaient 3% à bénéficier d'un traitement par midazolam (seul ou associé) au moment du décès. Dans un contexte palliatif ce chiffre s'élevait à 5% (pour les opioïdes 36% et 55% lors d'un contexte palliatif) (55).

Au travers les réponses des médecins généralistes concernant les molécules utilisées pour la SPCMD, il ne nous a pas été possible de différencier leurs associations médicamenteuses car la question n'était pas assez précise.

Dans notre étude, 6 médecins ont déclaré qu'ils ne font/feront pas appel à une équipe extérieure pour la prescription du midazolam. Cela est cohérent avec la faible demande de prescription du midazolam, de la part des médecins généralistes, auprès de la pharmacie hospitalière (4 par an).

4.3 Le respect des bonnes pratiques et des recommandations (analyse de la partie 3)

4.3.1 L'utilisation du midazolam

Les recommandations de la SFAP (24) et de l'HAS janvier 2020 (26) valident l'utilisation du midazolam en première intention, au domicile lors d'une sédation de fin de vie du fait de sa maniabilité, de son action rapide et de sa courte durée de vie (33).

Dans notre étude, 52.4% des 63 médecins ayant déjà ou non déjà pratiqué une sédation, n'ont jamais utilisé le midazolam. Ces résultats sont appuyés par la partie qualitative où le champ lexical, « fréquence d'utilisation », est évoqué par de nombreux médecins.

Lors de l'analyse des résultats nous avons observé que 30 médecins ont répondu avoir déjà utilisé le midazolam depuis leurs débuts d'exercice en libéral. Parmi ces 30 médecins, 17 ont déclaré avoir déjà réalisé une sédation et avoir utilisé le midazolam pour une SPCMD, 6 ont déjà réalisé une sédation sans spécifier avoir recours au midazolam pour une SPCMD. L'étude ne permet pas de savoir pour quelles indications ces médecins ont utilisé le midazolam, peut-être s'agissait-il d'une sédation transitoire ? En revanche, 7 médecins ont déclaré n'avoir jamais réalisé de sédation et n'ont, de ce fait, pas répondu à la partie 2 du questionnaire. Pour autant, ils ont déjà utilisé le midazolam depuis le début de leurs exercices. L'un d'eux a spécifié avec l'appui d'une EMSP et durant son internat, 4 autres avec l'HAD. L'étude ne nous a pas permis d'identifier le contexte dans lequel les deux derniers utilisaient le midazolam. Peut-être comme leurs confrères avec une équipe spécialisée en soins palliatifs ? S'agit-il d'un biais de déclaration ? Ceci soulève néanmoins la question d'une utilisation hors recommandations ?

Par ailleurs, l'âge ne semble pas modifier les habitudes de prescription.

Une plus grande distance vis-à-vis de l'hôpital paraît être un facteur d'utilisation plus fréquente en accord avec le nombre de sédation réalisée.

4.3.2 Nécessité de s'appuyer sur des personnes ressources en soins palliatifs

Dans notre étude, l'évocation d'un soutien extérieur, d'une équipe spécialisée est citée par 90.5% des 63 médecins interrogés et également fréquemment évoquée dans les commentaires. Nous considérons que cela se rapproche des recommandations et de la législation (26).

Toutes les enquêtes réalisées auparavant s'appuient sur la nécessité d'un travail en équipe et l'importance de s'aider de personnes ressources, formées aux soins palliatifs et aux spécificités du domicile. Le rôle primordial du travail avec une équipe de soins palliatifs ou réseau ou de l'HAD dans la prise en charge de la fin de vie à domicile et plus particulièrement de la sédation à domicile est retrouvé dans la littérature(52), (56), (13). D'après l'IGAS le médecin traitant doit être soutenu par une offre de soins et d'appui plus accessible et mieux équipée (5).

4.3.3 La voie d'administration du midazolam

Dans notre étude, ils sont 65.1% des 63 médecins généralistes interrogés à envisager d'utiliser la voie sous cutanée pour l'administration du midazolam versus 30% pour la voie intra veineuse. Cette dernière est recommandée tant que possible en première intention lors d'une SPCMD (26). En effet, il a été mis en évidence une grande variabilité interindividuelle des taux plasmatiques après administration du midazolam par voie sous cutanée chez des volontaires sains ou chez des patients en soins palliatifs. Cependant, au domicile l'injection en sous cutanée est souvent plus appréciée car c'est une méthode simple, pratique et moins invasive chez les patients en fin de vie ou avec un abord veineux difficile (57). Dans notre étude, 54% des médecins débutent le traitement par une titration, parmi eux certains médecins ont répondu la voie sous cutanée ce qui montre une certaine confusion.

Concernant la posologie, 90.5% des 63 médecins n'ont pas su répondre à cette question, ce qui tend à montrer le manque de formation et le peu d'utilisation de ce traitement.

Dans notre étude, ils sont 58.7% des 63 médecins à associer systématiquement une prescription antalgique au midazolam. Il existe une confusion entre la supposée action antalgique du midazolam (inexistante selon les propriétés pharmacologiques) et l'indication de la sédation dans les douleurs réfractaires à un traitement antalgique bien conduit. Dans les travaux de Pierre Robinet la sédation est perçue comme un traitement antalgique pour 86% des médecins (52).

4.3.4 L'utilisation d'échelle

D'après les recommandations, l'évaluation du degré de vigilance du patient et de la profondeur de la sédation nécessitent l'utilisation d'une échelle. Très peu d'études rapportent l'utilisation, dans la pratique, d'échelle observationnelle pour surveiller les effets de la sédation en fin de vie. Une revue de la littérature, en 2010, menée au Pays Bas, n'a retrouvé qu'une minorité d'études évaluant l'utilisation d'échelles de surveillance des symptômes réfractaires ou de la profondeur de la sédation (58).

En ce qui concerne notre étude, 33% des 63 médecins interrogés n'utilisent pas ou n'envisagent pas d'utiliser une échelle lors de la surveillance de la profondeur de la sédation. L'échelle de Rudkin est citée par 20.6% des 63 médecins. En revanche celle de Richmond n'est citée que par un seul médecin. Pourtant, elle est l'échelle la plus recommandée (27), (59), plus précise et mieux adaptée dans l'évaluation de la profondeur de la sédation (39). Elle est la référence au CHU de Bordeaux. Un manque d'information des médecins généralistes sur ces échelles pourrait expliquer ces résultats, d'autant qu'ils sont nombreux (25,4%) à ne pas avoir su répondre à cette question.

En revanche, les échelles auto/hétéro évaluation pour le degré de soulagement du patient, sont mieux connues des médecins d'autant qu'ils sont habitués à les utiliser dans d'autres situations que la fin de vie.

4.3.5 Evaluation biquotidienne de la profondeur de la sédation

Dans notre étude seulement 28.6% des 63 médecins envisagent un passage à domicile deux fois par jour ou plus. Ceci est un faible taux, sachant que les recommandations de la SFAP préconisent une surveillance bi quotidienne voir pluri quotidienne (24). Certains médecins (7.9%) ont précisé en commentaire le relai et la coordination avec des IDE ou équipe HAD. Il n'est pas spécifié clairement dans les recommandations si l'évaluation clinique, lors de la visite à domicile, doit être faite par un médecin ou une infirmière. Il est possible que par manque de temps, certains médecins envisagent de déléguer visite et évaluation au domicile par l'IDE.

4.3.6 Les Freins à l'utilisation du midazolam

Les principaux freins identifiés dans notre étude sont l'isolement des médecins lors de la prescription, la disponibilité des IDE et les difficultés dans l'organisation notamment les nuits sans équipe. Dans la littérature, des obstacles à la prise en charge d'une fin de vie à domicile ont été soulevé : l'isolement des médecins et la disponibilité des IDE sont deux points fréquemment cités par les médecin généralistes (14), (44) (60) (61).

Différentes pistes d'amélioration peuvent être envisagées pour palier à ces freins :

- La communication entre les médecins traitants et les équipes de soins palliatifs ou intervenants de l'HAD est indispensable dans les situations de fin de vie. Elle peut être améliorée en proposant une fiche d'aide à la prescription du midazolam avec protocole pratique d'adaptation des posologies. Favoriser les échanges par mails permettrait d'offrir aux professionnels un moyen plus souple de communication et d'éviter l'attente téléphonique.

- La réalisation de prescription médicale anticipée est indispensable pour permettre à l'équipe et aux différents intervenants de ne pas se sentir en difficulté dans la prise en charge et facilite la permanence des soins.

- Une collaboration entre SAMU et médecin traitant pourrait être envisagée en tant que soutien à domicile. On peut s'inspirer d'une étude réalisée à Grenoble en 2007, de la « fiche réflexive soins palliatifs ». Cette fiche recensait les informations relatives au patient avec notamment son projet de vie. Compléter celle-ci avec les traitements permettrait de les adapter plus facilement (62).

- Les CPTS (Communautés professionnelles territoriales de santé) permettraient aux médecins de se sentir moins seuls au domicile. Cette forme d'exercice coordonnée proposée aux professionnels de santé a pour but d'améliorer leur coopération avec les différentes structures existantes. Ceci améliorerait la prise en charge et le suivi des patients en proposant des parcours adaptés et notamment de favoriser le maintien à domicile. (63)

- Informer de l'existence du site internet Palliaclic. C'est un outil d'information dédié aux médecins généralistes créé en 2019. Il comporte des items sur la sédation pouvant aider le médecin dans sa prise en charge.

- De même que pour la rétrocession hospitalière, la prescription par le médecin généraliste et à destination des pharmacies de ville pourrait être cosignée par l'équipe de soins palliatifs..

Le manque de formation explique probablement le manque de connaissances des médecins vis à vis de la prescription du midazolam. Sensibiliser les étudiants aux problèmes de fin de vie et soins palliatifs et offrir la possibilité aux médecins généralistes installés des cycles de formation continue sur ce sujet est une voie d'avenir (22). Une formation en ligne gratuite francophone dédiée au soins palliatifs (Massive Open Online Course= MOOC) est ouverte depuis octobre 2019 sur la plateforme France Université Numérique, dans un but de diffusion de la culture palliative ; trouver les moyens de le faire connaître seront à mettre en œuvre.

Il était initialement envisagé un sujet de thèse plus ciblé sur la rétrocession hospitalière mais du fait de la pandémie et du retard de modification de délivrance nous avons préféré ouvrir le sujet aux connaissances des médecins. Nous mettons ici en évidence que le manque d'accessibilité du midazolam décrite par certains médecins dans plusieurs études, n'apparaît dans la nôtre qu'en 4^{ème} position. Il n'est donc pas le seul frein de prescription du midazolam par les médecins généralistes mais cela pourrait être intéressant à réévaluer lorsque cette dispensation sera effective.

Dans l'étude de Cueille Virginie, la disponibilité du médecin et le temps consacré au patient est pour 81% des médecins une contraintes dans le suivi d'une fin de vie à domicile (61). L'aspect chronophage de la prise en charge de la fin de vie est retrouvé dans notre étude ainsi que dans celle de Dromer Christelle (14). Les nombreuses visites à domicile, nécessaires pour une bonne prise en charge palliative d'un patient ne peuvent souvent pas être réalisées, faute de temps, par les médecins généralistes, débordés par leur activité quotidienne au cabinet. De plus, actuellement les visites à domicile tendent à diminuer. Le vieillissement de la population et sa demande de consultations, les nombreux départs en retraite des médecins et la désertification médicale aggravent la situation. Une revalorisation financière des visites à domicile, la création de critère de Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP) ou d'un forfait soins palliatifs, comme il existe pour les retours d'hospitalisation ou les suivis en affections longues durées pourraient alléger ce frein.

On s'étonne que la peur d'accélérer la mort source de confusion avec l'euthanasie ne soit pas plus citée contrairement à d'autres études, de même que pour l'entourage du patient. Il est nécessaire de souligner la quasi absence de soutien psychologique des professionnels du secteur libéral. Une étude qualitative récente menée auprès de médecins généralistes, insiste sur une fréquente souffrance personnelle (60). Les groupes Balint permettent aux médecins de formuler leurs angoisses et les aide à acquérir la

distance nécessaire par rapport à leurs émotions. Elles ont toute leur place dans ces situations de fin de vie.

Les recommandations de la SFAP (24) et celle de l'HAS, de 2018 actualisées en 2020 (26) paraissent encore aujourd'hui difficiles à adapter à la pratique du domicile et ces freins expliquent pourquoi elles ne sont encore que peu connues.

CONCLUSION

L'augmentation de l'espérance de vie et le désir de la population de mourir à domicile impliquent une modification et évolution de la pratique ambulatoire. L'avenir est à un « virage ambulatoire » afin de soulager et rationaliser le recours à l'hôpital.

Notre étude a mis en évidence les limites des connaissances des médecins généralistes envers le midazolam. L'importance d'un soutien et d'une collaboration avec les équipes spécialisées en soins palliatifs apparaît primordiale.

Il est intéressant de rendre plus accessible le midazolam car cette molécule reste peu manipulée par les médecins généralistes. Elle peut engendrer des craintes et des difficultés, sa prescription doit être facilitée mais doit rester très encadrée. L'histoire nous a montré que certains médecins ont pris des décisions seuls, il faut limiter les abus et dérives. Le renforcement de la cohésion entre les organismes spécialisés et les médecins généralistes, est nécessaire. Le partage de la pratique, des connaissances, une concertation avec les médecins hospitaliers référents sont nécessaires pour une bonne prise en charge du patient. Cela permet d'éviter l'isolement, la solitude et les dérives. Par ailleurs si certains médecins y verront un avantage et changeront de ce fait leurs pratiques actuelles, d'autres ne changeront probablement rien et préféreront continuer d'utiliser les traitements dont ils ont l'habitude.

Les médecins généralistes ne peuvent prétendre avoir toutes les connaissances nécessaires à la pratique de la sédation et à l'utilisation du midazolam au domicile. Selon notre étude, une majorité d'entre eux est sensibilisée à la médecine palliative et souhaite approfondir ses connaissances.

Une étude qualitative avec entretiens semi dirigés pourrait apporter d'autres éléments notamment sur la représentation que peuvent avoir les médecins généralistes du midazolam. Il serait également intéressant de réévaluer les pratiques à distance de la mise à disposition du midazolam dans les pharmacies de ville pour les médecins généralistes.

BIBLIOGRAPHIE

1. Hesse C, Puccinelli A. Fiches contributives à la mission de réflexion sur la fin de vie. Inspection Générale des Affaires Sociales. :53.
2. Observatoire National de la fin de vie. Vivre la fin de sa vie chez soi. Paris; Mars 2013 [Internet]. [cité 20 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/134000186.pdf>
3. Insee, Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. 594 000 personnes décédées en France en 2016, pour un quart d'entre elles a domicile. [Internet]. 2017 [cité 20 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3134763>
4. Pennec S, Gaymu J, Monnier A, Riou F, Aubry R, Pontone S, et al. Le dernier mois de l'existence : les lieux de fin de vie et de décès en France. Population. 2013;68(4):585.
5. Duhamel G, Mejane J. Les soins palliatifs et la fin de vie à domicile. Inspection Générale des Affaires Sociales. :86.
6. La sédation profonde et continue jusqu'au décès difficultés d'accès. Prescrire. Avril2020; 40 (438) :300-303.
7. Raskopf G. La sédation palliative à domicile: les difficultés de mise en œuvre rencontrées par les médecins généralistes. Enquête descriptive auprès des praticiens de Midi-Pyrénées. [Thèse de Doctorat]. Université Paul Sabatier Toulouse III, Faculté de médecine; 2017. [Internet]. [cité 22 mars 2021]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/2184/1/2017TOU31137.pdf>
8. Généraliste accusé d'euthanasie : le manifeste des 343 médecins ouvert aux signatures [EXCLU EGORA] [Internet]. egora.fr. 2020 [cité 26 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.egora.fr/actus-pro/deontologie/54431-generaliste-accuse-d-euthanasie-le-manifeste-des-343-medecins-ouvert-aux>
9. Fin de vie à domicile : vers un accès facilité au midazolam pour les médecins généralistes. Le Monde.fr [Internet]. 10 févr 2020 [cité 26 janv 2022]; Disponible sur: https://www.lemonde.fr/societe/article/2020/02/10/fin-de-vie-a-domicile-vers-un-acces-facilite-au-midazolam-pour-les-medecins-generalistes_6029010_3224.html
10. Buzyn A. Communiqué de presse. 10 févr 2020;2.
11. Antalgie des douleurs rebelles et pratiques sédatives chez l'adulte : prise en charge médicamenteuse en situations palliatives jusqu'en fin de vie [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 26 janv 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3150631/fr/antalgie-des-douleurs-rebelles-et-pratiques-sedatives-chez-l-adulte-prise-en-charge-medicamenteuse-en-situations-palliatives-jusqu-en-fin-de-vie
12. Roffé M. Les difficultés rencontrées par les médecins généralistes en France lors de la prise en charge à domicile de patients en phase palliative d'une maladie grave [Thèse d'exercice]. Université la Sorbonne, Faculté de Médecine; 2020.
13. Louvet Monory E. La sédation en situation palliative terminale au domicile par le médecin généraliste [Thèse d'exercice]. Université de Bordeaux, Faculté de médecine; 2017.

14. Dromer C. Les facteurs limitant l'accompagnement des patients en fin de vie en médecine générale : vécu des médecins généralistes [Thèse d'exercice]. Université de Nice, Faculté de Médecine; 2013.
15. SFAP. Définition et organisation des soins palliatifs en France. SFAP-site internet. [Internet]. [cité 22 sept 2021]. Disponible sur: <http://www.sfap.org/rubrique/definition-et-organisation-des-soins-palliatifs-en-france>
16. Direction Générale de la Santé. Circulaire du 26 Aout 1986 relative à l'organisation des soins et à l'accompagnement des malades en phase terminale. [Internet]. [cité 27 sept 2021]. Disponible sur: <http://www.sfap.org/system/files/circulaire-laroque.pdf>
17. LOI no 99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs. 99- 477 juin 9, 1999. 99-477 juin 9, 1999.
18. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (1). 2002-303 mars 4, 2002.
19. LOI n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie (1). 2005-370 avr 22, 2005.
20. LOI n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie. 2016-87 févr 2, 2016. [Internet]. [cité 27 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGIARTI000031971164/2016-02-04>
21. Décret n° 2016-1066 du 3 août 2016 modifiant le code de déontologie médicale et relatif aux procédures collégiales et au recours à la sédation profonde et continue jusqu'au décès prévus par la loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie - Légifrance [Internet]. [cité 27 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000032967551>
22. Développement des soins palliatifs et accompagnement de la fin de vie. Plan national 2021-2024 [Internet]. [cité 10 févr 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan-fin-de-vie-2022-01-28-v1.pdf>
23. Leonetti J. Rapport n 1708 fait au nom de la mission d'information sur l'accompagnement de la fin de vie-tome 1. 2004 [Internet]. [cité 5 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.assemblee-nationale.fr/12/pdf/rap-info/i1708-t1.pdf>
24. Recommandations de bonne pratique : sédation pour détresse en phase terminale et dans des situations spécifiques et complexes, recommandations chez l'adulte et spécificités au domicile et en gériatrie, SFAP 2009. [Internet]. [cité 2 mars 2021]. Disponible sur: <http://www.sfap.org/system/files/sedation-phase-terminale.pdf>
25. Cherny NI, Portenoy RK. Sedation in the management of refractory symptoms: guidelines for evaluation and treatment. J Palliat Care. 1994;10(2):31-8.
26. Recommandations HAS. Comment mettre en oeuvre une sédation profonde et continue jusqu'au décès? Février 2018. Actualisation Janvier 2020 [Internet]. [cité 2 avr 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/app_164_guide_pds_sedation_web.pdf

27. Arantzamendi M, Belar A, Payne S, Rijpstra M, Preston N, Menten J, et al. Clinical Aspects of Palliative Sedation in Prospective Studies. A Systematic Review. *J Pain Symptom Manage.* avr 2021;61(4):831-844.e10.
28. Menezes MS, Figueiredo M das GM da C de A. [The role of end-of-life palliative sedation: medical and ethical aspects - Review]. *Braz J Anesthesiol Elsevier.* févr 2019;69(1):72-7.
29. Mercadante S, Porzio G, Valle A, Aielli F, Casuccio A. Palliative Sedation in Patients With Advanced Cancer Followed at Home: A Prospective Study. *J Pain Symptom Manage.* mai 2014;47(5):860-6.
30. Cherny NI, Radbruch L, The Board of the European Association for Palliative Care. European Association for Palliative Care (EAPC) recommended framework for the use of sedation in palliative care. *Palliat Med.* oct 2009;23(7):581-93.
31. Kirk TW, Mahon MM. National Hospice and Palliative Care Organization (NHPCO) Position Statement and Commentary on the Use of Palliative Sedation in Imminently Dying Terminally Ill Patients. *J Pain Symptom Manage.* mai 2010;39(5):914-23.
32. Collège des médecins du Québec. La Sédation palliative en fin de vie. Société québécoise des médecins de soins palliatifs. Montréal; 2016 août [Internet]. [cité 17 janv 2022]. Disponible sur: <http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2016-08-29-fr-sedation-palliative-fin-de-vie.pdf>
33. Antalgie des douleurs rebelles et pratiques sédatives chez l'adulte : prise en charge médicamenteuse en situations palliatives jusqu'en fin de vie. Pratiques sédatives chez l'adulte pour le médecin généraliste. Janvier 2020. [Internet]. [cité 24 sept 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-02/fiche_sedation_mg.pdf
34. ANSM. Résumé des Caractéristiques du midazolam [Internet]. [cité 26 janv 2022]. Disponible sur: <http://agence-prd.ansm.sante.fr/php/ecodex/rcp/R0216350.htm>
35. Prommer E. Midazolam: an essential palliative care drug. *Palliat Care Soc Pract.* janv 2020;14:263235241989552.
36. Bolon M, Bouliou R, Flamens C, Paulus S, Bastien O. Sédation par le midazolam en réanimation : aspects pharmacologiques et pharmacocinétiques. *Ann Fr Anesth Réanimation.* juin 2002;21(6):478-92.
37. Bodnar J. A Review of Agents for Palliative Sedation/Continuous Deep Sedation: Pharmacology and Practical Applications. *J Pain Palliat Care Pharmacother.* 2 janv 2017;31(1):16-37.
38. Recommandations de bonne pratique : douleur rebelle en situation palliative avancée chez l'adulte. *Médecine Palliat Soins Support - Accompagnement - Éthique.* avr 2011;10(2):90-105.
39. Sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès. Mise en œuvre médicamenteuse. Fiche repère SFAP. Mai 2017. [Internet]. [cité 17 avr 2021]. Disponible sur: http://www.sfap.org/system/files/fiche_repere_sfap_miseenoeuvre18mai2017_0.pdf
40. Arrêté du 14 juin 2021 portant application d'une partie de la réglementation des stupéfiants aux médicaments à usage humain composés de midazolam, administrés par voie injectable.
41. J. Kiwits FB, C. Fournier MW. Les recherches qualitatives en santé. Amand Colin. 2016. 330 p. (U).

42. Simon T. Collaboration des médecins généralistes avec les structures de soins palliatifs hospitalières de Sud Gironde en 2018: enquête d'opinion. [Thèse d'exercice]. Université de Bordeaux, Faculté de médecine; 2020.
43. Fallot A. Enquête de pratique auprès des médecins généralistes girondins concernant le recours aux professionnels de soins palliatifs.[Thèse d'exercice].Université de Bordeaux, Faculté de Médecine; 2018.
44. Stipon M. État des lieux de la prise en charge en soins palliatifs en médecine générale en Seine-Maritime et dans l'Eure [Thèse d'exercice]. Université de Rouen, Faculté de médecine; 2016.
45. Rault J-F Bouet P. Atlas de la démographie médicale en France en 2020- Conseil National de l'Ordre des Médecins; 2020 [Internet]. [cité 3 déc 2021]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1grhel2/cnom_atlas_demographie_medicale_2020_tome1.pdf
46. Jacques A. Sédation à domicile des malades en phase palliative terminale [Thèse d'exercice]. Université de Limoges, Faculté de médecine; 2013.
47. Rapport 2011 fin de vie: un premier état des lieux [Internet]. [cité 13 déc 2021]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/124000093.pdf>
48. Sicard D. Penser solidairement la fin de vie- Commission de réflexion sur la fin de vie en France. 2012;198.
49. IPSOS, Enquête auprès des médecins sur la fin de vie pour le Conseil National de l'Ordre des Médecins, 10-23 janvier 2013. [Internet]. [cité 10 févr 2022]. Disponible sur: http://emmanuelhirsch.fr/wp-content/uploads/2013/02/sondage_fin_de_vie_fevrier_2013.pdf
50. Vivius F. Les médecins généralistes pratiquent ils des sédations pour symptômes réfractaires en situation palliative à domicile Midi Pyrénées.[Thèse d'exercice]. Université de Paul Sabatier Toulouse III , Faculté de médecine; 2018. [Internet]. [cité 1 avr 2020].
51. Mercadante S, Porzio G, Valle A, Fusco F, Aielli F, Costanzo V, et al. Palliative sedation in patients with advanced cancer followed at home: a systematic review. J Pain Symptom Manage. avr 2011;41(4):754-60.
52. Robinet P, Duminil T, Da Silva A, Villet S, Gamblin V. Sédation en médecine palliative au domicile : enquête descriptive auprès des médecins généralistes. Médecine Palliat Soins Support - Accompagnement - Éthique. déc 2015;14(6):383-7.
53. Keesmann K. Confusion entre anxiolyse et sédation dans certaines situations en phase terminale ? Médecine Palliat Soins Support - Accompagnement - Éthique. août 2012;11(4):173-80.
54. Terrier L. La sédation à domicile des patients en fin de vie: représentations et vécu des proches, infirmiers et médecins généralistes. Le point de vue des médecins généralistes [Thèse d'exercice]. Université Nice-Sophia Antipolis, Faculté de médecine; 2016.
55. Pennec S, Riou F, Monnier A, Gaymu J, Cases C, Pontone S, et al. Fin de vie au domicile en France métropolitaine en 2010 : à partir d'une étude nationale en population générale. Médecine Palliat Soins Support - Accompagnement - Éthique. déc 2013;12(6):286-97.

56. Jacques E, Grouille D, Galinat D, Delpeyroux C, Viillard M-L, Sardin B, et al. Sedation at home for terminally ill patients. *Médecine Palliat Soins Support - Accompagnement - Éthique*. juin 2014;13(3):115-24.
57. Tanguy-Goarin C, Cogulet V. Administration des médicaments par voie sous-cutanée en soins palliatifs. *Therapies*. nov 2010;65(6):525-32.
58. Brinkkemper T, van Norel AM, Szadek KM, Loer SA, Zuurmond WWA, Perez RSGM. The use of observational scales to monitor symptom control and depth of sedation in patients requiring palliative sedation: a systematic review. *Palliat Med*. janv 2013;27(1):54-67.
59. Sessler CN, Gosnell MS, Grap MJ, Brophy GM, O'Neal PV, Keane KA, et al. The Richmond Agitation–Sedation Scale. *Am J Respir Crit Care Med*. 15 nov 2002;166(10):1338-44.
60. Texier G, Rhondali W, Morel V, Filbet M. Refus de prise en charge du patient en soins palliatifs (en phase terminale) à domicile par son médecin généraliste : est-ce une réalité ? *Médecine Palliat Soins Support - Accompagnement - Éthique*. avr 2013;12(2):55-62.
61. Cueille V. Le médecin généraliste face à la fin de vie à domicile: connaissances, compétences et limites. État des lieux auprès des médecins généralistes de la Seine Maritime et de l'Eure [Thèse d'exercice]. Université de Rouen, Faculté de Médecine; 2017.
62. Bouvaist M. ' « Fiche réflexe soins palliatifs »': un outil de coopération avec le SAMU 74 pour améliorer la prise en charge en urgence des patients en soins palliatifs en phase avancée à domicile. :102.
63. Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) [Internet]. [cité 6 janv 2022]. Disponible sur: <http://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/communautes-professionnelles-territoriales-de-sante-cpts-0>

ANNEXES

Annexe 1 : Echelle de vigilance-agitation de Richmond (RASS)

Echelle de vigilance-agitation de Richmond (*Richmond agitation sedation scale RASS*) [1,2] ; validation française par Chanques et coll [3]

+4	combatif	combatif, danger immédiat envers l'équipe.
+3	très agité	tire, arrache tuyaux et cathéters et/ou agressif envers l'équipe
+2	agité	mouvements fréquents sans but précis et/ou désadaptation au respirateur
+1	ne tient pas en place	anxieux ou craintif, mais mouvements orientés, peu fréquents, non vigoureux, non agressifs
0	éveillé et calme	
-1	somnolent	Pas complètement éveillé, mais reste éveillé avec contact visuel à l'appel (> 10 sec)
-2	diminution légère de la vigilance	Reste éveillé brièvement avec contact visuel à l'appel (< 10sec)
-3	diminution modérée de la vigilance	N'importe quel mouvement à l'appel (ex : ouverture des yeux) mais pas de contact visuel
-4	diminution profonde de la vigilance	Aucun mouvement à l'appel, n'importe quel mouvement à la stimulation physique (friction non nociceptive de l'épaule ou du sternum)
-5	non réveillable	Aucun mouvement, ni à l'appel, ni à la stimulation physique (friction non nociceptive de l'épaule ou du sternum)

Annexe 2 : Score de Rudkin

Score de Rudkin (VO et traduction GT SFAP)

1	Fully awake	1 complètement réveillé
2	Drowsy	2 somnolent
3	Eyes closed but rousable to command	3 yeux fermés mais réveillable à la demande
4	Eyes closed but rousable to mild physical stimulation	4 yeux fermés mais réveillable avec une stimulation physique légère
5	Eyes closed and unrousable to mild physical stimulation	5 yeux fermés et non réveillable avec une stimulation physique légère

Annexe 3 : Questionnaire adressé aux médecins généralistes

État des lieux des connaissances et des attentes des médecins généralistes du Sud Gironde sur le Midazolam.

Partie 1: Données socio épidémiologique

1. Quel âge avez-vous ?

2. Êtes-vous ?
 - Une Femme
 - Un Homme

3. Depuis combien de temps exercez-vous en médecine libérale?
 - Moins de 5 ans
 - 5-10 ans
 - 11-20 ans
 - Plus de 20 ans

4. Quelle est votre type d'activité ?
 - Seul
 - Cabinet de groupe
 - Maison de santé
 - Remplaçant
 - Autres :

5. A quelle distance se trouve la structure hospitalière la plus proche de votre lieu d'exercice actuel?
 - < 10km
 - 10-25 km
 - >25 km

6. Avez-vous reçu une formation spécifique en soins palliatifs ? (DU,DESC,FMC..)
 - Oui, DU/DIU/DESC en soins palliatifs
 - Oui , formation médicale continue (Congrès...)
 - Oui, formation universitaire théorique initiale
 - Oui, autre :
 - Non

7. Pouvez-vous estimer le nombre de patients relevant des soins palliatifs que vous suivez par an en moyenne:
 - Aucun
 - 1-2
 - 3-4

Plus de 5

8. D'une manière générale, considérez-vous que les soins palliatifs tiennent une place de plus en plus importante dans votre pratique professionnelle quotidienne depuis que vous exercez en tant que médecin généraliste libéral?

Oui

Non

Stable

Mon expérience est insuffisante pour que je puisse répondre à cette question

9. Dans votre exercice quotidien êtes-vous amené à prendre en charge des patients en fin de vie: (choix multiple).

A domicile

En résidence pour personne âgée (RPA)

En EHPAD

En famille d'accueil

10. Vous arrive t'il ou vous est-il arrivé de pratiquer une sédation à domicile, lors de fin de vie ?

Oui => passer à la partie 2

Non => passer directement à la partie 3

Partie 2: Pratiques de la sédation (on entend par sédation l'induction d'une perte de la vigilance pouvant aller jusqu'à la perte de la conscience)

11. Dans votre pratique de médecine générale en ville, dans quel(s) cas envisagez-vous une sédation pour un patient ? choix multiple

Pour diminuer l'anxiété

Pour une sédation transitoire (pour passer un « cap aigu »)

Pour des soins douloureux (pansements, toilettes..)

Pour une sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès

Autres :

12. Quel(s) symptôme(s) vous conduisent à une sédation à domicile?

Douleurs intenses

Hémorragie massive

Dyspnée / Détresse respiratoire

Convulsions / Etat de mal

Syndrome confusionnel

Anxiété/ Agitation

Trouble du sommeil

Nausées/ vomissements

13. A quelle(s) molécule(s) avez-vous recours lors de sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès?

- Midazolam
- Seresta
- Valium
- Tranxène
- Rivotril
- Largactil
- Morphine
- Autres :

Partie 3: Utilisation du midazolam en exercice libéral

14. Combien de fois avez-vous déjà utilisé le midazolam depuis votre début d'exercice en médecine libérale ?

- 0
- 1
- 2
- >3

15. Faites-vous/ ferez-vous appel à une équipe extérieure pour la prescription de midazolam ?

- Oui Non

Si oui

- Equipe mobile
- Hospitalisation à domicile (HAD)
- Autre :

16. De préférence, quelle voie d'administration utilisez-vous/ utiliserez-vous pour une sédation au midazolam?

- IV
- IM
- SC
- Autre :

17. Comment débutez-vous/débuterez-vous l'administration du midazolam lors d'une sédation?

- Par titration
- Débit continu sur 24h Avec bolus Sans bolus
- Débit discontinu (en bolus uniquement) : La journée La nuit Les deux
- Autre :

18. A quelle posologie initiale utilisez-vous/ utiliserez-vous le midazolam ?

- mg/h ou dose bolus : ... mg
- Je ne sais pas

19. Associez-vous/ associez-vous systématiquement un traitement antalgique à la prescription du midazolam ?

- Oui
- Non

20. A l'instauration du midazolam, à quelle fréquence évaluez-vous/ évaluez-vous la profondeur de la sédation ?

- Toutes les 5 min
- 10 min
- 15 min
- 30 min
- Toutes les heures
- 2 fois par jour

21. Comment surveillez-vous/ surveillerez-vous la profondeur de la sédation par le midazolam?

- Score de Rudkin
- Score de Ramsay
- Score de Richmond
- Score de Glasgow
- Autre :
- Aucune

22. Quel(s) élément(s) surveillez-vous/ surveillerez-vous après l'instauration du midazolam ?

- Saturation en O2
- Fréquence cardiaque
- Pression artérielle
- Fréquence respiratoire
- Electrocardiogramme
- Echelle de sédation
- Echelle douleur
- Autres :

23. Comment surveillez-vous/ surveillerez-vous le degré de soulagement du patient ?

- Echelle Visuelle Analogique (EVA)
- Echelle numérique (EN)
- Echelle verbale simple (EVS)
- Echelle d'observation comportementale (EOC)
- Algoplus
- Doloplus
- Autre :
- Aucune

24. Une fois la mise en route de la sédation, combien de visite au domicile faites-vous ou prévoyez-vous d'effectuer pour le suivi ?

- Une fois par jour
- Deux fois par jour
- Plus de deux fois par jour
- Tous les deux jours
- Deux fois par semaine
- Autre :

25. Quels éléments peuvent ou pourraient freiner votre utilisation du midazolam ?

- Isolement lors de la prescription
- Aspect chronophage de ces situations
- Disponibilité des infirmiers libéraux (passage pluri quotidien, surveillance)
- Difficultés à joindre les spécialistes en soins palliatifs
- Difficultés dans la continuité des soins entre minuit et 8h du matin
- Consultation mal valorisée financièrement
- L'accompagnement de l'entourage pendant cette période
- Rétrocession hospitalière
- Prescription par une équipe tiers (HAD, EMSP)
- Craintes des effets secondaires
- Peur d'accélérer la mort
- Déficit de formation
- Vos connaissances de la molécule
- Difficulté à évaluer la profondeur de la sédation avec le midazolam
- Autres :

Partie 4: Votre avis nous intéresse

26. Si vous l'utilisez ou non pouvez-vous nous dire pourquoi ?

Annexe 4 : Lettre d'information

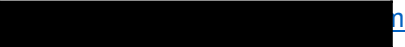
Hortense LECLERC

Médecin Généraliste remplaçant

7 rue Edmond Costedoat

33000 Bordeaux

06.89.64.01.84

 n

Mercredi 23 Juin 2021

Chère Consœur, cher Confrère,

Je vous ai contacté par téléphone il y a quelques jours pour vous informer de mon travail de thèse de médecine générale, dirigé par le Dr Didier ROCHE, médecin du Service de Soins Palliatifs du Sud Gironde.

Je réalise une enquête auprès des médecins généralistes de Sud Gironde afin **d'évaluer les connaissances et les attentes des médecins sur le midazolam dans la prise en charge palliative.**

Actuellement tout médecin peut prescrire le midazolam, cependant ce traitement n'est délivrable que par rétrocession hospitalière ou via une Hospitalisation A Domicile (HAD) ou une Equipe Mobile de Soins Palliatifs (EMSP) préalablement sollicitée pour prendre en charge le patient en fin de vie.

En février 2020, le Ministère de la Santé et des Solidarités soutenu par la Haute Autorité de Santé (HAS) avait prévu de mettre à disposition dans les pharmacies de ville, le midazolam, afin de faciliter son accès pour les médecins généralistes dans la prise en charge des patients en fin de vie.

A ce jour les modalités de délivrance du midazolam n'ont pas changé et la dispensation reste purement hospitalière. Il est possible que la tension sur les stocks de midazolam en période de crise sanitaire Sars Cov 2 ait fait privilégier l'utilisation de cette molécule pour les services de réanimation.

Le questionnaire ci-joint a pour **objectif principal de connaître vos pratiques sédatives concernant le midazolam et d'identifier les attentes que vous pouvez avoir de ce médicament.**

Cela me permettra dans un second temps de proposer des préconisations, d'envisager des perspectives d'amélioration, en soins palliatifs, dans la formation des médecins généralistes

Remplir ce questionnaire vous prendra environ **quinze minutes**, vous trouverez ci-joint une enveloppe pré timbrée afin de me le retourner.

Réponse souhaitée avant le 31 juillet 2021.

Les données issues de ces questionnaires seront toutes **anonymisées**.

Ce projet de recherche a reçu un avis favorable du Comité Ethique de la Recherche du CHU de Bordeaux.

Les données collectées lors de cette étude seront conservées et sécurisées jusqu'à la soutenance de la thèse. Elles seront ensuite détruites. Vous avez le droit de demander l'accès aux données, leurs rectifications ou leurs effacements, de vous opposer à leurs traitements, de retirer votre consentement à tout moment ou d'introduire une réclamation.

Pour exercer ces droits, ou en cas de question, vous pouvez me contacter à l'adresse mail suivante :

[REDACTED]

Je vous remercie par avance de votre aide, et du temps que vous consacrerez à remplir ce questionnaire.

Vous serez tenus informés si vous le souhaitez des résultats de mon étude.

Je reste à votre disposition pour toute question concernant l'enquête.

Bien confraternellement,

Hortense LECLERC

Annexe 5 : Réponses des médecins à la Question 25

Médecin A :

« Je n'ai pas beaucoup eu l'occasion de le prescrire personnellement, cela se fait en général de concert avec les équipes mobiles. Son utilisation reste toutefois ancrée dans mon passé d'interne ou le recours y était bien plus fréquent. Je n'ai pas d'appréhension à le prescrire mais il semble souhaitable / indispensable de n'y avoir recours qu'après concertation avec l'entourage familiale et les équipes de soins palliatifs. »

Médecin B :

1. « Absence information et méconnaissance du midazolam
2. Habituellement mise en place par l'HAD ou les soins palliatifs lors d'insuffisance des traitements autres (morphine, valium...)
3. Difficultés d'accès à ce produit
4. J'aimerais connaître les résultats de votre étude »

Médecin C :

« En ville le Rivotril est plus facile d'accès. Et je me dis que ce sera plus facile d'utilisation par les infirmiers en tout cas moins angoissant pour eux que le Midazolam. Mais c'est une idée reçue. »

Médecin D :

« Je n'ai fait qu'une seule fin de vie à domicile , pendant le COVID car pas de place en soins palliatifs . Avec le protocole de l'équipe mobile en constante présence téléphonique selon les symptômes du patient. Il était atteint d'un carcinome pancréatique en phase finale. Je connaissais personnellement très bien patient et famille. L'accompagnement fut pénible pendant les fêtes de fin d'année, jour et nuit selon les appels de la famille et des infirmiers. Chaque nouvelle molécule a nécessité une ordonnance avec délivrance rapide par le pharmacien, heureusement il a lui aussi été très présent...

Le midazolam n'a pas été utilisé car le patient était soulagé. Pour moi cette molécule, que j'ai connue en réanimation dans mes jeunes années doit être réservée à l'hôpital ou aux équipes de soins palliatifs ou HAD. »

Médecin E :

« J'ai beaucoup utilisé les bolus de midazolam dans les états critiques transitoires (hémoptysie, douleurs, etc...) Le principal avantage en bolus = le caractère fugace de la sédation, et l'amnésie rétrograde de l'évènement par le patient. Donc intérêt en bolus pour moi à ne pas oublier, et en plus un traitement palliatifs plus habituels (anxiolytiques, benzodiazépine, morphines en continu). »

Médecin F : questionnaire rempli jusque la question 7

« Je ne me suis pas reconnu dans la suite de votre questionnaire. Le medecin généraliste a accès au Midazolam par les HAD et EMSP (car il n'est pas dispensable en ville) , jamais seul donc ce ne sont pas mes décisions et les protocoles sont ceux des services. »

Médecin G :

« Manque de formation »

Médecin J :

« Midazolam : molécule d'action rapide, pour un soulagement rapide des accès paroxystiques ou situations de crise. Problème de disponibilité hospitalière pour s'en procurer en dehors de structure comme l'HAD. »

Médecin K :

« Non encore utilisé car situation ne l'ayant pas nécessité (gestion avec morphine, benzodiazépine autre). »

Médecin M :

« Permet une sédation profonde afin d'aider le décès en soulageant le malade. »

Médecin N :

« Simple à titrer puis à manipuler avec une PCA. Difficile sans HAD ou soutien d'une EMSP »

Médecin P :

« Utilisation des morphiniques en soins palliatifs »

Médecin Q :

« Je n'ai jamais utilisé le midazolam. Je laisse le soin à l'équipe mobile d'en faire la prescription pour le moment, faute de formation , de disponibilité du produit mais ma pratique pourrait évoluer dans le temps... »

Médecin T :

« Manque de connaissance. Appel aux équipes spécialisées. »

Médecin U :

« Je ne l'utilise jusqu'à présent quasiment que dans le cadre d'une HAD ou de soins palliatifs car difficultés ++ de s'en procurer. Bien joli de demander aux famille d'aller à la pharmacie hospitalière quand déjà le relai

Médecin X :

« Je ne l'utilise pas car je n'ai pas l'habitude du produit. Utilisé trop peu de jours, sur conseils de spécialistes et délivrance hospitalière. »

Médecin Y :

« Ça reste rare en fait .»

Médecin Z :

« Difficulté de répondre à ces questions car peu d'expérience. »

Médecin CC :

« Je ne l'utilise pas. Autorisation récente, aucune formation , connaissance insuffisantes en médecine palliative et sur cette molécule »

Médecin DD :

« Je pourrais l'utiliser si cela s'avérait nécessaire mais je préférerais la voie IVSE et là, ça se complique en libérale ou en EHPAD sans structure d'appoint comme une HAD. Donc pour l'instant j'évite. »

Médecin FF :

« Je ne maîtrise pas suffisamment l'utilisation de cette molécule. Je pense que cela réitère d'une prise en charge multidisciplinaire et je fais appel aux EMSP et aux HAD qui peuvent également être en soutien pour les accompagnants. »

Médecin GG :

« Pas assez de connaissance théorique et pratique. Peu de disponibilité pour accompagner le patient et sa famille lors de la procédure. »

Médecin II :

« Je vois à chaque fois avec les soins palliatifs. »

Médecin JJ :

« J'ai fait le DESC de soins palliatifs avec un an d'activité en USP donc une formation pour utiliser cette molécule. Il est frustrant ayant les connaissances , etre limitée dans les soins auprès de nos patients, qui souhaitent décéder à domicile et devant les carences hospitalières criantes...

Il y a clairement une carence de formation initiale et une demande ++ des soignants et des patients.

Médecin KK :

« Habitude de solliciter l'EMSP et/ou l'HAD pour les situations palliatives à domicile. => utilisation déléguée à ces équipes expérimentés. »

Médecin NN :

« Aucune formation mais si prescription et suivi par HAD, je suis sans problème. »

Médecin PP :

« Je fais avec d'autres traitements depuis longtemps sans nécessité de prescription hospitalière. Les sédations terminales ne nécessitent pas toujours le midazolam... indispensable sur des épisodes aigus réversibles... »

Médecin QQ :

« Regrette la complexité pour disposer du midazolam à domicile (non délivrer a ce jour en ville) . »

Médecin TT :

« J'ai l'habitude d'utiliser morphine+ valium. »

Médecin UU :

« J'en fais une utilisation limité de part la délivrance hospitalière. Quand cela est possible, mise en place anticipé de l'HAD pour avoir mais a la pharmacie hospitalière. Mais lors de situations « d'urgence » Rivotril ou emprunt au SAU... »

Médecin VV :

« Complexité de l'obtention++ »

Médecin WW :

« Utilisé que dans le cadre d'une HAD du fait des contraintes de prescription. Sinon Valium+ morphine. »

Médecin XX :

« Respect des volontés du patient/ directives anticipées / personne de confiance. »

Médecin ZZ :

« Utilisation une fois de valium en SC. Pas d'utilisation du midazolam car pas d'accès au traitement. »

Médecin BBB :

« Le midazolam n'est pas accessible en pharmacie de ville. Il faut donc soit que le patient soit en EHPAD, soit qu'il soit suivis par une HAD ou soins palliatifs c'est ce qui limite ma prescription. »

Médecin CCC :

« Aucune expérience de ce médicament . »

Médecin FFF :

« Je ne suis pas formée sur les protocoles, je préfère faire appel à l'équipe mobile de l'HAD. »

Médecin GGG :

« Indispensable dans les sédations en fin de vie (heures ou dans les dernières 48 heures) . »

Médecin III :

« En fait je trouve que les sédatifs et psychotropes ne sont pas assez utilisés par les médecins en général. C'est-à-dire pas assez souvent mais pas que pour les soins palliatifs. »

Médecin JJJ :

« Prise en charge plus en amont donc pas de nécessité en aigu habituellement. »

Medecin KKK :

« Pas d'utilisation, pas de projet d'utilisation. » (flèche vers freins à coché les 14 items)

Médecin NNN :

« Manque de formation en thérapeutique palliative pourtant besoins de plus en plus important en libéral+++ . »

Médecin OOO :

« Rapidité de la sédation . Apaisement efficace dans les situations de détresse respiratoire. »

Médecin PPP :

« je délègue car je n'ai pas de formation spécifique à cette molécule qui n'est pas dispensable en ville. »

Médecin QQQ :

« Depuis que je suis installée en libéral, la situation ne s'est pas présentée. J'ai des patients en fin de vie, les décès que j'ai eu n'ont pas nécessité son utilisation (en partenariat avec HAD ou non) . »

Médecin RRR :

« Pas de connaissance de cette molécule. Medecin d'EHPAD je n'ai jamais eu à prescrire ce produit. »

SERMENT MEDICAL

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer leurs consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses : que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

Résumé

Résumé. Midazolam : Connaissances et usages des médecins généralistes du territoire Sud Gironde

Introduction : Au cours des dernières années, de nouvelles recommandations entourent la sédation en fin de vie. La pratique de cette sédation doit être accessible à domicile et le midazolam très prochainement disponible en officines de ville.

Objectif : L'objectif principal est de faire l'état des lieux des connaissances et des pratiques futures d'utilisation du midazolam par les médecins généralistes du territoire de Sud Gironde.

Méthode : C'est une étude observationnelle descriptive par une approche mixte (quantitative et qualitative). Un questionnaire a été envoyé aux 140 médecins généralistes exerçant en libéral sur le territoire entre le 1^{er} juillet et 31 août 2021.

Résultats : Le taux de participation est de 50%. Les résultats révèlent que 41.4% des médecins ont reçu une formation en soins palliatifs, 44.3% des médecins prennent en charge en moyenne 3 à 4 patients en fin de vie par an et 58.8% ont antérieurement réalisé une sédation à domicile. Une proportion de 47.6% des médecins ont déjà utilisé le midazolam en exercice libéral. Les médecins envisagent de solliciter une équipe extérieure spécialisée pour la prescription du midazolam. Les principaux freins à la prescription mis en avant sont l'isolement du médecin, la disponibilité des infirmiers, les difficultés dans la continuité des soins et le manque de formation.

Conclusion : Même si le dernier plan national vise à améliorer la prise en charge des patients en fin de vie à domicile, notamment en rendant plus accessible le midazolam, l'encadrement de la prescription, la formation des médecins et la concertation avec les équipes spécialisées restent indispensables.

Mots clés : midazolam, médecin généraliste, domicile, sédation, soins palliatifs, fin de vie

Abstract. Midazolam : Knowledge and uses by general practitioners (GP) in South Gironde area

Introduction: Over the past few years, there have been new recommendations surrounding the administration of sedation at the end of life. Access to sedative practices must be accessible at home and midazolam might very soon be available in city pharmacies.

Objective: The main goal is to look at the current state of understanding of midazolam and look at future utilization by GPs in the South Gironde area.

Material and methods: This is a descriptive observational study using a two pronged-approach: quantitative and qualitative. A survey was sent to 140 GPs practicing in the territory between July 1st and August 31st, 2021.

Results: The participation rate is 50%. The results reveal that 41.4% of GPs have received training in palliative care, 44.3% of GPs take care of an average of 3 to 4 end-of-life patients per year and 58.8% have previously performed sedation at home. A percentage of 47.6% of GPs have already used midazolam during their private practice. GPs seek to get assisted by a specialized external team for the prescription of midazolam.

The main obstacles put forward when it came to the prescription of midazolam were the prescribing doctor feeling, the non-availability of nurses and the difficulties in the continuity of care and lack of training.

Conclusion: Even if the latest national plan aims to improve the care of end-of-life patients at home, particularly by making midazolam more accessible, prescription supervision, training of GPs and consultation with specialized teams is mandatory.

Keys words: midazolam, general practitioners, home care, sedative practices, sedation , end-of-life