

UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2024

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Utilisation du midazolam chez les patients en situation palliative au domicile
: état des lieux des connaissances et des pratiques des médecins
généralistes des Hauts-de-France.**

Présentée et soutenue publiquement le 14 mars 2024 à 18 heures
au Pôle Formation

par Hubert MESSEANT

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Arnaud SCHERPEREEL

Assesseurs :

Madame le Docteur Sabine BAYEN

Directeur de thèse :

Madame le Docteur Licia TOUZET

Table des matières

Liste des abréviations.....	1
1 : Introduction.....	2
2 : Méthode.....	5
3 : Résultats.....	8
4 : Discussion.....	25
5 : Conclusion.....	34
Références bibliographiques.....	36
Annexe 1 : Questionnaire de l'étude.....	39
Annexe 2 : Réponses complètes au questionnaire de l'étude.....	53

Liste des abréviations

AMM : Autorisation de mise sur le marché

ARS : Agence Régionale de Santé

CHU : Centre hospitalo-universitaire

CNSPFV : Centre National des Soins Palliatifs et de la Fin de Vie

CSPHF : Coordination Régionale des Soins Palliatifs des Hauts-de-France

DAC : Dispositif d'Appui à la Coordination

DESC : Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires

DU/DIU : Diplôme Universitaire/Diplôme Inter Universitaire

EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

FMC : Formation Médicale Continue

FST : Formations Spécialisées Transversales

HAD : Hospitalisation à domicile

HAS : Haute Autorité de Santé

IDE : Infirmier Diplômé d'État

IM : Intra-musculaire

IR : Intra-rectal

IV : Intra-veineux

MG : Médecin généraliste

PMI : Protection maternelle et infantile

PO : Per os

PSE : Pousse-seringue électrique

RGPD : Règlement général sur la protection des données

SC : Sous-cutané

SFAP : Société française d'accompagnement et de soins palliatifs

SPCJD : Sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès

VL : Visite longue

VSP : Visite de soins palliatifs

1 : Introduction

Le midazolam est l'un des agents pharmacologiques les plus fréquemment utilisés en situation palliative [1]. En effet, c'est une benzodiazépine possédant des propriétés pharmacocinétiques intéressantes telles qu'un délai d'action rapide et une courte durée d'action offrant une meilleure flexibilité que les autres benzodiazépines pour l'anxiolyse et les pratiques sédatives [2].

Une revue de la littérature publiée en 2023 et portant sur 23 études retrouvait que le midazolam était l'agent pharmacologique le plus employé pour les sédations palliatives au domicile [3]. En ce sens, le midazolam occupe une place centrale dans les pratiques sédatives en France en tant que benzodiazépine recommandée en première intention dans ces situations [4].

La loi Claeys-Leonetti du 2 février 2016 a créé de nouveaux droits pour les patients, notamment celui de pouvoir bénéficier au domicile, sous certaines conditions, d'une sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès (SPCJD) [5].

Deux ans après cette loi, le centre national des soins palliatifs et de la fin de vie (CNSPFV) publie un rapport en novembre 2018 soulevant un paradoxe entre la possibilité d'instaurer une SPCJD au domicile et la délivrance uniquement hospitalière du midazolam [6].

De même, dans une étude réalisée en 2017 dans la région Midi-Pyrénées, 85,2 % des médecins généralistes interrogés estimaient que la difficulté d'accès du midazolam en ville était un frein majeur à la mise en œuvre d'une sédation palliative au domicile [7].

Dans une autre étude réalisée auprès des médecins généralistes de l'Essonne, 78,6 % d'entre eux considèrent qu'une mise à disposition du midazolam dans les pharmacies de ville serait un progrès dans une meilleure prise en charge par eux-mêmes des patients en fin de vie à domicile [8].

La mise en examen en novembre 2019 d'un médecin généraliste de Seine-Maritime pour avoir administré du midazolam en dehors de l'usage strictement hospitalier à ses patients en fin de vie à leur domicile a provoqué un soutien important de ses confrères et soulevé de nouveau cette problématique de l'accès au midazolam en ambulatoire [9].

A la suite de cela, le ministère des Solidarités et de la Santé publie le 10 février 2020 un communiqué de presse précisant les étapes en vue de la modification de l'AMM du midazolam sous 4 mois pour permettre sa délivrance en ville [10].

Parallèlement, la Haute Autorité de Santé demande aux pouvoirs publics de permettre la dispensation du midazolam hors AMM et sa prise en charge par l'Assurance maladie, sur la base de leur recommandation concernant la prise en charge médicamenteuse des pratiques sédatives [11].

Confirmée par décret en 2021, la mise à disposition du midazolam en ville retardée par la crise de la covid-19 est finalement effective depuis le 1^{er} mars 2022 [12].

Au vu de cette évolution, nous avons voulu explorer les connaissances et les pratiques des médecins généralistes des Hauts-de-France concernant l'utilisation du midazolam en situation palliative au domicile un an et demi après sa mise à disposition en ambulatoire. Que connaissent-ils du midazolam ? Sont-ils informés de la possibilité de prescription en ville ? Comment l'utilisent-ils dans leur pratique ?

Il existe encore peu de médecins généralistes formés en soins palliatifs, une étude de 2022 sur la SPCJD au domicile retrouvait seulement 9,1 % de praticiens déclarant avoir suivi une formation en soins palliatifs [8]. Ainsi, nous avons également cherché à connaître les besoins de formation des médecins généralistes des Hauts-de-France sur l'usage du midazolam au domicile.

L'objectif principal de ce travail est de recueillir des données inexistantes à ce jour sur l'utilisation du midazolam par les médecins généralistes en Haut de France depuis sa mise à disposition en ambulatoire. L'objectif secondaire est de déterminer les besoins en formation des médecins généralistes sur le midazolam ainsi que les modalités de cette formation.

2 : Méthode

Type d'étude et population étudiée

Cette étude est une enquête observationnelle quantitative transversale par questionnaire semi-dirigé. Le questionnaire a été rédigé à partir de Google Forms® et adressé aux médecins généralistes des Hauts-de-France par courriel contenant une courte introduction et un lien internet.

La population cible est celle des médecins généralistes en activité des 5 départements de la région Hauts-de-France comprenant l'Aisne, le Nord, l'Oise, le Pas-de-Calais et la Somme. Les praticiens exerçant une activité hospitalière exclusive n'ont pas été inclus.

Construction du questionnaire

Le questionnaire a été développé par les auteurs de cette étude avec la collaboration d'une praticienne hospitalière, maître de conférences des universités et effectuant de la recherche quantitative et qualitative, de l'unité de soins palliatifs du CHU de Lille, à partir d'une recherche bibliographique préalable sur les modalités d'un questionnaire adapté à ce type d'étude.

Ce travail a permis d'aboutir à une première version du questionnaire qui a fait l'objet d'un test par deux autres médecins spécialisés en soins palliatifs. Par suite de cela, des modifications ont été apportées au questionnaire pour parvenir à une deuxième version de celui-ci. Ensuite, le questionnaire a été soumis à deux médecins généralistes pour vérifier la compréhension des questions et l'intégration automatique et anonyme des réponses. Ces deux médecins généralistes ont subséquemment été

exclus de l'échantillon. Après ce test de validation, aucune modification du questionnaire n'a été nécessaire.

Plan du questionnaire

Le questionnaire, évolutif selon les réponses, est composé de questions à réponses fermées et ouvertes, à choix unique ou multiple, avec un total de 42 questions réparties en 4 groupes.

Le premier groupe de questions s'intéresse aux connaissances des médecins généralistes à propos du midazolam.

Le deuxième groupe de questions étudie l'utilisation du midazolam en pratique ambulatoire par les médecins généralistes. En cas d'absence d'utilisation du midazolam, cette partie est remplacée par une question interrogeant les causes de cette absence d'utilisation.

Le troisième groupe de questions évalue le besoin éventuel de formation des médecins généralistes concernant le midazolam et les modalités de cette formation. Pour ceux ne souhaitant pas de formation, cette partie est remplacée par une question portant sur les motivations de ce refus de formation.

Le dernier groupe de questions porte sur les caractéristiques et données démographiques des médecins répondants.

Diffusion du questionnaire

Nous avons contacté les différents conseils départementaux de l'Ordre des médecins pour acquérir les adresses courriel des médecins généralistes des Hauts-de-France. Malheureusement, nous avons obtenu un refus en considération du règlement général de protection des données (RGPD). En conséquence, un travail de recherche pour

établir des contacts a été effectué en ciblant des médecins généralistes travaillant dans des réseaux parmi les différents départements de la région.

De ce fait, le questionnaire a été émis par la méthode de la boule de neige via ces contacts personnels qui ont diffusé le courriel dans leur entourage professionnel. Une relance a été réalisée 15 jours après le premier envoi par le chercheur puis relayée par les contacts personnels.

Recueil et analyse des données

Via le lien internet fourni par courriel, le questionnaire était complété directement sur l'application Google Forms®, permettant une intégration anonyme et automatique des réponses. Le recueil des données s'est déroulé sur une période de 2 mois entre septembre et novembre 2023. Les médecins répondants avaient la possibilité de laisser leur adresse électronique à la fin du questionnaire s'ils souhaitaient être tenus informés des résultats de cette thèse.

L'analyse descriptive des données a été effectuée avec le logiciel Excel. Les questions à réponses ouvertes ont fait l'objet d'une analyse de contenu thématique avec la participation d'une praticienne de l'unité de soins palliatifs du CHU de Lille ayant auparavant exercé la médecine générale en libéral.

Considérations éthiques

S'agissant d'une étude des pratiques professionnelles avec un questionnaire anonymisé, cette étude ne relève pas de la réglementation sur la recherche médicale impliquant la personne humaine. Par conséquent, il n'a pas été demandé d'autorisation au Comité de Protection des Personnes.

3 : Résultats

L'ensemble des réponses aux questions est consultable en annexe de ce travail.

Caractéristiques générales de la population

Au total, 211 médecins généralistes ont répondu au questionnaire. Un médecin répondant a été exclu secondairement de l'échantillon en raison de son activité exclusivement hospitalière, ce qui fait un total de 210 réponses exploitables.

En considération de la méthode de diffusion du questionnaire par boule de neige, il n'est pas possible de connaître le nombre total de médecins contactés avec précision et de ce fait le taux final de réponse au questionnaire.

Néanmoins, on constate que notre échantillon représente tout de même 4,5 % des médecins généralistes libéraux des Hauts-de-France sur un total de 4656 médecins en 2021 selon l'assurance maladie [13]. A noter que cet effectif ne comptabilise pas les médecins généralistes remplaçants exclusifs.

Les caractéristiques de la population de médecins généralistes étudiés ont été résumées dans le tableau ci-dessous :

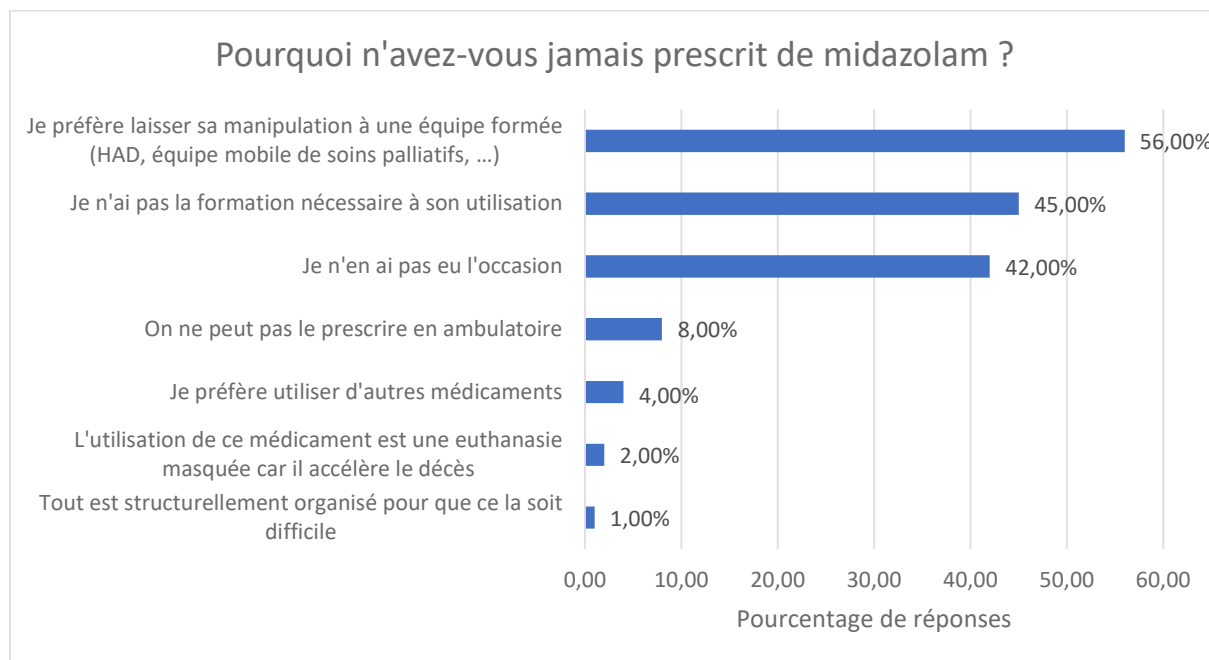
	Caractéristiques	N	%
Genre	Féminin	105	50 %
	Masculin	105	50 %
Âge	Moins de 30 ans	6	2,8 %
	30 à 39 ans	68	32,4 %
	40 à 49 ans	55	26,2 %
	50 à 59 ans	44	21 %
	60 ans et plus	37	17,6 %
Département d'exercice	Aisne	34	16,2 %
	Nord	65	30,9 %
	Oise	31	14,8 %
	Pas-de-Calais	51	23,3 %
	Somme	29	13,8 %
Lieu d'exercice	Milieu rural	67	31,9 %
	Milieu semi-rural	84	40 %
	Milieu urbain	62	29,5 %
Mode d'exercice	Seul(e)	36	17,1 %
	Cabinet de groupe	81	38,6 %
	Maison de santé pluridisciplinaire	98	46,7 %
	Activité hospitalière partielle	6	2,9 %
	EHPAD	7	3,3 %
	Remplacement	1	0,5 %
Ancienneté d'exercice	Moins de 10 ans	69	32,9 %
	10 à 19 ans	61	29 %
	20 à 29 ans	35	16,7 %
	30 ans et plus	45	21,4 %

Le midazolam en médecine générale

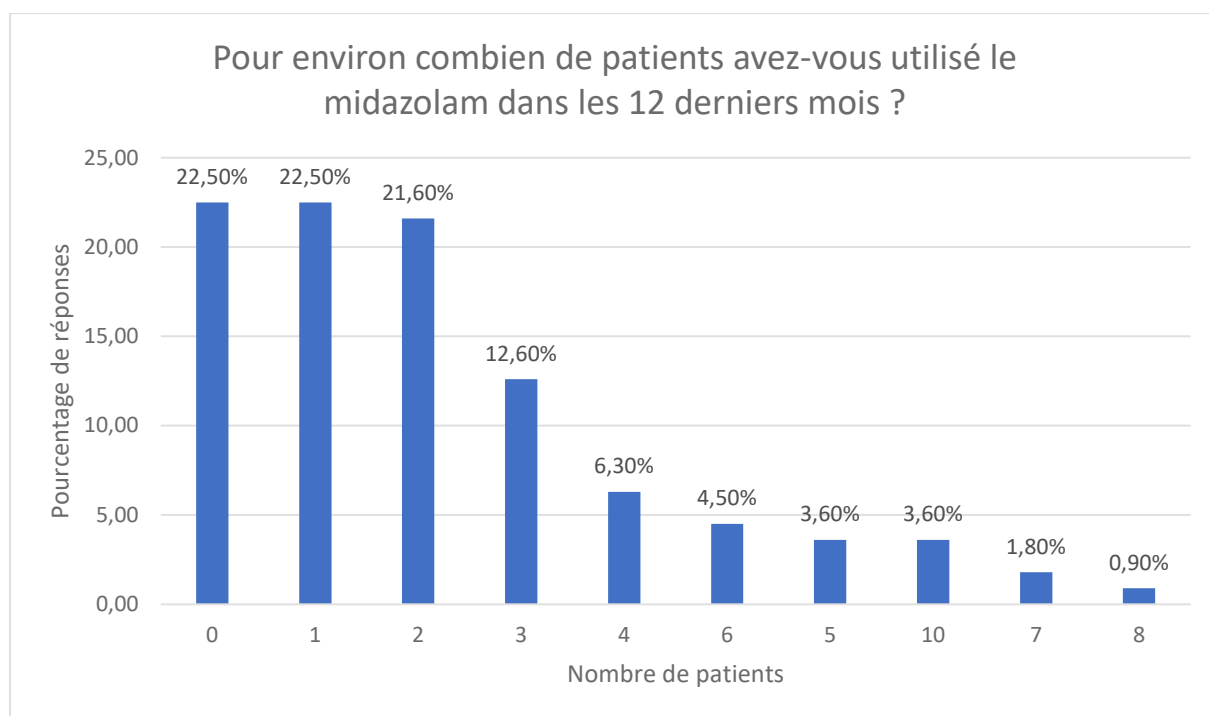
On note qu'une majorité importante des médecins interrogés soit 81,4% connaissent la possibilité de prescription ambulatoire du midazolam, mais seulement 52,9 % des praticiens ont déjà prescrit du midazolam et parmi ceux-là 62,2 % ont déjà initié une prescription de midazolam en ambulatoire.

La principale raison invoquée par les médecins généralistes n'ayant jamais prescrit de midazolam est le choix préférentiel de laisser la main à des équipes mieux formées à

la manipulation du midazolam (HAD, équipes spécialisées en soins palliatifs) pour 56
% d'entre eux :

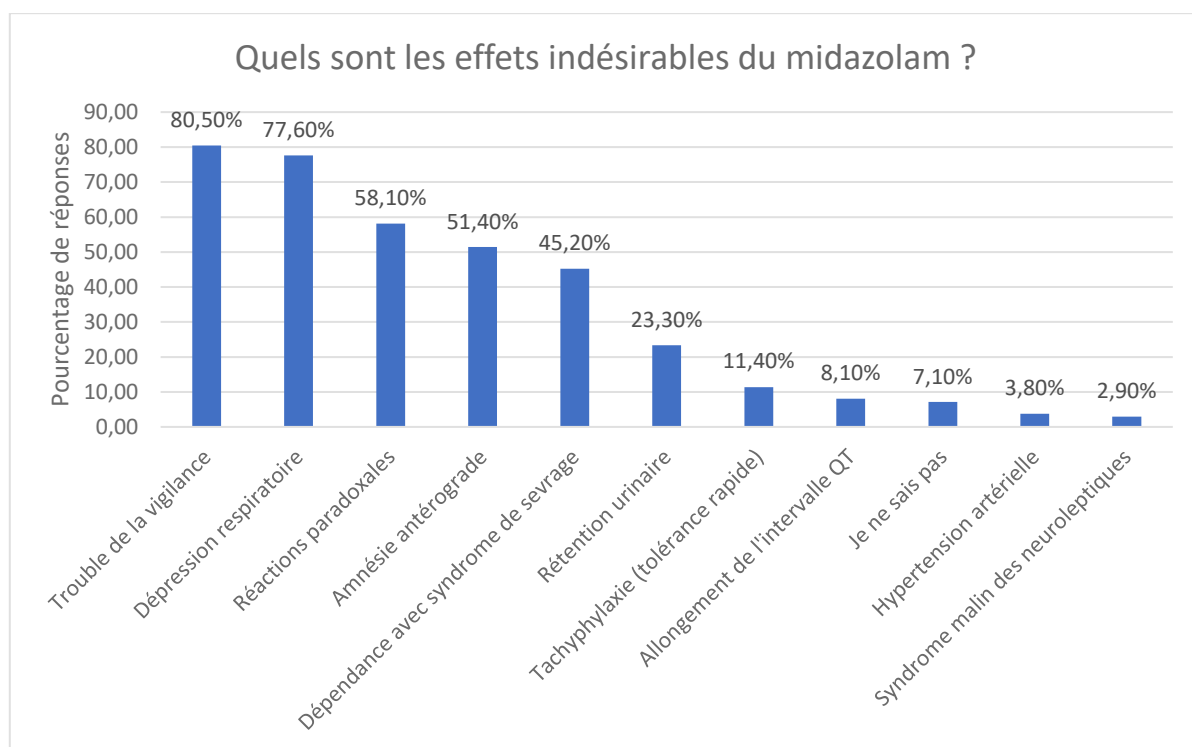


La fréquence d'utilisation du midazolam par les médecins généralistes dans les 12 derniers mois est relativement faible avec une majorité de praticiens soit 65 % environ ayant pris en charge seulement entre 0 et 2 patients avec du midazolam :



On observe qu'une majorité des médecins interrogés soit 57,6 % sont au courant que le midazolam est recommandé en première intention dans le cadre de la sédation en situation palliative, 91,9 % savent que le midazolam est une benzodiazépine mais seulement 29,5 % savent que la principale voie d'élimination du midazolam est rénale.

Les effets indésirables du midazolam les plus connus par les médecins interrogés sont le trouble de la vigilance à 80,5 % et la dépression respiratoire à 77,6 % tandis que l'effet indésirable le moins cité est la tachyphylaxie à 11,4 % :



On retrouve qu'une majorité des médecins répondants soit 48,1 % connaissent partiellement les posologies du midazolam en situation palliative et 40 % ne les connaissent pas du tout. De même, seulement 15,7 % des médecins interrogés savent qu'il n'y a pas d'adaptation posologique à réaliser lors d'un relais entre la voie intraveineuse et la voie sous-cutanée.

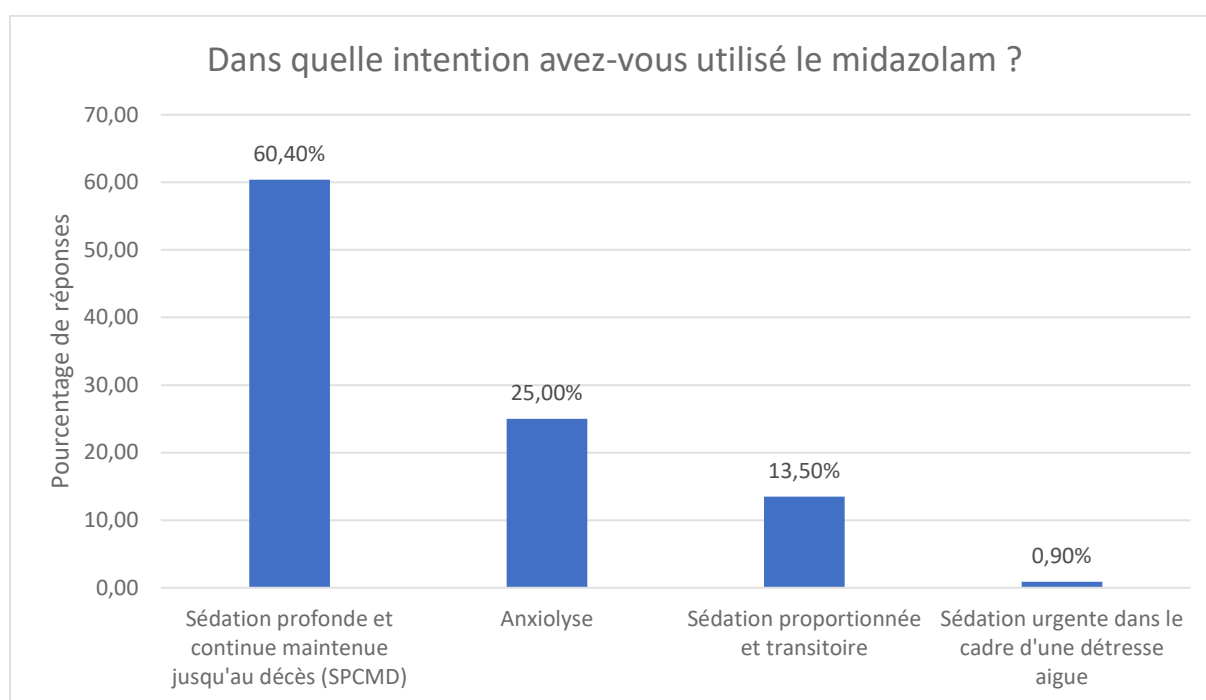
Une faible proportion de praticiens soit 43,3 % savent que le midazolam se prescrit sur une ordonnance sécurisée, seulement 39,5 % des médecins interrogés connaissent

la durée de prescription limitée à 28 jours et seulement 30 % sont au courant de la délivrance fractionnée de 7 jours maximum.

Concernant la dernière utilisation du midazolam

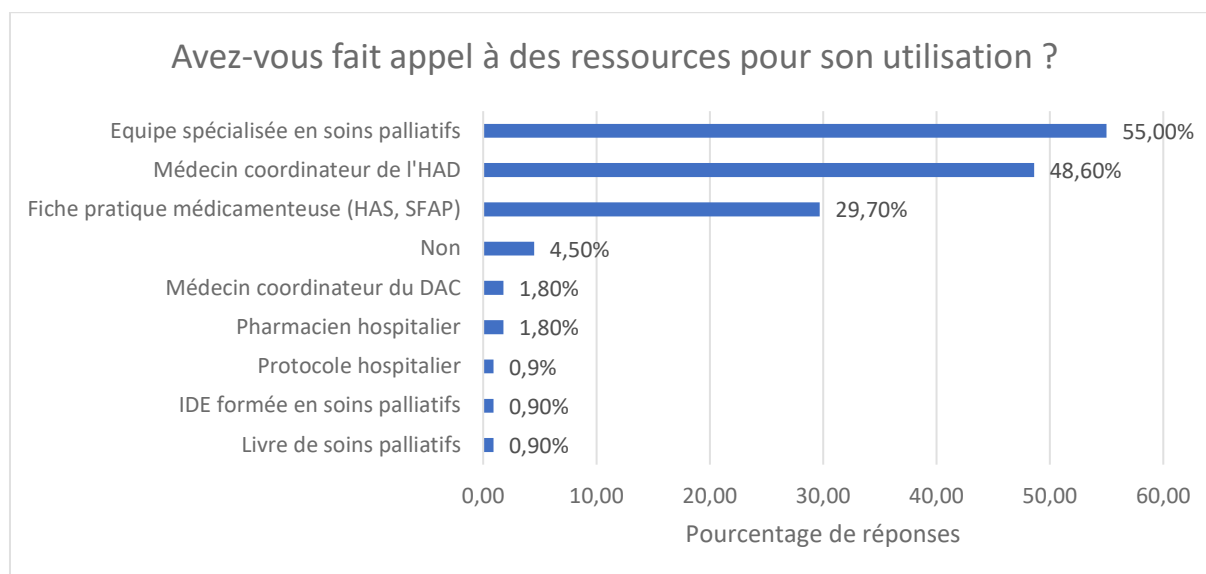
Cette partie n'était complétée que par les 111 médecins généralistes ayant répondu avoir déjà utilisé le midazolam.

On constate que seulement 35,1 % des praticiens ont utilisé le midazolam dans les 3 derniers mois. La majorité soit 60,4 % l'a utilisé dans une intention de sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès (SPCJD), 25 % dans une intention d'anxiolyse, 13,5 % dans une intention de sédation proportionnée et transitoire et seulement 0,9% pour une sédation urgente dans le cadre d'une détresse aigue :

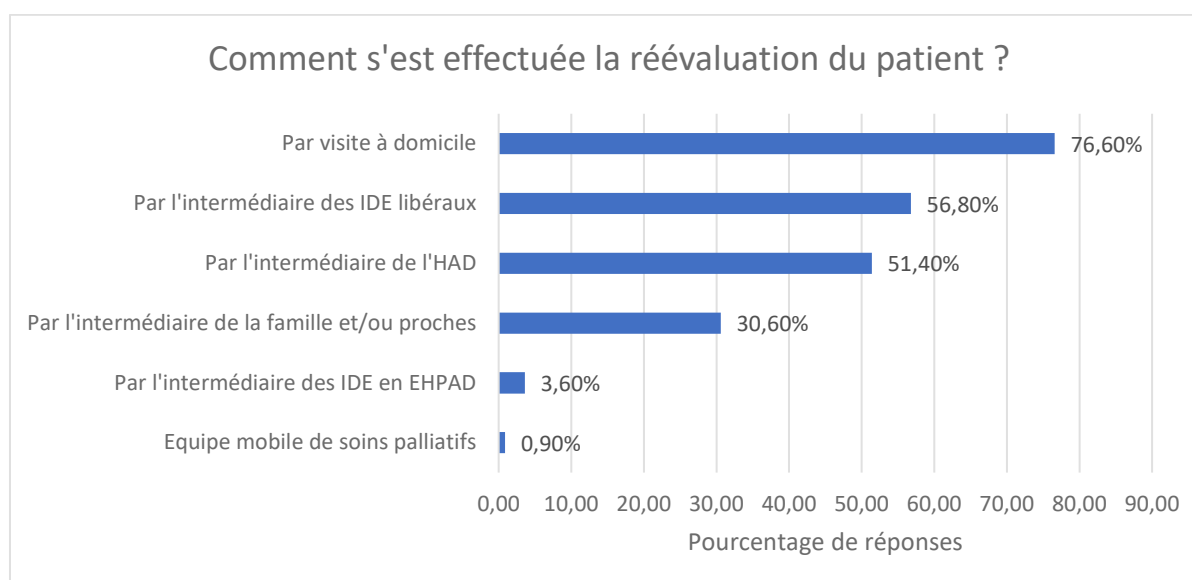


La voie d'administration la plus majoritairement utilisée était la voie sous cutanée pour 75,7% des médecins répondants.

Les ressources les plus utilisées par les praticiens pour les aider dans l'utilisation du midazolam ont été l'équipe spécialisée en soins palliatifs (équipe mobile ou médecin de soins palliatifs) à 55% et le médecin coordinateur de l'HAD à 48,6% :



A propos de la réévaluation du patient sous midazolam, une grande majorité des praticiens soit 75 % ont effectué une réévaluation au moins une fois par jour et par visite à domicile pour 76,6 % d'entre eux :



Parmi les médecins interrogés, une importante majorité soit 82,9 % n'ont pas rencontré des difficultés d'accès ou d'approvisionnement avec le midazolam, la totalité des

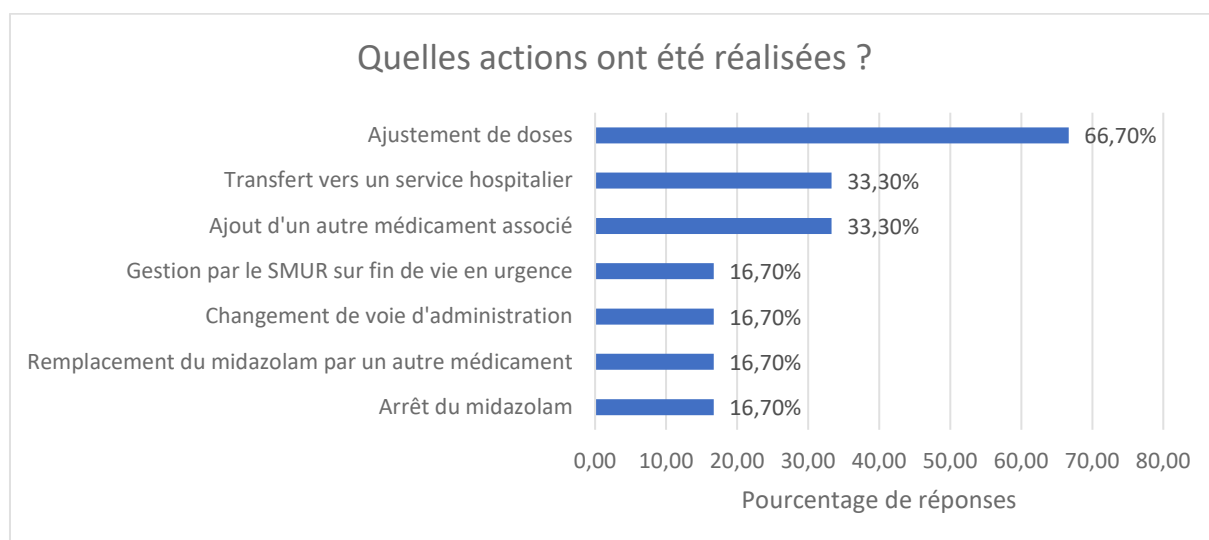
praticiens ont été satisfait de l'efficacité du midazolam avec 71,2 % pleinement satisfait et 28,8% plutôt satisfait.

De plus, une grande part des médecins répondants n'ont pas rencontré d'effets indésirables ou des difficultés avec l'utilisation du midazolam pour 94,6 % d'entre eux.

Les difficultés rapportées par 5,4 % des praticiens sont les suivantes :

- « Adaptation posologique sur fin de vie en urgence »
- « Dépression respiratoire »
- « Effet paradoxal chez l'enfant »
- « Pas évident doser la dose nécessaire, pas obtenu l'effet escompté »
- « Effet insuffisant »
- « Caractère trop sédatif jugé par le patient même à visée anxiolytique »

Les actions réalisées par les 5,4 % de praticiens en réponse à ces difficultés sont les suivantes :



Les médicaments utilisés en ajout ou remplacement du midazolam sont :

- Chlorpromazine
- Hydroxyzine
- Diazépam
- Oxazépam

Quelles sont les remarques supplémentaires des médecins généralistes au sujet de l'utilisation du midazolam ?

Cette partie à commentaires libres a fait l'objet d'une analyse thématique de contenu

- Une grande majorité des médecins généralistes relatent un manque de formation sur le midazolam : « *Je ne connais pas assez cette molécule pour la prescrire, mais cela m'intéresse de la maîtriser* », « *sous-utilisation par manque de formation* »

De nombreux praticiens parlent de leur pratique avec le midazolam :

- L'emploi du midazolam reste rare en ambulatoire : « *prescription exceptionnelle* », « *Je n'ai pas eu l'occasion de m'en servir en situation ambulatoire depuis le début de mon exercice* »
- L'utilisation du midazolam est facile au domicile pour certains médecins : « *Facile d'utilisation et à demi-vie très courte, permettant une utilisation sécurisée. Utilisation en sous-cutanée très utile à domicile* »
- De plus, c'est un médicament utile à domicile : « *Très utile depuis sa mise à disposition en officine de ville pour les situations palliatives ou l'HAD et les* »

soins palliatifs ne sont pas disponibles en urgence », « Utile pour l'accompagnement au domicile des patients en fin de vie »

- Mais pour d'autres praticiens, le maniement du midazolam est difficile en ambulatoire : *« peu adapté à la pratique des soins palliatifs en ville de façon générale, car demi-vie très courte et nécessité d'un relais par pompe très rapidement », « peu pratique en médecine générale avec nécessité titration et pousse seringue électrique, on peut gérer avec autres benzodiazépines »*
- Des médecins relatent des difficultés de logistique : *« Problème de conditionnement, les ampoules de 50 mg sont uniquement accessibles en rétrocession à la pharmacie du CHU. Cela nous simplifierait la vie d'avoir accès en ville à ces ampoules pour éviter de devoir mettre dans le pousse seringue électrique un grand nombre d'ampoule de 5 mg /ml », « le problème en ambulatoire est la disponibilité du matériel (pousse seringue électrique) »*
- De même, des praticiens mentionnent des difficultés d'accès au midazolam : *« La prescription est possible mais la délivrance est toujours compliquée voire impossible », « difficultés pour l'obtenir »*
- Des médecins préfèrent s'appuyer sur des équipes mieux formées à l'utilisation du midazolam : *« je passe systématiquement par l'intermédiaire de médecins plus expérimentés (soins palliatifs ou HAD) », « Je ne l'utilise pas et je ne l'utiliserai jamais n'ayant pas la nécessité en raison de l'HAD et d'une association avec lesquelles je préfère passer la main »*

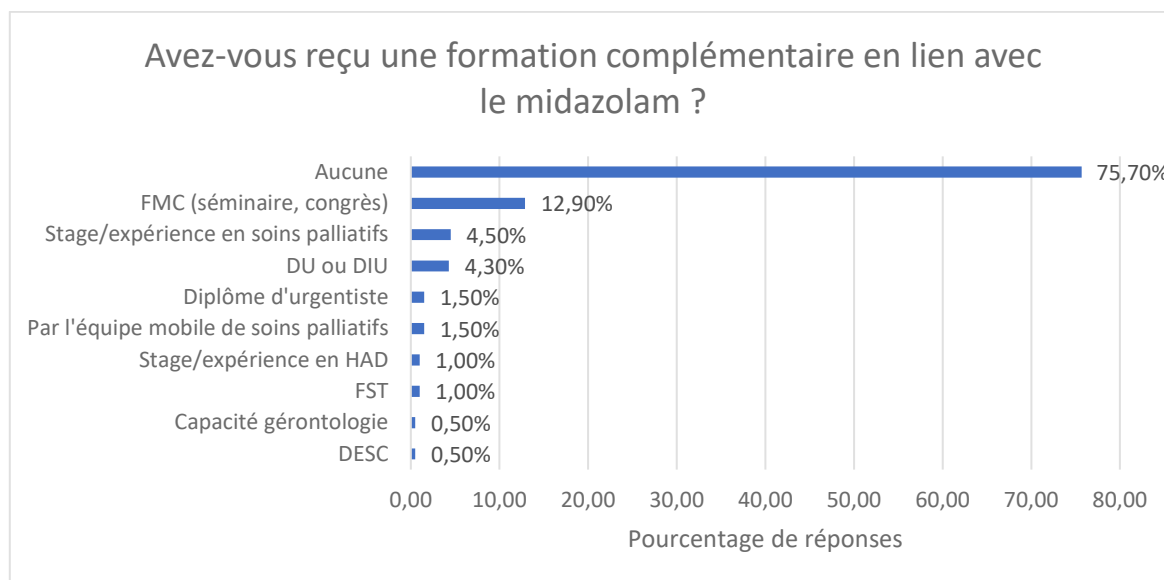
- Mais le travail d'équipe est parfois compliqué en ambulatoire : *« le travail d'équipe de validation de l'indication et de surveillance de la prescription reste difficile à organiser », « difficulté de contacter l'HAD pour la première prescription (week-end, etc...) »*
- La disponibilité des soignants en ville peut poser des difficultés : *« le problème en ambulatoire est la disponibilité des soignants », « la plus grosse difficulté est de se procurer une pompe SC et une IDE près à s'en servir »*

Les représentations du midazolam sont parfois évoquées par les praticiens :

- Pour certains médecins, son utilisation suppose une collégialité : *« son utilisation doit à mon avis rentrer dans le cadre de décisions pluriprofessionnelles, et spécialisée », « pouvoir prescrire une molécule ne me semble pas devoir être résumé à l'écriture sur un bout de papier »*
- D'autres praticiens l'associent à la morphine : *« en association avec la morphine », « souvent associé avec la morphine en sous-cutanée », « je suis plus familiarisé à l'usage de la morphine »*
- Un médecin fait le lien entre midazolam et euthanasie : *« son utilisation me fait peur, j'ai peur de précipiter une fin certaine »*

A propos de la formation sur le midazolam

Une majorité des médecins répondants n'ont pas reçu de formation en lien avec le midazolam pour 75,7 % d'entre eux :



On retrouve qu'une majorité des médecins interrogés soit 74,3 % estiment leur connaissance sur le midazolam insuffisante et que 81,4 % d'entre eux sont prêts à participer à une formation en lien avec le midazolam.

En ce sens, les praticiens sont majoritairement favorables à une formation à distance pour 56,7 % d'entre eux, avec une durée d'une soirée pour 67,7 % et un enseignement de type cours théorique suivi de cas cliniques pour 76,4 %.

Quelles sont les attentes des 81,4 % de médecins généralistes souhaitant se former à l'égard de la formation sur le midazolam ?

Cette partie à commentaires libres a fait l'objet d'une analyse thématique de contenu.

Une grande majorité de médecins évoquent le contenu de la formation :

- Ils souhaitent se former sur la posologie du midazolam : « *Explication des posologies claire et précise* », « *mieux manier et appréhender les posologies* », « *apprentissage prescription et adaptation posologique du midazolam* »
- Ils désirent se former sur la pharmacodynamie du midazolam : « *bien comprendre l'impact du midazolam sur l'organisme et ses complications possibles* », « *effets indésirables* »
- Ils veulent se former sur la surveillance du patient sous midazolam : « *surveillance* »
- Ils souhaitent se former sur les indications du midazolam : « *savoir en faire la prescription dans les bonnes indications* », « *indications de prescription* »
- Ils désirent se former sur le cadre légal du midazolam : « *cadre législatif* », « *rappel cadre légal* »
- Ils veulent se former sur l'organisation en ville autour du midazolam : « *coopération avec infirmières* », « *conseils pour les paramédicaux intervenants* », « *la logistique et l'équipe* »

De nombreux praticiens abordent la pédagogie de la formation :

- La formation doit être adaptée à l'ambulatorio : « *savoir comment son utilisation peut être mise en pratique pour une généraliste de ville* », « *dans les conditions palliatives au domicile* », « *bien adaptée à la pratique en médecine générale* »
- Elle doit être facilement applicable en pratique : « *formation pour mise en pratique immédiate et succincte* », « *conseils pratiques* », « *utilisation pratique du midazolam* »
- Certains praticiens mentionnent une fiche récapitulative comme support pédagogique : « *fiche pratique* », « *un pdf facilement trouvable en ligne* »

Les objectifs de la formation sont également rapportés par plusieurs médecins :

- Ils veulent acquérir une meilleure autonomie de l'emploi du midazolam : « *pouvoir l'utiliser en autonomie* », « *pouvoir m'en servir pour les accompagnements de fin de vie ne nécessitant pas d'HAD* »
- Ils souhaitent un usage plus serein du midazolam : « *pouvoir prescrire en toute sécurité (patient, responsabilité)* », « *meilleure connaissance pour une gestion plus aisée du médicament* »
- Ils désirent être apte à utiliser le midazolam en cas de besoin : « *être prêt le jour J* », « *être plus à l'aise si un jour je devais avoir à utiliser le midazolam* »

- Ils veulent savoir mieux utiliser le midazolam : « *meilleure maîtrise du produit* », « *améliorer mes connaissances pour une prescription adaptée* »

Certains praticiens évoquent l'intégration du midazolam à la prise en charge palliative : « *échanges et compréhension de l'utilisation pour la fin de vie* », « *savoir faire et savoir être dans ces situations* », « *amélioration de la prise en charge palliative en toute fin de vie* »

Pourquoi 18,6 % des médecins interrogés estimant leurs connaissances insuffisantes ne souhaitent pas participer à une formation sur le midazolam ?

Cette partie à commentaires libres a fait l'objet d'une analyse thématique de contenu.

- Une majorité de praticiens préfèrent laisser la main à des équipes mieux formées sur l'utilisation du midazolam : « *je fais appel aux équipes spécialisées (soins palliatifs et HAD)* », « *mes patients en fin de vie sont pris en charge par l'HAD ou l'équipe de soins palliatifs* », « *je laisse ça à l'HAD qui en a la pratique* »
- Plusieurs médecins invoquent le manque de temps disponible à consacrer à une formation : « *pas le temps* », « *manque de temps* »
- D'autres praticiens soulignent un usage exceptionnel du midazolam dans leur pratique : « *situations très rares dans ma pratique* », « *peu d'occasions d'en prescrire* », « *prescription exceptionnelle* »

- Certains médecins estiment qu'une formation sur le midazolam n'est pas une priorité : « *informations facilement trouvables en direct le jour où la question se posera (recos HAS, réseau soins palliatifs, médecin HAD)* », « *autre thérapeutique possible* », « *tant que des équipes HAD le font bien, je préfère me consacrer à des thématiques moins accessibles* »
- Quelques praticiens expriment leur volonté de ne pas utiliser le midazolam : « *je ne souhaite pas utiliser le produit* », « *je ne souhaite pas l'utiliser* »
- Un médecin ne trouve pas d'intérêt à une formation en étant proche de la retraite : « *je prends ma retraite dans 3 mois* »

Les remarques supplémentaires au sujet du midazolam

A la fin du questionnaire, les praticiens avaient la possibilité de laisser un commentaire s'ils le souhaitaient. Cette partie à commentaires libres a fait l'objet d'une analyse thématique de contenu.

- Une majorité de médecins ont rappelés le manque de formation sur le midazolam : « *insuffisante ! produit méconnu et pas assez utilisé par mes confrères libéraux qui se limitent souvent à des patchs de Durogésic en situation palliative* », « *manque de formation concrète* », « *insuffisante pour les médecins généralistes* »
- Tandis que certains praticiens doutent de l'utilité de cette formation pour le médecin généraliste : « *je pense que le médecin généraliste ne peut ni ne doit*

tout faire, et qu'on ne fait bien que ce qu'on fait beaucoup. Faire un accompagnement de fin de vie par an ne permet d'être suffisamment à l'aise avec les procédures et une quelconque formation n'y changera rien si on ne pratique pas derrière », « à quoi ça sert ? Je ne trouve pas forcément toujours pertinent de transporter l'hôpital au domicile des patients », « Il y a des compétences plus utiles au médecin généraliste. Coordonner les soins avec l'HAD en est une »

- Un médecin évoque l'organisation territoriale des soins palliatifs : *« mettre à disposition une plateforme de conseils à la demande pour les médecins généralistes »*

4 : Discussion

Alors que la majorité des Français souhaite décéder à domicile [14, 15], la plupart décèdent en établissement de santé [16]. Parmi les freins possibles nous avons identifié une possible méconnaissance de l'utilisation du midazolam, l'une des molécules à laquelle la prise en charge palliative a souvent recours, que ce soit à visée anxiolytique ou sédative. Nous avons donc cherché à explorer les connaissances pratiques de cette molécule des médecins généralistes des Hauts-de-France.

Notre étude montre que les médecins généralistes connaissent en grande majorité la possibilité de prescription ambulatoire du midazolam, mais à peine plus de la moitié d'entre eux ont déjà prescrit du midazolam et seulement 1/4 d'entre eux environ ont déjà initié une prescription de midazolam.

De même, une bonne majorité des praticiens ont pris en charge seulement entre 0 et 2 patients avec du midazolam dans les 12 derniers mois, ce qui tend à montrer une relative rareté de l'utilisation du midazolam dans la pratique des médecins généralistes.

Ainsi, quelles sont les raisons possibles pour expliquer cette constatation ? Ce résultat n'est pas surprenant si l'on considère le faible taux de prise en charge de patients en soins palliatifs par les médecins généralistes en pratique, comme le suggère une étude récente dans laquelle les praticiens déclarent suivre en moyenne 1,72 patients en soins palliatifs par an [8].

Dans notre étude, les 3 principales raisons invoquées par les médecins généralistes n'ayant jamais prescrit de midazolam sont en premier lieu le choix préférentiel de laisser la main à des équipes spécialisées mieux formées à la manipulation du

midazolam (HAD, équipe mobile de soins palliatifs), en deuxième le manque de formation sur le midazolam et en troisième le manque d'opportunité d'utiliser le midazolam en pratique.

Certains praticiens relatent des difficultés d'accès ou d'approvisionnement du midazolam dans les pharmacies de ville. Ce problème est en effet relevé dans le dernier rapport d'information de la commission des affaires sociales sur la loi Claeys-Leonetti qui souligne le manque d'information des professionnels de santé, et plus particulièrement des pharmaciens d'officine, au sujet de la possibilité de prescription du midazolam en ville et qui préconise de prendre des mesures afin d'assurer l'accès en ambulatoire du midazolam [17].

Des problèmes de logistique autour du midazolam sont évoquées, notamment le conditionnement des ampoules de midazolam avec la difficulté d'accès aux ampoules de 50 mg/ml en ambulatoire entraînant la problématique de devoir utiliser un grand nombre d'ampoules de 5 mg/ml dans certaines situations et majorant ainsi le risque d'erreurs de manipulation et de dosage. De même, le pousse seringue électrique (PSE) peut être difficile à obtenir dans les pharmacies de ville.

Le manque de disponibilité des soignants en ville lié aux difficultés démographiques médicales et paramédicales actuelles et à l'augmentation de la demande de soin est un élément mentionné par les praticiens. Cela impacte de manière négative le travail en équipe et l'appui sur les équipes spécialisées comme l'HAD ou les équipes mobiles de soins palliatifs.

L'identification des situations palliatives par les praticiens n'est pas toujours aisée dans ce contexte où les médecins généralistes encore peu formés aux soins palliatifs sont confrontés à une surcharge de travail. De plus, on peut se demander si la récente

disparition des réseaux de soins palliatifs pour faire place aux dispositifs d'appui à la coordination (DAC) n'a pas contribué possiblement à une diminution de prise en charge de patients en soins palliatifs par certains médecins généralistes n'ayant pas connaissance de ce changement organisationnel [18].

Dès lors, quelles perspectives d'amélioration peut-on envisager pour accroître la prise en charge de patients en soins palliatifs et par conséquent l'utilisation du midazolam par les médecins généralistes ?

Naturellement, le renforcement des moyens consacrés au développement des soins palliatifs en ambulatoire est un axe majeur d'amélioration. En ce sens, le dernier plan national pour le développement des soins palliatifs et de l'accompagnement de la fin de vie 2021-2024 a pour objectif notamment de développer l'offre de soins palliatifs tant en ville qu'en établissement et qu'ainsi plus aucun département ne soit dépourvu de structures palliatives d'ici la fin de l'année 2024 [19].

De plus, depuis le 1^{er} novembre 2023 une nouvelle cotation VSP (Visite de Soins Palliatifs) a été instaurée qui remplace la VL (Visite Longue) pour les patients en soins palliatifs [20]. A noter que cette VSP n'est pas limitée en nombre dans l'année contrairement à la VL qui est limitée à 4 fois par an. Ainsi, on peut espérer que cette nouvelle cotation dédiée spécifiquement aux visites à domicile des patients en soins palliatifs contribuera à valoriser et augmenter la prise en charge de patients en soins palliatifs par les médecins généralistes.

Dans notre étude, les 3 ressources les plus utilisées par les médecins généralistes pour l'usage du midazolam sont premièrement le médecin ou l'équipe mobile de soins palliatifs, deuxièmement le médecin coordinateur de l'HAD et troisièmement les fiches pratiques médicamenteuses (SFAP, HAS).

A cet égard, le développement des moyens d'accès aux équipes spécialisées en soins palliatifs pour les médecins généralistes apparaît comme un autre axe important d'amélioration. Dans cette perspective, il faut poursuivre le déploiement de l'appui territorial en cours de mise en place, encore non disponible dans les Hauts-de-France, pour faciliter le recours aux équipes spécialisées par l'intermédiaire d'astreintes téléphoniques de soins palliatifs joignables 24h sur 24 [21].

De même, on peut proposer l'utilisation d'une plateforme en ligne type Omnidoc® pour favoriser l'accessibilité aux équipes spécialisées en soins palliatifs. Les recommandations de la HAS et de la SFAP sur les pratiques sédatives, bien qu'utilisées par certains praticiens, restent insuffisamment connues et pourraient faire l'objet d'une meilleure communication en région.

Enfin, le développement de la présence paramédicale de nuit dans les établissements médico-sociaux peut favoriser et améliorer la prise en charge des patients en soins palliatifs dans ces établissements. Dans cette optique, l'appel à projets de l'ARS pour la mise en place du dispositif d'astreinte mutualisée d'IDE de nuit constitue une initiative intéressante [22].

En ce qui concerne la dernière utilisation du midazolam par les médecins généralistes interrogés ayant déjà prescrit du midazolam, plus de la moitié des praticiens l'ont utilisé dans une intention de SPCJD, 1/4 d'entre eux dans une intention d'anxiolyse et une petite minorité dans une intention de sédation proportionnée et transitoire.

Dans la littérature, on note un taux de pratique de sédation palliative au domicile par les médecins généralistes oscillant entre 5 % et 36 % au niveau international [23, 24]. En France, l'étude la plus récente sur la SPCJD rapporte que 24,4% des médecins généralistes ont déjà mis en œuvre une sédation au domicile [8]. Ce résultat est à

nuancer car l'échantillon de praticiens interrogé est composé uniquement de médecins généralistes recrutés dans les bases de coordonnées d'associations de soins palliatifs.

Une autre étude française de 2017 retrouve plutôt un taux de pratique de sédation palliative au domicile par les médecins généralistes de 18 % [25]. On observe donc que la réalisation d'une SPCJD au domicile constitue une situation relativement rare dans la pratique d'un médecin généraliste.

La voie d'administration du midazolam majoritairement utilisée par les praticiens au domicile est la voie sous-cutanée. La revue de littérature publiée en 2023 sur la SPCJD au domicile retrouve que le midazolam est préférentiellement administré par voie sous-cutanée en ambulatoire [3], ce que confirme notre étude.

Au sujet de la surveillance du patient sous midazolam, les 3/4 des praticiens ont effectué une réévaluation au moins une fois par jour et par visite à domicile. Dans la moitié des cas, cette réévaluation s'est faite également par l'intermédiaire des IDE libérales et de l'HAD. A noter la sollicitation de la famille ou des proches dans environ 1/4 des réévaluations.

Notre étude ne permet pas de savoir de quelle manière la famille ou les proches ont contribué à la réévaluation du patient sous midazolam. Cependant dans les études sur la SPCJD au domicile, la surveillance du patient par son entourage ne s'est jamais effectuée sans qu'un professionnel de santé n'y soit associé [8, 26].

Une majorité des praticiens savent que le midazolam est recommandé en première intention dans le cadre des pratiques sédatives en situation palliative. Ce résultat est cohérent avec ce qu'on retrouve dans la littérature concernant la SPCJD au domicile. En effet, on observe que le midazolam est la molécule majoritairement utilisée dans

ce cadre avec un taux d'utilisation par les médecins généralistes oscillant entre 59,8 % et 78,8 % [7, 8, 26].

Toutefois, on note globalement un manque de connaissances sur le midazolam notamment sur la posologie et la pharmacodynamie. On observe qu'environ 65 % des médecins généralistes interrogés dans notre étude ont plus de 40 ans.

En ce sens, on peut rappeler que seuls les moins de 40 ans ont bénéficié d'enseignement dirigé sur les soins palliatifs dans leur formation initiale, généralisé depuis 2017 dans le cadre des mesures du plan national pour le développement des soins palliatifs 2015-2018 consacrées à la formation [27].

Environ 3/4 des médecins interrogés estiment leurs connaissances sur le midazolam insuffisantes. Plus de la moitié des praticiens sont prêts à participer à une formation sur l'usage du midazolam en ambulatoire. Ils souhaitent une formation de courte durée et adaptée à la pratique ambulatoire.

Notre étude montre que l'idée d'une formation sur le midazolam intéresse une majorité des médecins généralistes interrogés. En termes de contenu de formation, la posologie du midazolam est évoquée majoritairement par les praticiens.

Ce thème est retrouvé dans l'étude de 2022 sur la SPCJD au domicile en deuxième position des thèmes à aborder dans une fiche pratique d'aide à la prescription [8]. De même, dans l'étude de 2017 sur la SPCJD au domicile les praticiens souhaitent en priorité une formation portant sur la réalisation d'une titration par midazolam [7].

Les études s'intéressant à la pratique de la SPCJD au domicile par les médecins généralistes relèvent le manque de formation comme un des principaux freins à la mise en œuvre de cette pratique [7, 25, 28] et notamment le manque de connaissances pharmacologiques [8].

Dans notre étude, on retrouve le manque de formation sur le midazolam comme principal motif chez les praticiens n'ayant jamais utilisé de midazolam. Dès lors, on peut en déduire qu'une formation sur le midazolam constituerait un facteur facilitant de l'usage du midazolam par les médecins généralistes.

Néanmoins, parmi les praticiens estimant leurs connaissances sur le midazolam insuffisantes, une partie d'entre eux ne sont pas favorables à une formation sur le midazolam. La raison la plus fréquemment invoquée est de laisser la manipulation du midazolam à des équipes spécialisées plus entraînées comme l'HAD ou l'équipe mobile de soins palliatifs. En effet, plusieurs médecins soulignent que l'usage du midazolam est très rare dans leur pratique et qu'une formation ne sera pas suffisante pour être à l'aise et bien maîtriser le midazolam si on n'en fait que très peu l'usage en pratique.

En ce sens, une formation sur le midazolam n'est pas une priorité pour eux et ils préfèrent se focaliser sur d'autres compétences plus utiles dans leur pratique de médecins généralistes. La deuxième raison la plus citée pour expliquer le refus de participer à une formation sur le midazolam est le manque de temps disponible du médecin généraliste

Dans notre étude, les 3/4 des médecins généralistes interrogés n'ont pas bénéficié de formation en lien avec les soins palliatifs. On peut noter que dans l'étude de 2022 sur la SPCJD au domicile 85 % des médecins ayant déjà réalisé une SPCJD n'ont pas de formation en soins palliatifs [8] ainsi que plus de la moitié des médecins dans celle de 2019 [26].

Par conséquent, il semblerait que l'absence de formation sur le midazolam n'est pas un obstacle infranchissable pour les praticiens interrogés et que cela est probablement

réalisable grâce à l'appui sur les équipes spécialisées mieux entraînées à la manipulation du midazolam comme l'HAD ou l'équipe mobile de soins palliatifs.

Forces et limites

Notre étude présente plusieurs biais potentiels :

Un biais de recrutement est présent en raison de l'absence de tirage au sort, faute d'avoir pu obtenir les courriels des médecins généralistes des Hauts-de-France. Néanmoins, le nombre de médecins répondants est important et constitue une représentativité intéressante de l'échantillon.

Il peut exister un biais de sélection auprès des médecins généralistes les plus intéressés par le sujet traité dans le questionnaire.

Les praticiens interrogés ne sont pas répartis de manière équitable dans toute la région des Hauts-de-France avec une prépondérance de médecins généralistes provenant des départements du Nord et du Pas-de-Calais.

Le biais de mémorisation est minoré par la relative rareté de l'usage du midazolam en pratique et par le fait d'interroger les praticiens sur la dernière utilisation du midazolam.

Un biais de désirabilité peut être présent s'agissant d'une étude déclarative sur les connaissances et les pratiques, mais celui-ci est minoré par l'anonymisation des réponses.

Ce type d'enquête par questionnaire en ligne favorise un biais d'information. Cependant, ce biais est minoré par la réponse obligatoire à la plupart des questions et par l'existence de questions ouvertes à commentaires libres.

La force principale de cette étude est de s'intéresser à un sujet qui n'a pas été traité depuis la mise à disposition du midazolam en ambulatoire. L'évaluation des connaissances et des pratiques des médecins généralistes sur le midazolam permet de faire un état des lieux et de définir les besoins de formation et les difficultés rencontrées sur le terrain et ainsi ouvrir des perspectives d'amélioration. De plus, notre étude permet de définir ce que souhaitent précisément les médecins généralistes dans la formation sur le midazolam en termes de contenu, de pédagogie et d'objectifs.

5 : Conclusion

L'élaboration de cet état des lieux des connaissances et des pratiques des médecins généralistes des Hauts-de-France concernant l'utilisation du midazolam chez les patients en situation palliative au domicile illustre le fait que même si la majorité des praticiens connaissent la possibilité de prescription ambulatoire du midazolam et son statut d'agent pharmacologique recommandé en première intention dans les pratiques sédatives, il n'en demeure pas moins que l'usage du midazolam reste d'une relative rareté dans la pratique des médecins généralistes qui font appel le plus souvent aux équipes spécialisées en soins palliatifs, soit pour laisser la main à ces équipes soit pour bénéficier de leur expertise dans l'utilisation du midazolam.

Un renforcement plus important des moyens consacrés aux équipes spécialisées en soins palliatifs, le développement des moyens d'accès aux équipes spécialisées en soins palliatifs pour les médecins généralistes et notamment la poursuite du déploiement de l'appui territorial en soins palliatifs sont des axes pouvant permettre de faciliter le soutien du médecin généraliste dans la prise en charge des patients en situation palliative et ainsi favoriser l'utilisation du midazolam au domicile.

La majorité des médecins généralistes relèvent un manque de connaissances sur le midazolam qui constitue un frein à son utilisation et sont pour la plupart intéressés par une formation en lien avec cette molécule. Cette étude réalisée en collaboration avec la Coordination Régionale des Soins Palliatifs des Hauts-de-France (CSPHF) permet d'éclairer celle-ci sur les besoins exprimés par les médecins généralistes des Hauts-de-France concernant une formation sur le midazolam. De plus, ce travail contribue en particulier à proposer des contenus pédagogiques qui pourraient être appropriés et pertinents pour les médecins généralistes.

Ainsi, une soirée en webinaire interactif composé d'un cours théorique suivi de cas cliniques et adapté à la pratique ambulatoire permettrait aux médecins généralistes de mieux appréhender l'utilisation du midazolam dans les situations palliatives au domicile.

Références bibliographiques

1. Masman AD, van Dijk M, Tibboel D, Baar FPM, Mathôt RAA. Medication use during end-of-life care in a palliative care centre. *Int J Clin Pharm*. 1 oct 2015;37(5):767-75.
2. Prommer E. Midazolam: an essential palliative care drug. *Palliative Care and Social Practice*. 1 janv 2020;14:2632352419895527.
3. Garcia ACM, Isidoro GM, Paiva EMD, Silva AE, Costa ICP, Bornemann-Ciment H. Palliative Sedation at Home: A Scoping Review. *Am J Hosp Palliat Care*. 1 févr 2023;40(2):173-82.
4. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 29 janv 2024]. Décision n° 2020.0018/DC/SBPP du 29 janvier 2020 du collège de la Haute Autorité de santé portant adoption de la recommandation de bonne pratique intitulée « Antalgie des douleurs rebelles et pratiques sédatives chez l'adulte : prise en charge médicamenteuse en situations palliatives jusqu'en fin de vie ». Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3150627/fr/decision-n-2020-0018/dc/sbpp-du-29-janvier-2020-du-college-de-la-haute-autorite-de-sante-portant-adoption-de-la-recommandation-de-bonne-pratique-intitulee-antalgie-des-douleurs-rebelles-et-pratiques-sedatives-chez-l-adulte-prise-en-charge-medicamenteuse-en-situations-palliatives-jusqu-en-fin-de-vie
5. 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.
6. Centre national des soins palliatifs et de la fin de vie. La sédation profonde et continue jusqu'au décès en France, deux ans après l'adoption de la loi Claeys-Leonetti [Internet]. CNSPFV; 2018 nov [cité 29 janv 2024]. Disponible sur : https://www.parlons-fin-de-vie.fr/wp-content/uploads/2018/11/Travaux_sedation_28112018.pdf
7. Raskopf G. La sédation palliative à domicile: les difficultés de mise en oeuvre rencontrées par les médecins généralistes. Enquête descriptive auprès des praticiens de Midi-Pyrénées. Université Toulouse III-Paul Sabatier; 2017.
8. Coupet R. Sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès. Quelle pratique pour les médecins généralistes de l'Essonne en lien avec une équipe de soins palliatifs? 2022;
9. France 3 Normandie [Internet]. 2020 [cité 29 janv 2024]. Soulagement pour le médecin de Seine-Maritime, désormais autorisé à exercer après l'affaire du Midazolam. Disponible sur: <https://france3-regions.francetvinfo.fr/normandie/seine-maritime/fecamp/soulagement-medecin-seine-maritime-desormais-autorise-exercer-apres-affaire-du-midazolam-1795493.html>
10. Ministère des Solidarités et de la Santé. Communiqué de presse du Ministère des Solidarités et de la Santé. 10 févr 2020;2.

11. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 29 janv 2024]. Antalgie des douleurs rebelles et pratiques sédatives chez l'adulte : prise en charge médicamenteuse en situations palliatives jusqu'en fin de vie. 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. Midazolam en ville : enfin disponible en officine [Internet]. [cité 29 janv 2024]. Disponible sur: <https://www.larevuedupraticien.fr/article/midazolam-en-ville-enfin-disponible-en-officine>
13. (Effectif et densité de professionnels de santé libéraux par région - 2016 à 2021 | L'Assurance Maladie [Internet]. 2023 [cité 10 janv 2024]. Disponible sur: <https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/densite-professionnels-sante-liberaux-region>).
14. Les Français et la fin de vie. Sondage IFOP 2010. Disponible sur : <https://www.ifop.com/publication/les-francais-et-la-mort-en-2010/>
15. Masson E. EM-Consulte. [cité 17 févr 2024]. Les Français et la fin de vie : état des lieux des connaissances et représentations des citoyens. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/1630148/article/les-francais-et-la-fin-de-vie%C2%A0-etat-des-lieux-des->
16. Cousin F., Gonçalves T., Carretier J., Dauchy S., Marsico G. Atlas des soins palliatifs et de la fin de vie en France: Troisième édition - 2023 - Paris : Centre national des soins palliatifs et de la fin de vie, 2023, 128 pages. Disponible sur : <https://www.parlons-fin-de-vie.fr/wp-content/uploads/2023/03/atlas-2023.pdf>
17. Assemblée nationale. [cité 16 janv 2024]. Rapport d'information n°1021 - 16e législature. Disponible sur: https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/16/rapports/cion-soc/l16b1021_rapport-information
18. Ministère du Travail, de la Santé et des Solidarités. 2024 [cité 8 févr 2024]. Les dispositifs d'appui à la coordination (DAC). Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/structures-de-soins/les-dispositifs-d-appui-a-la-coordination-dac/>
19. Ministère de la Santé et de la Prévention. Plan national triennal pour le développement des soins palliatifs et l'accompagnement en fin de vie—2021–2024 : (2021). <https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan-fin-de-vie-2022.pdf>
20. Ministère de la Santé et de la Prévention. Arrêté du 28 avril 2023 portant approbation du règlement arbitral organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/download/file/9Cfi0Jw6gopFJCTbTn5eBxg1ldXp0qOa1izlRqsN7Aw=/JOE_TEXTE

21. Ministère des Solidarités et de la Santé. INSTRUCTION N° DGOS/R4/2022/31 du 7 février 2022 relative à la pérennisation des appuis territoriaux gériatriques et de soins palliatifs. Disponible sur : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/instruction_dgos-r4-31_du_7_fev_2022_relatifs_a_la_perennisation_des_appuis_geriatriques_et_soins_palliatifs.pdf
22. Mise en place du dispositif d'astreinte mutualisée d'IDE de nuit [Internet]. 2023 [cité 8 févr 2024]. Disponible sur: <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/mise-en-place-du-dispositif-dastreinte-mutualisee-dide-de-nuit>
23. Mercadante S, Porzio G, Valle A, Fusco F, Aielli F, Costanzo V. Palliative Sedation in Patients with Advanced Cancer Followed at Home: A Systematic Review. *Journal of Pain and Symptom Management*. 1 avr 2011;41(4):754-60.
24. Mercadante S, Porzio G, Valle A, Fusco F, Aielli F, Adile C, et al. Palliative Sedation in Advanced Cancer Patients Followed at Home: A Retrospective Analysis. *Journal of Pain and Symptom Management*. 1 juin 2012;43(6):1126-30.
25. Urbain J. La pratique de la sédation profonde et continue jusqu'au décès à domicile par les médecins généralistes en France : université Pierre-et-Marie-Curie (2017).
26. Le Gall-Grimaux C, Guineberteau C, Bec M, Pignon A, Gutierrez D. Sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès à domicile : état des lieux des pratiques des médecins généralistes du Maine-et-Loire. *Médecine Palliative*. 1 juin 2019;18(3):116-25.
27. Instruction interministérielle DGOS/DGESIP relative à la mise en œuvre des actions 4-1 et 4-2 de l'axe II du plan national 2015-2018 pour le développement des soins palliatifs et l'accompagnement en fin de vie. (2017). Disponible sur : https://www.esante-centre.fr/portail_pro/minisite_20/media-files/49817/instruction-interministerielle-dgos-dgesip-relative-a-la-mise-en-oeuvre-des-actions-4-1-et-4-2-de-l-axe-ii-du-plan-national-2015-2018.pdf
28. Jacques A, Grouille D. Sédation à domicile des malades en phase palliative terminale [Internet]. [Limoges, France] : S.C.D. de l'Université de Limoges; 2013.

Annexe 1 : Questionnaire de l'étude

Utilisation du midazolam chez les patients en situation palliative au domicile

Chère consœur, cher confrère,

Je vous sollicite dans le cadre de ma thèse d'exercice sur l'utilisation du midazolam chez les patients en situation palliative au domicile par les médecins généralistes.

L'objectif de ce travail en collaboration avec la Coordination Régionale des Soins Palliatifs Hauts-de-France (CSPHF) est de faire un état des lieux des connaissances et des pratiques des médecins généralistes des Hauts-de-France afin d'évaluer éventuellement les besoins de formation à ce sujet.

Le questionnaire prend moins de 10 minutes à remplir.
Vos réponses seront strictement anonymes.

Vous remerciant par avance de votre participation.
Bien cordialement,
Hubert MESSEANT

* Indique une question obligatoire

Connaissances sur le midazolam

1. Selon vous, est-il possible de prescrire du midazolam en ambulatoire chez l'adulte en situation palliative ? *

Une seule réponse possible.

- ☐ Oui
☐ Non
☐ Je ne sais pas

2. Dans le cadre de la sédation en situation palliative, le midazolam : *

Une seule réponse possible.

- ☐ est recommandé en 1ère intention
- ☐ est recommandé en 2ème intention
- ☐ n'est pas recommandé
- ☐ Je ne sais pas

3. Le midazolam est un(e) : *

Une seule réponse possible.

- ☐ Antipsychotique
- ☐ Barbiturique
- ☐ Opioïde
- ☐ Benzodiazépine
- ☐ Antihistaminique
- ☐ Je ne sais pas

4. Quels sont les effets indésirables du midazolam ? (plusieurs réponses possibles) *

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Syndrome malin des neuroleptiques
- ☐ Tachyphylaxie (tolérance rapide)
- ☐ Réactions paradoxales (agitation, irritabilité, agressivité, mouvements involontaires, ...)
- ☐ Amnésie antérograde
- ☐ Hypertension artérielle
- ☐ Dépendance avec syndrome de sevrage
- ☐ Trouble de la vigilance
- ☐ Rétention urinaire
- ☐ Allongement de l'intervalle QT / arythmie ventriculaire (ex : torsade de pointes)
- ☐ Dépression respiratoire
- ☐ Je ne sais pas

5. L' élimination du midazolam se fait principalement par voie : *

Une seule réponse possible.

- ☐ Hépatique
☐ Rénale
☐ Je ne sais pas

6. Connaissez vous les posologies du midazolam en situation palliative ? (anxiolyse, sédation) *

Une seule réponse possible.

- ☐ Oui, je les connais très bien
☐ Je les connais partiellement
☐ Non, je ne les connais pas du tout

7. Faut-il adapter les doses lors d'un relais IV/SC ? *

Une seule réponse possible.

- ☐ Oui
☐ Non
☐ Je ne sais pas

8. La prescription du midazolam se fait sur une : *

Une seule réponse possible.

- ☐ Ordonnance simple
☐ Ordonnance de médicaments d'exception
☐ Ordonnance d'autorisation temporaire d'utilisation (ATU)
☐ Ordonnance sécurisée
☐ Je ne sais pas

9. Concernant sa durée de prescription : *

Une seule réponse possible.

- ☐ Pas de limitation
- ☐ Limitation à 4 semaines
- ☐ Limitation à 12 semaines
- ☐ Je ne sais pas

10. Concernant sa délivrance : *

Une seule réponse possible.

- ☐ Pas de fractionnement
- ☐ Délivrance fractionnée de 7 jours
- ☐ Délivrance fractionnée de 14 jours
- ☐ Délivrance fractionnée de 21 jours
- ☐ Je ne sais pas

Utilisation du midazolam en pratique

11. Avez-vous déjà prescrit du midazolam ? *

Une seule réponse possible.

- ☐ Oui *Passer à la question 13*
- ☐ Non *Passer à la question 12*

Utilisation du midazolam en pratique

12. Pourquoi ? (plusieurs réponses possibles) *

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Je n'en ai pas eu l'occasion
- ☐ Je n'ai pas la formation nécessaire à son utilisation
- ☐ Je préfère laisser sa manipulation à une équipe formée (HAD, équipe mobile de soins palliatifs, ...)
- ☐ L'utilisation de ce médicament est une euthanasie masquée car il accélère le décès
- ☐ On ne peut pas le prescrire en ambulatoire
- ☐ Je préfère utiliser d'autres médicaments
- ☐ Autre : _____

Passer à la question 27

Utilisation du midazolam en pratique

13. Avez-vous déjà initié une prescription de midazolam depuis sa mise en disposition en ambulatoire ? *

Une seule réponse possible.

- ☐ Oui
- ☐ Non

14. Pour environ combien de patients avez-vous utilisé le midazolam dans les 12 derniers mois ? *

Concernant la dernière utilisation du midazolam :

15. De quand date la dernière utilisation du midazolam ? *

Une seule réponse possible.

- ☐ Moins de 3 mois
- ☐ Entre 3 et 6 mois
- ☐ Entre 6 et 12 mois
- ☐ Plus de 12 mois

16. Dans quelle intention avez-vous utilisé le midazolam lors de cette utilisation ? *

Une seule réponse possible.

- ☐ Anxiolyse
- ☐ Sédation proportionnée et transitoire
- ☐ Sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès
- ☐ Sédation urgente dans le cadre d'une détresse aigue (ex : hémorragie aigue, asphyxie...)
- ☐ Autre : _____

17. Quelle voie d'administration ? (plusieurs réponses possibles) *

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ IV
- ☐ SC
- ☐ IM
- ☐ PO
- ☐ IR

18. Avez-vous fait appel à des ressources pour son utilisation ? (plusieurs réponses possibles) *

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Fiche pratique médicamenteuse (HAS, SFAP, ...)
- ☐ Médecin spécialiste en soins palliatifs / Equipe mobile
- ☐ Médecin coordinateur de l'HAD
- ☐ Médecin coordinateur du DAC (dispositif d'appui à la coordination)
- ☐ Non
- ☐ Autre : _____

19. Comment s'est effectuée la réévaluation du patient ? (plusieurs réponses possibles) *

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Par visite à domicile
- ☐ Par l'intermédiaire des IDE libéraux
- ☐ Par l'intermédiaire de l'HAD
- ☐ Par l'intermédiaire de la famille ou des proches
- ☐ Par l'intermédiaire des IDE en EHPAD
- ☐ Autre : _____

20. A quelle fréquence s'est effectuée cette réévaluation ? *

Une seule réponse possible.

- ☐ Plus d'une fois par jour
- ☐ Une fois par jour
- ☐ Plus de deux fois par semaine
- ☐ Une à deux fois par semaine
- ☐ Moins d'une fois par semaine

21. Avez-vous rencontré des difficultés d'accès et/ou d'approvisionnement avec le midazolam ? *

Une seule réponse possible.

- ☐ Oui
☐ Non

22. Avez-vous eu des résultats satisfaisants en terme d'efficacité avec le midazolam ? *

Une seule réponse possible.

- ☐ Oui tout à fait
☐ Plutôt oui
☐ Plutôt non
☐ Non pas du tout

23. Avez-vous rencontré des effets indésirables et/ou des difficultés avec l'utilisation du midazolam ? *

Une seule réponse possible.

- ☐ Oui *Passer à la question 24*
☐ Non *Passer à la question 27*

Utilisation du midazolam en pratique

24. Quels effets indésirables et/ou des difficultés avez-vous rencontrés ? *

25. Quelles actions ont été réalisées ? (plusieurs réponses possibles) *

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Arrêt du midazolam
- ☐ Ajustement de doses
- ☐ Ajout d'un autre médicament associé
- ☐ Remplacement du midazolam par un autre médicament
- ☐ Changement de voie d'administration
- ☐ Transfert vers un service hospitalier
- ☐ Autre : _____

26. Si ajout ou remplacement, quel médicament ?

Utilisation du midazolam en pratique

27. Avez-vous des remarques supplémentaires à formuler au sujet de l'utilisation du midazolam dans votre pratique ?

Les besoins d'information et/ou de formation sur le midazolam

28. Avez-vous reçu une formation complémentaire concernant le midazolam ? (plusieurs réponses possibles) *

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Aucune
☐ DU ou DIU
☐ FST
☐ DESC
☐ FMC (séminaires, congrès, ...)
☐ Autre : _____

29. Vos connaissances sur le midazolam vous semblent elles suffisantes ? *

Une seule réponse possible.

- ☐ Oui *Passer à la question 36*
☐ Non *Passer à la question 30*

Les besoins d'information et/ou de formation sur le midazolam

30. Seriez vous prêt à participer à une formation sur le midazolam ? *

Une seule réponse possible.

- ☐ Oui *Passer à la question 32*
☐ Non *Passer à la question 31*

Les besoins d'information et/ou de formation sur le midazolam

31. Pourquoi ?

Passer à la question 36

32. Quel format souhaiteriez vous ? (plusieurs réponses possibles) *

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Formation présentielle
- ☐ Formation à distance
- ☐ Formation mixte présentielle et à distance
- ☐ Ne se prononce pas
- ☐ Autre : _____

33. Quel type de pédagogie ? (plusieurs réponses possibles) *

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Cours théorique
- ☐ Etude de cas cliniques
- ☐ Cours théorique suivi de cas cliniques
- ☐ Ne se prononce pas
- ☐ Autre : _____

34. Quelle durée de formation ? (plusieurs réponses possibles) *

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Une soirée
- ☐ Une demi-journée
- ☐ Une journée
- ☐ 2 jours
- ☐ Ne se prononce pas
- ☐ Autre : _____

35. Quelles seraient vos attentes concernant cette formation ?

Les besoins d'information et/ou de formation sur le midazolam

36. Avez-vous des remarques supplémentaires à formuler au sujet de l'information et/ou de la formation sur le midazolam ?

Informations générales

Pour terminer,

quelques questions pour mieux vous connaître ainsi que votre pratique

37. Quel âge avez-vous ? *

Une seule réponse possible.

- ☐ Moins de 30 ans
- ☐ 30-39 ans
- ☐ 40-49 ans
- ☐ 50-59 ans
- ☐ 60 ans et plus

38. Etes-vous ? *

Une seule réponse possible.

☐ Femme

☐ Homme

☐ Autre

39. Dans quel département pratiquez vous ? *

Une seule réponse possible.

☐ Aisne

☐ Nord

☐ Oise

☐ Pas-de-Calais

☐ Somme

40. Quel est votre lieu d'exercice ? (plusieurs réponses possibles) *

Plusieurs réponses possibles.

☐ Milieu urbain

☐ Milieu semi-rural

☐ Milieu rural

41. Quel est votre mode d'exercice ? (plusieurs réponses possibles si exercices multiples) *

Plusieurs réponses possibles.

☐ Seul(e)

☐ En cabinet de groupe

☐ En maison de santé pluridisciplinaire

☐ En PMI

☐ En centre de santé

☐ Activité hospitalière partielle

☐ Autre : _____

42. Depuis combien d'années exercez vous la médecine générale ? *

Une seule réponse possible.

☐ Moins de 10 ans

☐ 10-19 ans

☐ 20-29 ans

☐ 30 ans et plus

Merci d'avoir pris le temps de remplir ce questionnaire !

N'oubliez pas de cliquer sur le bouton envoyer !

N'hésitez pas à le partager à vos consœurs et/ou confrères médecins généralistes.

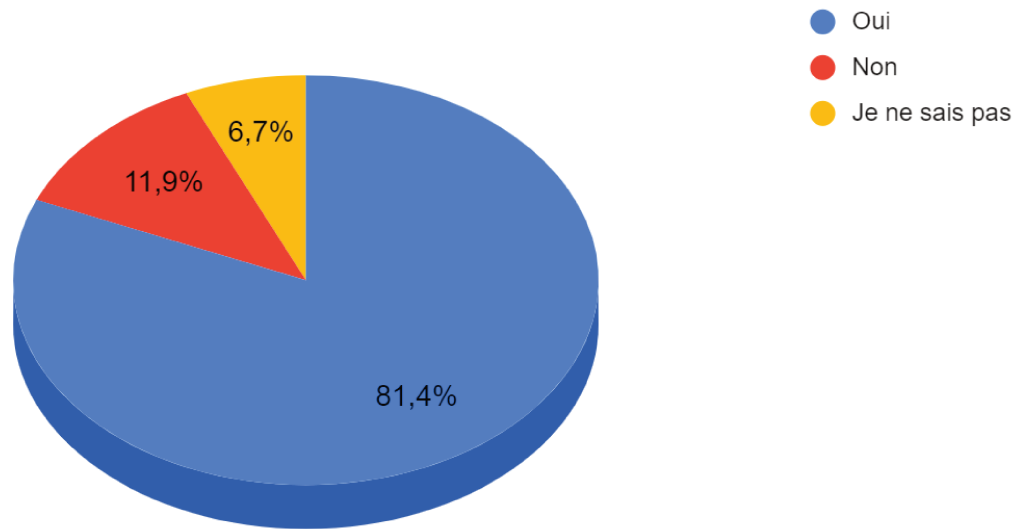
43. Si vous désirez être informé des résultats de cette thèse, vous pouvez laisser votre adresse mail :

Ce contenu n'est ni rédigé, ni cautionné par Google.

Google Forms

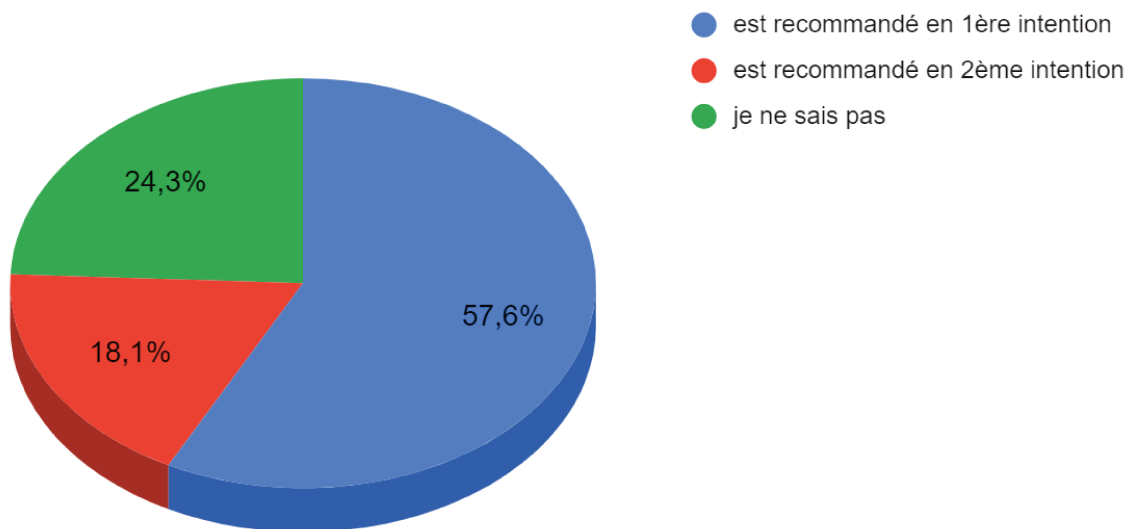
Annexe 2 : Réponses complètes au questionnaire de l'étude

Question 1 : Selon vous, est-il possible de prescrire du midazolam en ambulatoire chez l'adulte en situation palliative ?



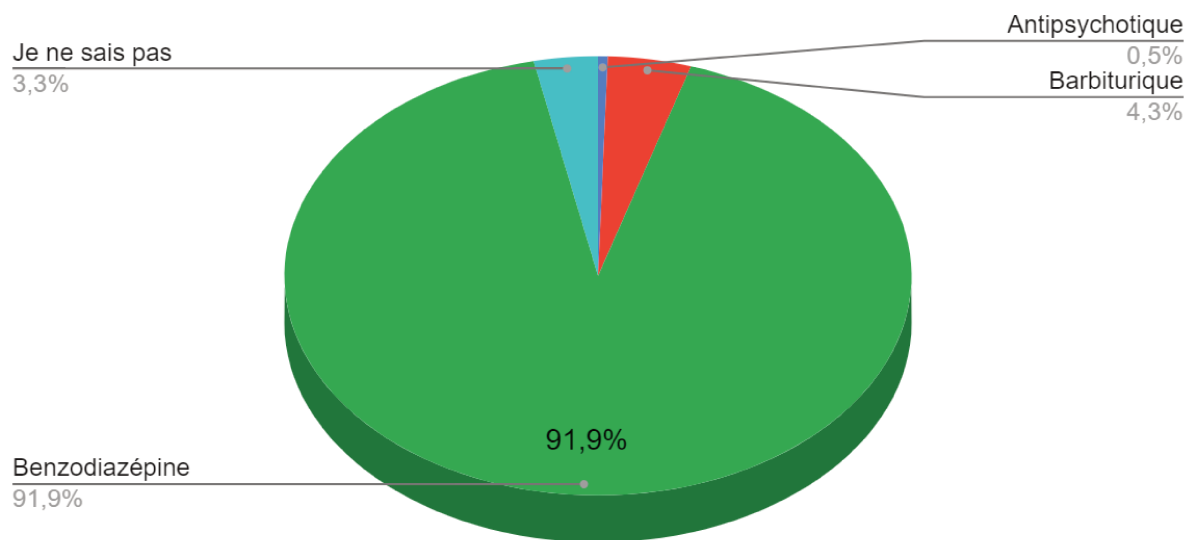
- Oui : 171 réponses
- Non : 25 réponses
- Je ne sais pas : 14 réponses

Question 2 : Dans le cadre de la sédation en situation palliative, le midazolam :

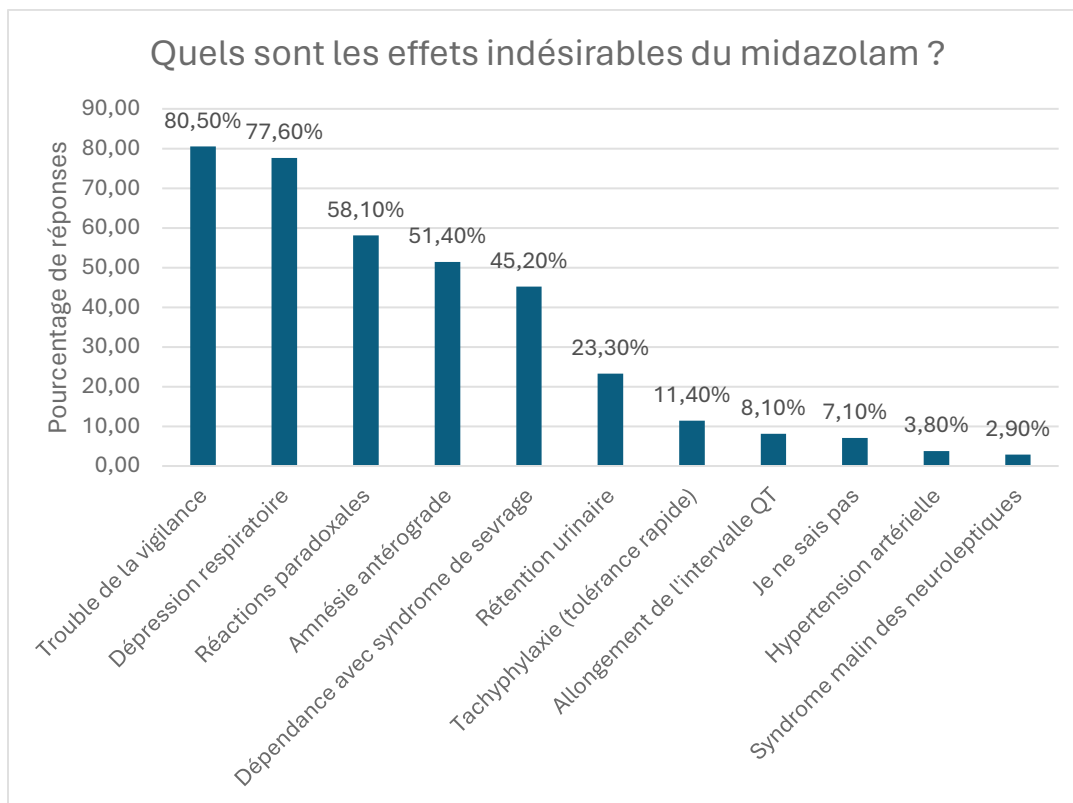


- Est recommandé en 1^{ère} intention : 121 réponses
- Je ne sais pas : 51 réponses
- Est recommandé en 2^{ème} intention : 38 réponses
- N'est pas recommandé : 0 réponses

Question 3 : Le midazolam est un(e) :

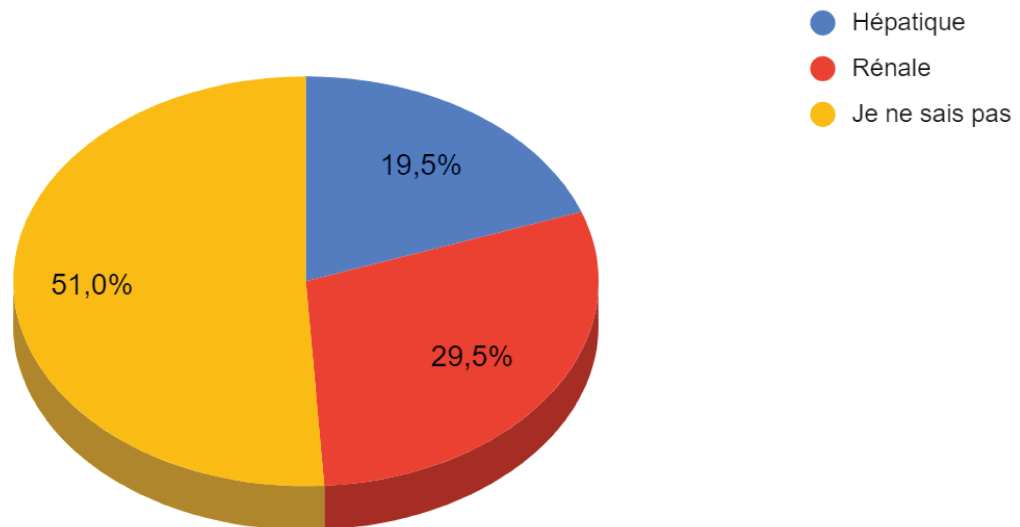


- Benzodiazépine : 193 réponses
- Barbiturique : 9 réponses
- Je ne sais pas : 7 réponses
- Antipsychotique : 1 réponse
- Opioïde : 0 réponse
- Antihistaminique : 0 réponse



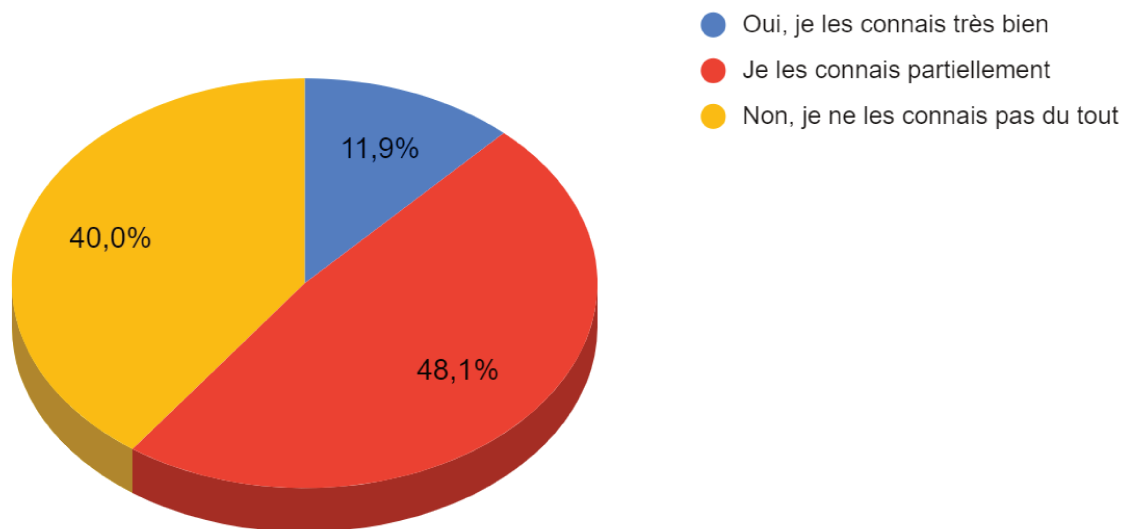
- Trouble de la vigilance : 169 réponses
- Dépression respiratoire : 163 réponses
- Réactions paradoxales : 122 réponses
- Amnésie antérograde : 108 réponses
- Dépendance avec syndrome de sevrage : 95 réponses
- Rétention urinaire : 49 réponses
- Tachyphylaxie : 24 réponses
- Allongement de l'intervalle QT : 17 réponses
- Je ne sais pas : 15 réponses
- Hypertension artérielle : 8 réponses
- Syndrome malin des neuroleptiques : 6 réponses

Question 5 : L' élimination du midazolam se fait principalement par voie :



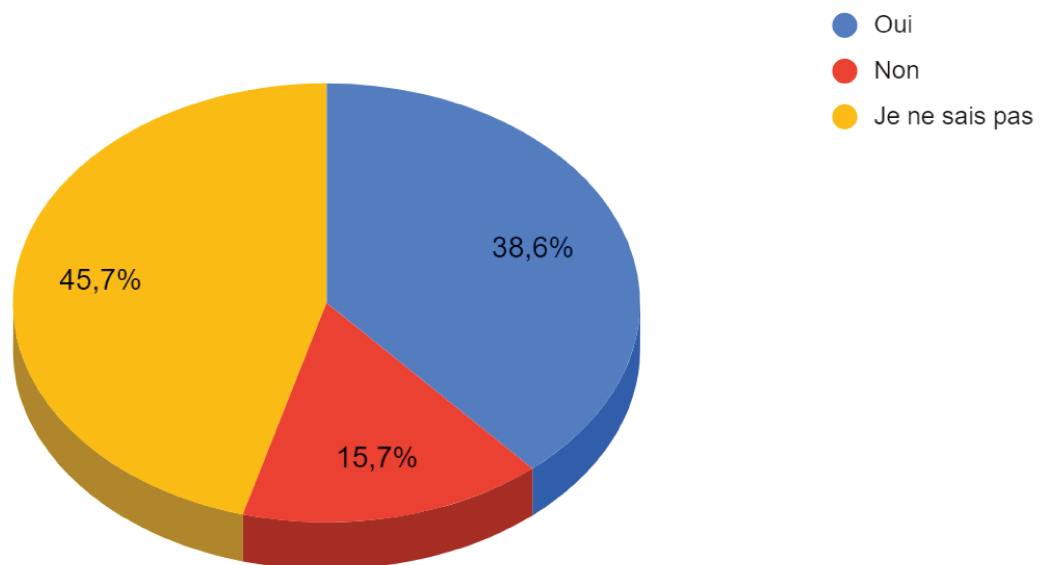
- Je ne sais pas : 107 réponses
- Rénale : 62 réponses
- Hépatique : 41 réponses

Question 6 : Connaissez vous les posologies du midazolam en situation palliative ? (anxiolyse, sédation)



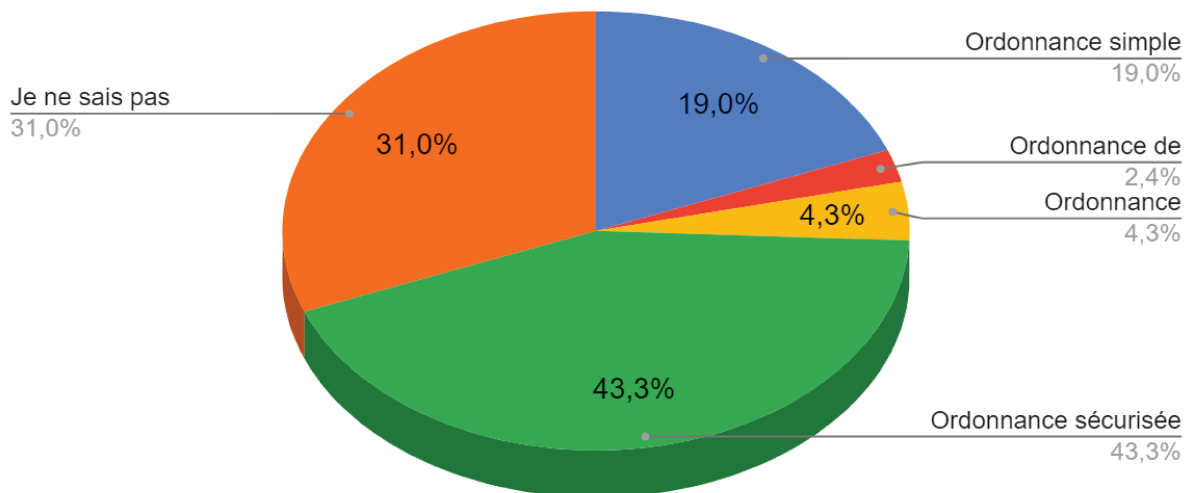
- Je les connais partiellement : 101 réponses
- Non, je ne les connais pas du tout : 84 réponses
- Oui, je les connais très bien : 25 réponses

Question 7 : Faut-il adapter les doses lors d'un relais IV/SC ?



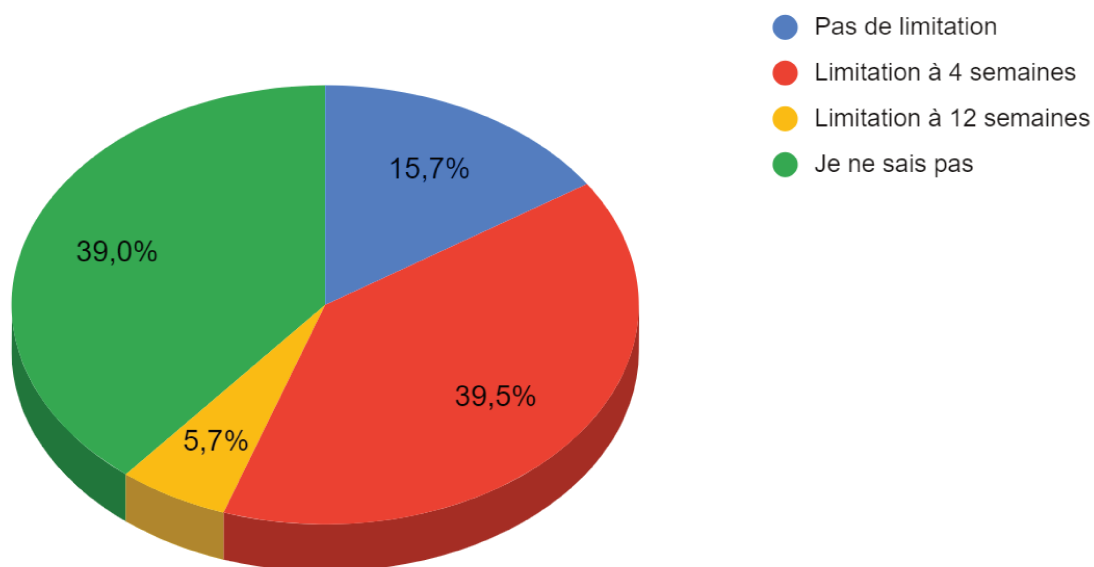
- Je ne sais pas : 96 réponses
- Oui : 81 réponses
- Non : 33 réponses

Question 8 : La prescription du midazolam se fait sur une :



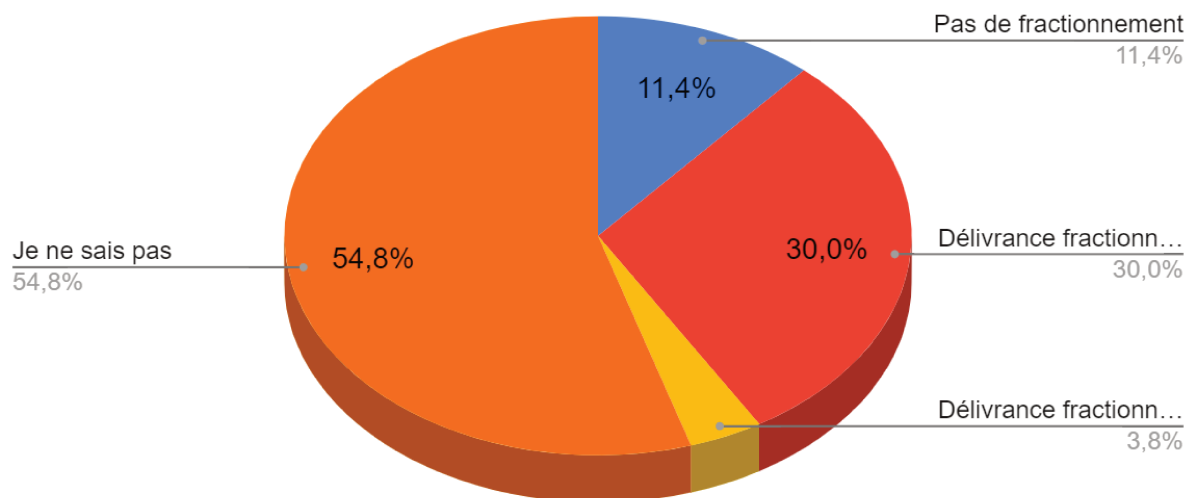
- Ordonnance sécurisée : 91 réponses
- Je ne sais pas : 65 réponses
- Ordonnance simple : 40 réponses
- Ordonnance d'autorisation temporaire d'utilisation (ATU) : 9 réponses
- Ordonnance de médicaments d'exception : 5 réponses

Question 9 : Concernant sa durée de prescription :



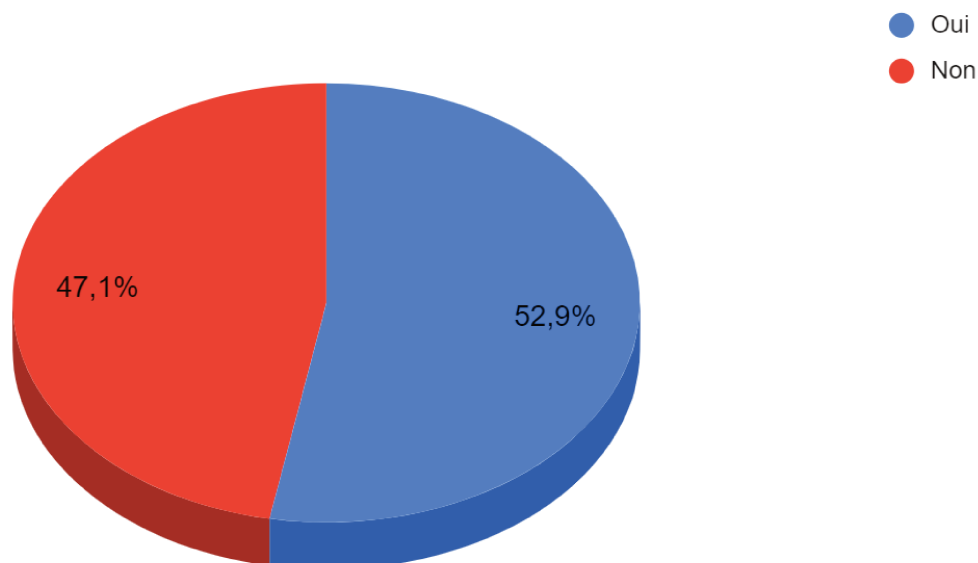
- Limitation à 4 semaines : 83 réponses
- Je ne sais pas : 82 réponses
- Pas de limitation : 33 réponses
- Limitation à 12 semaines : 12 réponses

Question 10 : Concernant sa délivrance :



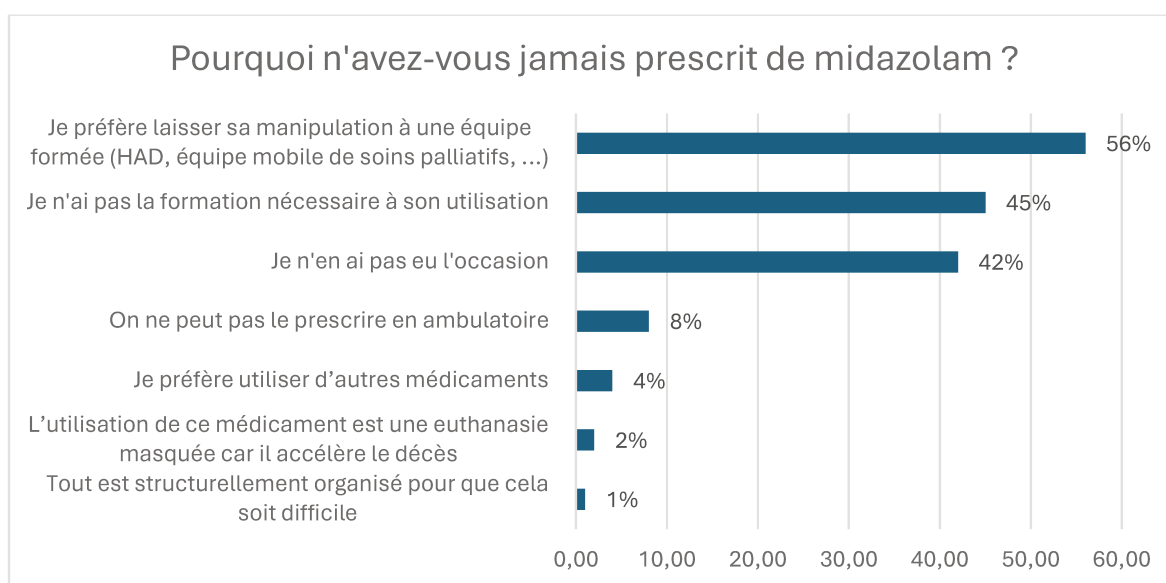
- Je ne sais pas : 115 réponses
- Délivrance fractionnée de 7 jours : 63 réponses
- Pas de fractionnement : 24 réponses
- Délivrance fractionnée de 14 jours : 8 réponses
- Délivrance fractionnée de 21 jours : 0 réponses

Question 11 : Avez-vous déjà prescrit du midazolam ?



- Oui : 111 réponses
- Non : 99 réponses

Si non ➔

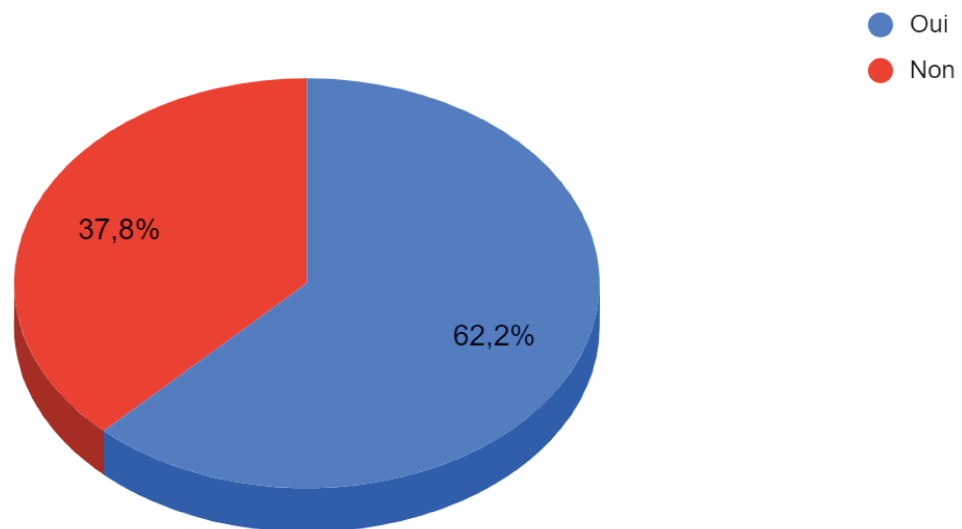


- Je préfère laisser sa manipulation à une équipe formée (HAD, équipe mobile de soins palliatifs, ...) : 56 réponses

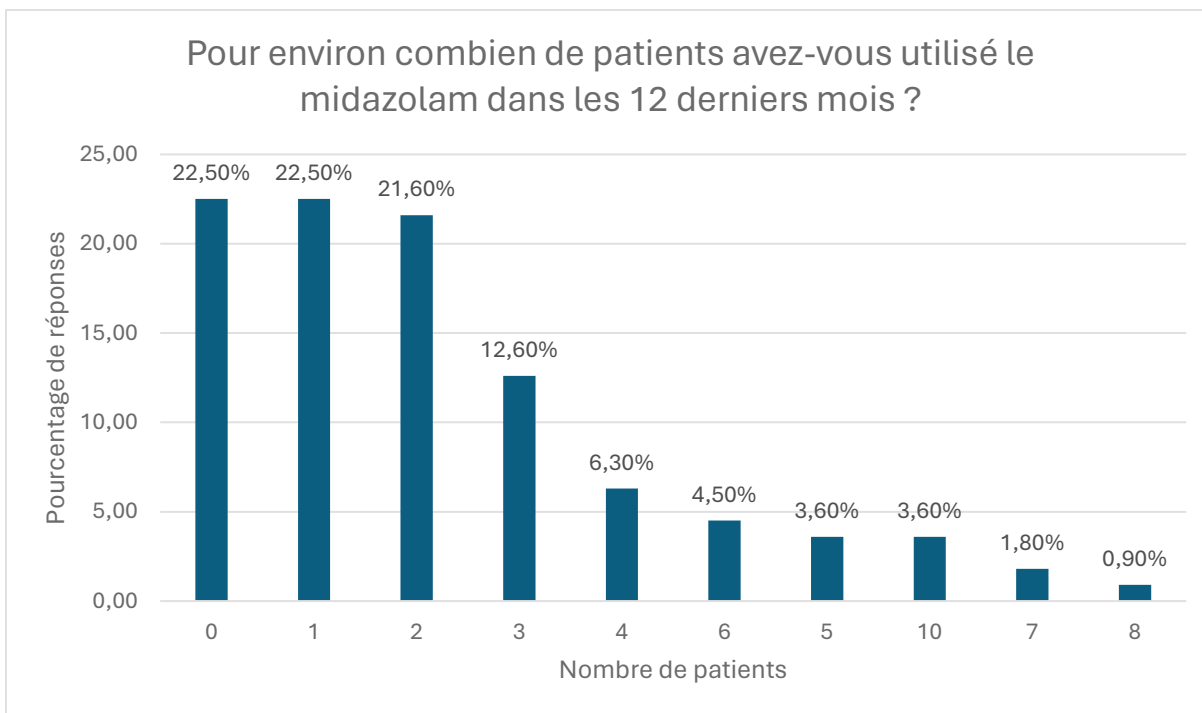
- Je n'ai pas la formation nécessaire à son utilisation : 45 réponses
- Je n'en ai pas eu l'occasion : 42 réponses
- On ne peut pas le prescrire en ambulatoire : 8 réponses
- Je préfère utiliser d'autres médicaments : 4 réponses
- L'utilisation de ce médicament est une euthanasie masquée car il accélère le décès : 2 réponses
- Autre : Tout est structurellement organisé pour que cela soit difficile : 1 réponse

Si oui →

Question 13 : Avez-vous déjà initié une prescription de midazolam depuis sa mise en disposition en ambulatoire ?

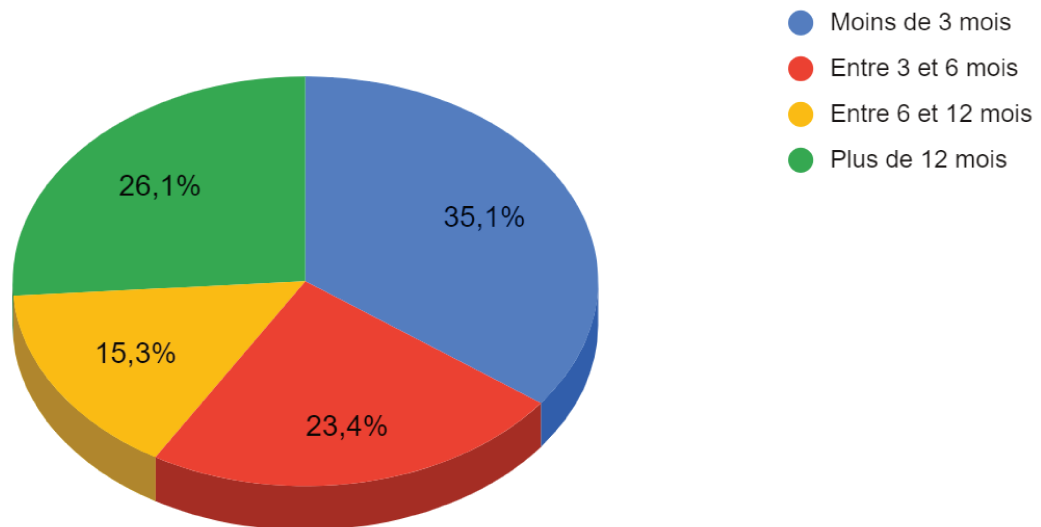


- Oui : 69 réponses
- Non : 42 réponses



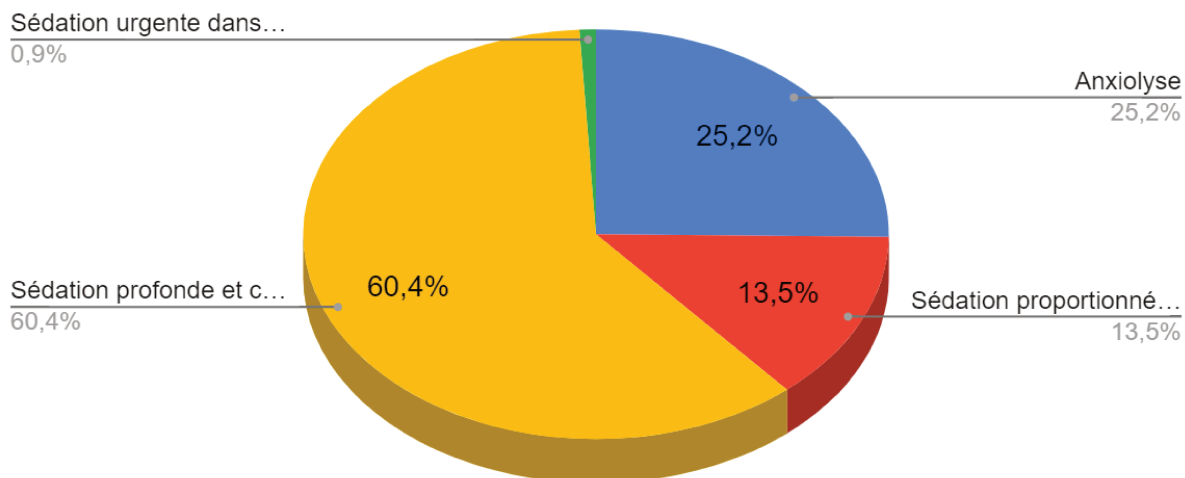
- 0 patient : 25 réponses
- 1 patient : 25 réponses
- 2 patients : 24 réponses
- 3 patients : 14 réponses
- 4 patients : 7 réponses
- 5 patients : 4 réponses
- 6 patients : 5 réponses
- 7 patients : 1 réponse
- 8 patients : 2 réponses
- 10 patients : 4 réponses

Question 15 : De quand date la dernière utilisation du midazolam ?



- Moins de 3 mois : 39 réponses
- Plus de 12 mois : 29 réponses
- Entre 3 et 6 mois : 26 réponses
- Entre 6 et 12 mois : 17 réponses

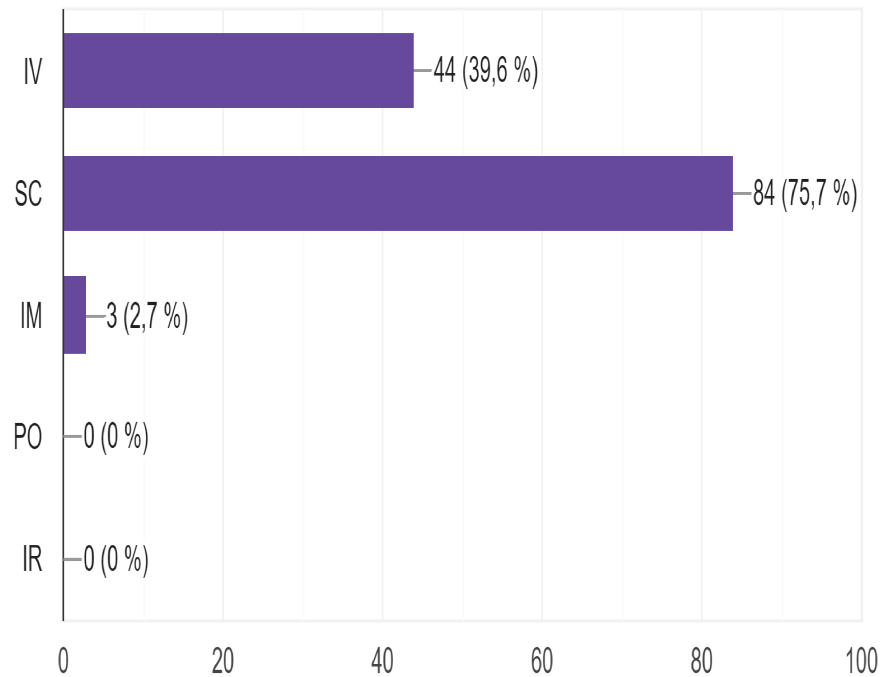
Question 16 : Dans quelle intention avez-vous utilisé le midazolam lors de cette utilisation ?



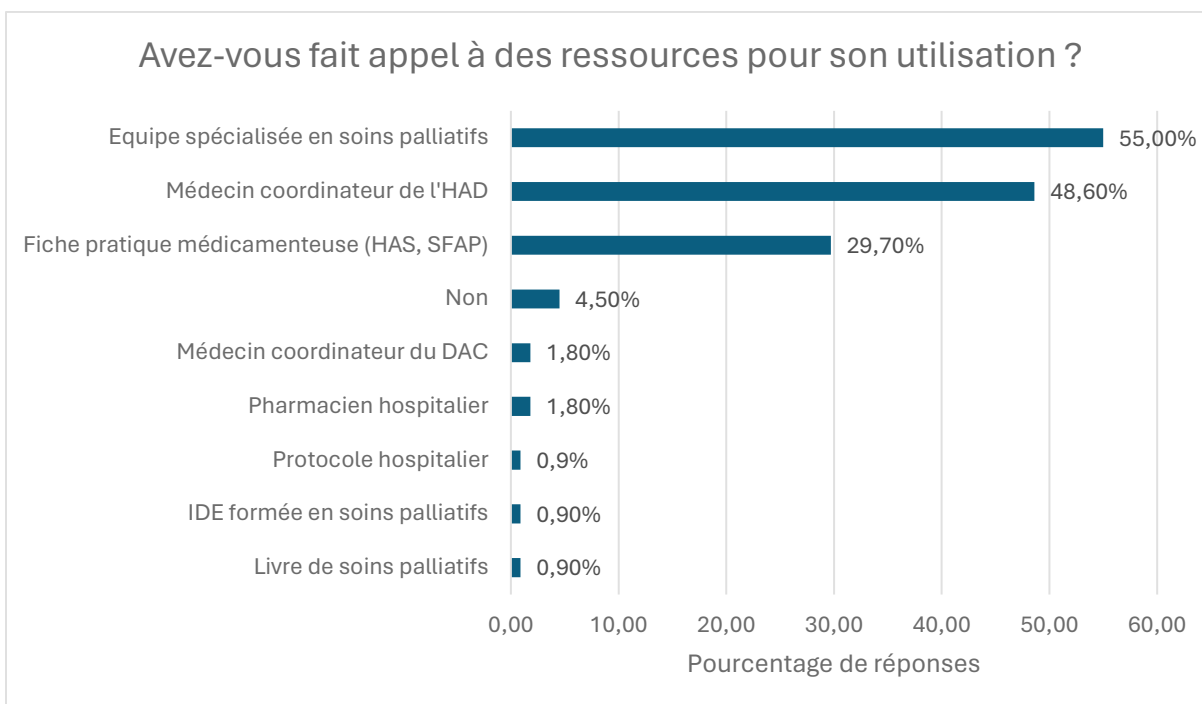
- Sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès (SPCJD) : 67 réponses
- Anxiolyse : 28 réponses
- Sédation proportionnée et transitoire : 15 réponses
- Sédation urgente dans le cadre d'une détresse aiguë (ex : hémorragie aiguë, asphyxie...) : 1 réponse

Quelle voie d'administration ? (plusieurs réponses possibles)

111 réponses

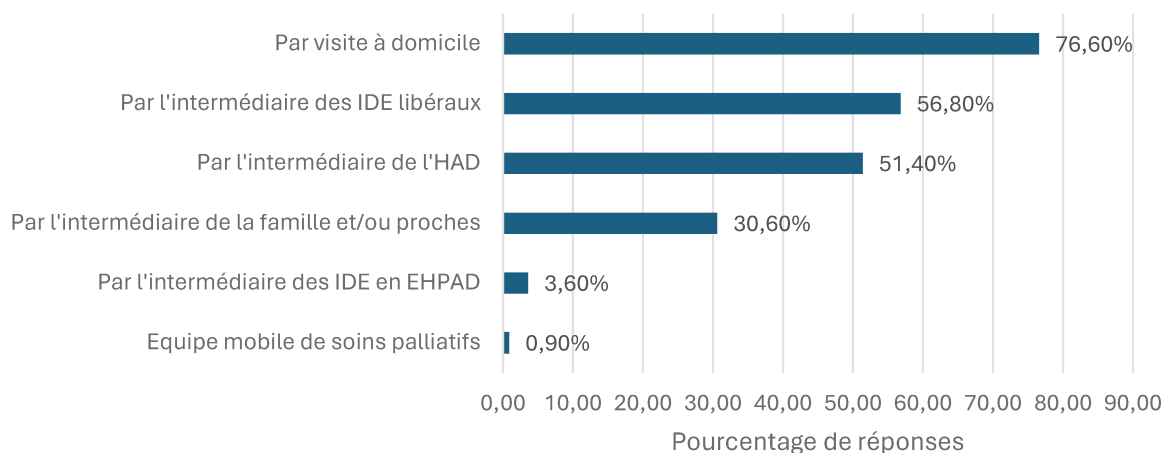


- Voie SC : 84 réponses
- Voie IV : 44 réponses
- Voie IM : 3 réponses
- Voie PO : 0 réponse
- Voie IR : 0 réponse



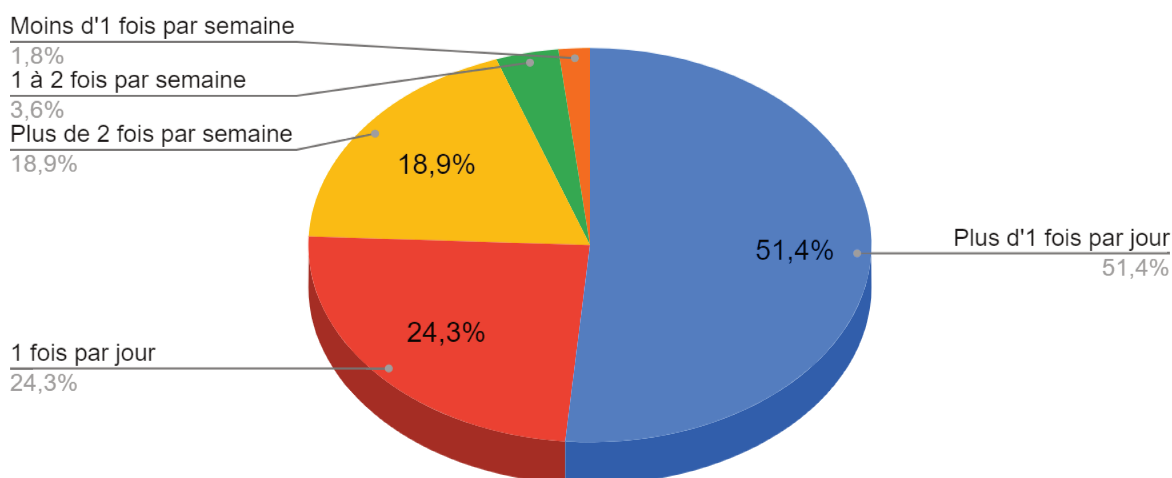
- Médecin spécialiste en soins palliatifs / Equipe mobile : 61 réponses
- Médecin coordinateur de l'HAD : 54 réponses
- Fiche pratique médicamenteuse (HAS, SFAP, ...) : 33 réponses
- Non : 5 réponses
- Médecin coordinateur du DAC (dispositif d'appui à la coordination) : 2 réponses
- Pharmacien d'hôpital : 2 réponses
- Livre de soins palliatifs : 1 réponse
- Protocole hospitalier : 1 réponse
- IDE formée en soins palliatifs : 1 réponse

Comment s'est effectuée la réévaluation du patient ?



- Par visite à domicile : 85 réponses
- Par l'intermédiaire des IDE libéraux : 63 réponses
- Par l'intermédiaire de l'HAD : 57 réponses
- Par l'intermédiaire de la famille et/ou des proches : 34 réponses
- Par l'intermédiaire des IDE en EHPAD : 4 réponses
- Equipe mobile de soins palliatifs : 1 réponse

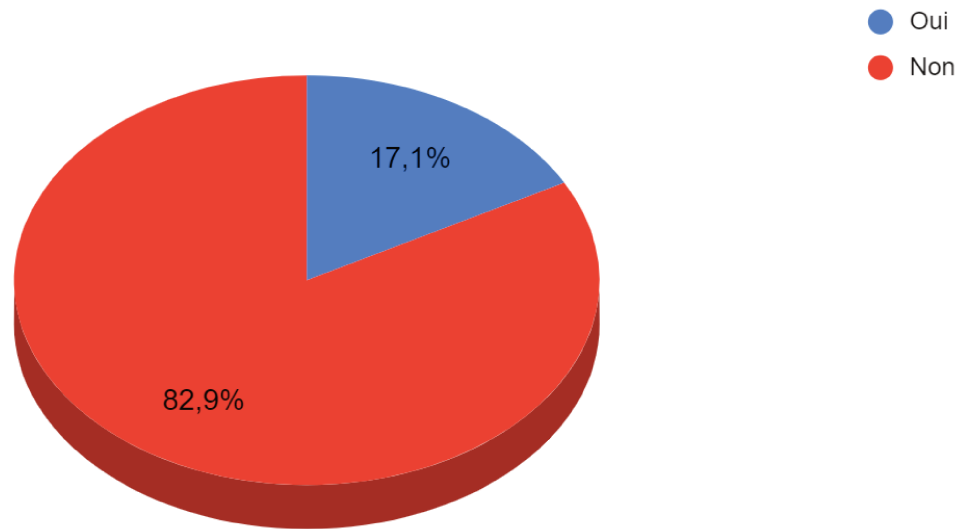
Question 20 : A quelle fréquence s'est effectuée cette réévaluation ?



- Plus d'une fois par jour : 57 réponses

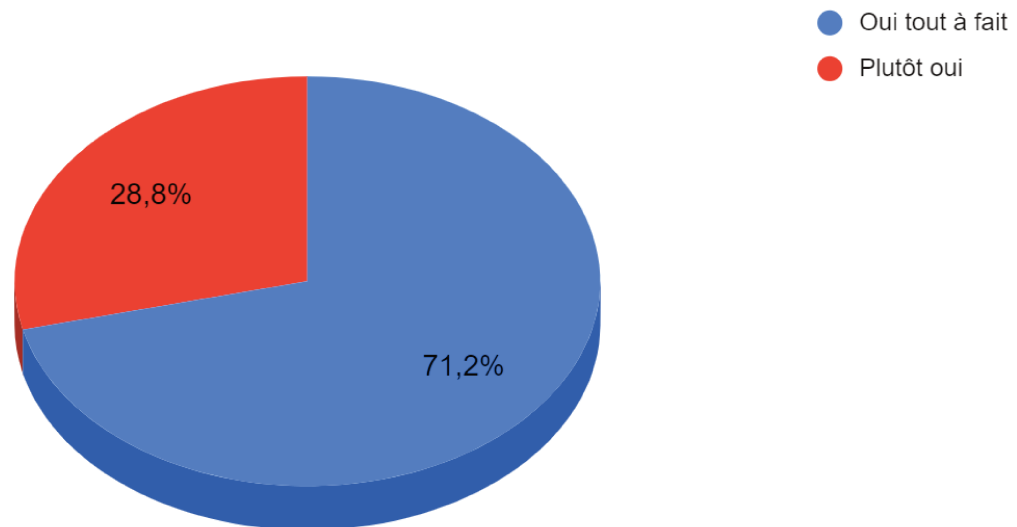
- Une fois par jour : 27 réponses
- Plus de deux fois par semaine : 21 réponses
- Une à deux fois par semaine : 4 réponses
- Moins d'une fois par semaine : 2 réponses

Question 21 : Avez-vous rencontré des difficultés d'accès et/ou d'approvisionnement avec le midazolam ?



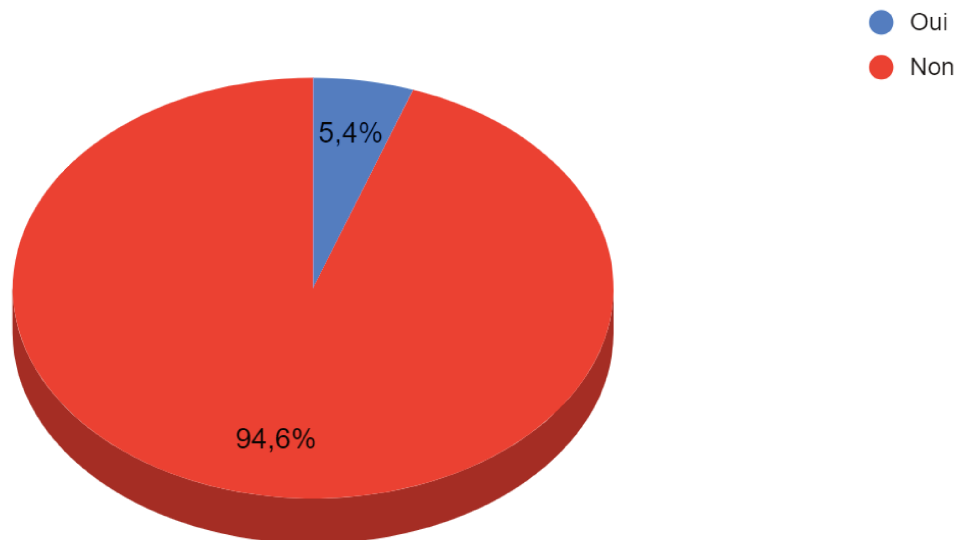
- Non : 92 réponses
- Oui : 19 réponses

Question 22 : Avez-vous eu des résultats satisfaisants en terme d'efficacité avec le midazolam ?



- Oui tout à fait : 79 réponses
- Plutôt oui : 32 réponses
- Plutôt non : 0 réponse
- Non pas du tout : 0 réponse

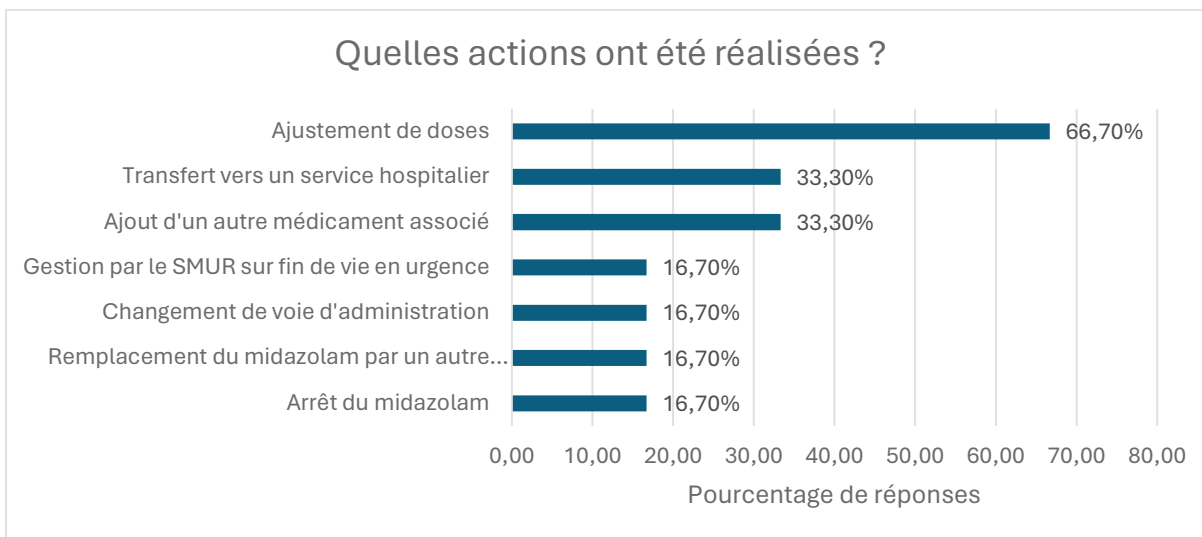
Question 23 : Avez-vous rencontré des effets indésirables et/ou des difficultés avec l'utilisation du midazolam ?



- Non : 105 réponses
- Oui : 6 réponses

Question 24 : Quels effets indésirables et/ou des difficultés avez-vous rencontrés ?

- Adaptation posologie sur fin de vie en urgence
- Dépression respiratoire.
- Effet paradoxal chez enfant
- Pas évident doser dose nécessaire, pas obtenu effet escompté...
- Effet insuffisant
- caractère trop sédatif jugé par le patient même à visée anxiolytique



- Ajustement de doses : 4 réponses
- Ajout d'un autre médicament associé : 2 réponses
- Transfert vers un service hospitalier : 2 réponses
- Arrêt du midazolam : 1 réponse
- Remplacement du midazolam par un autre médicament : 1 réponse
- Changement de voie d'administration : 1 réponse
- Gestion par le smur sur fin de vie en urgence : 1 réponse

Question 26 : Si ajout ou remplacement, quel médicament ?

- Chlorpromazine
- hydroxyzine, valium, seresta

Question 27 : Avez-vous des remarques supplémentaires à formuler au sujet de l'utilisation du midazolam dans votre pratique ?

- avant délivrance actuelle, j'ai pu utiliser le midazolam en médecine libérale car j'étais aussi urgentiste.. , pb approvisionnement.. j'ai accompagné bcp de fin vie, soins palliatifs tant que médecin rural ... le midazolam m a été très utile pas que pour les sédations profondes (faites avec HAD, ou EMSP..) car besoin de seringues électriques, pompe.. et travail en réseau) mais aussi à petites doses ponctuellement pour co prescription avec morphiniques pour soulager, anxiolyse légère mais pour utilisation en médecine générale c'est bien d'avoir une formation médicale ou conseils des soins palliatifs;. je me suis permise l'utiliser car j'en ai pas mal utilisé en tant qu' urgentiste et j'avais fait un DU de sédation

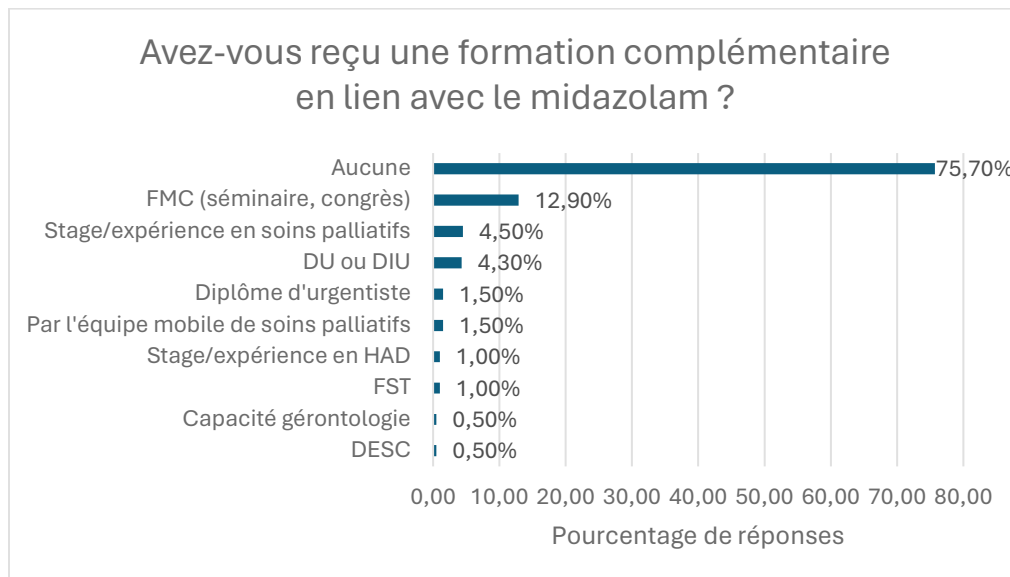
- Je sais que c'est de la famille des Benzo, à demi vie très courte, couramment utilisé pour des anesthésies brèves. Par exemple une coloscopie, un choc électrique. J'imagine à très faible dose un effet anxiolytique très efficace. Le produit est de couleur blanche. Cela me rappelle mes souvenirs d'interne en médecine générale il y a 31 ans.....
- nous considérons qu'il peut être utile pour certains médecins ruraux très isolés mais peu adapté à la pratique des soins palliatifs en ville de façon générale, car demi vie très courte et nécessitée d'un relais par pompe très rapidement, donc plutôt via HAD car difficile en pratique en libéral...
- Pb de conditionnement, les ampoules de 50 mg sont uniquement accessibles en rétrocession à la pharmacie du CH(U). Cela nous simplifierait la vie d'avoir accès en ville à ces ampoules pour éviter de devoir mettre dans le PSE un grand nombre d'ampoule de 5 mg /ml ... Très bon sujet de thèse
- Très utile depuis sa mise à disposition en officine de ville pour les situations palliatives où le HAD ET LES SP ne sont pas disponibles en urgence. Facile d'utilisation et à demi vie très courte, permettant une utilisation sécurisée. Utilisation sc très utile à domicile.
- Je n'ai pas eu l'occasion de m'en servir en situation ambulatoire depuis le début de mon exercice, si l'occasion se présente je ferai appel dans un 1er temps à une équipe formée (HAD) pour voir les procédures, et déterminer ensuite si cela est applicable à ma pratique.
- bien utilisé surtout en PCA en SC avec bolus ... en association avec la morphine en PCA SC + bolus : évite (le débat sur) l'euthanasie ... permet l'application de la loi Clayes Léonetti = très bonne loi qui se suffit NON au suicide assisté !
- le travail d'équipe de validation de l'indication et de surveillance de la prescription reste difficile à organiser - pouvoir prescrire une molécule ne me semble pas devoir être résumé à l'écriture sur un bout de papier
- non, je n'en ai pas encore utilisé depuis mon installation, j'avais eu par le biais de Mathieu l'urgentiste à Valenciennes une fiche pratique sur l'utilisation du midazolam que j'avais utilisé quand j'en ai eu besoin
- Oui simplification de la délivrance, utilisation et l'accès au midazolam en pratique ambulatoire, sans recours aux HAD ou service support sauf en cas de besoins.
- Peu utilisé en pratique du fait de la délivrance hospitalière. Mais si disponible

en ambulatoire nécessité de se réformer à son utilisation pour l'utiliser

- Utile pour l'accompagnement au domicile des patients en fin de vie. Je n'ai pas trop d'intérêt à la pharmacologie et aux effets indésirables du produit
- Je ne l'utilise pas et je ne l'utiliserai jamais n'ayant pas la nécessité en raison de la had et d'une asso avec lesquelles je préfère passer la main.
- j'aimerais de meilleure connaissance à ce sujet, pour pouvoir ne pas avoir de retenue si une prescription était souhaitable pour un patient
- je passe par l'had dans les cas d'utilisation de midazolam en fin de vie car j'utilise en général la voie sous cutanée, en débit continu
- peu l'habitude de l'utiliser, je passe systématiquement par l'intermédiaire de médecins plus expérimentés (soins pall ou HAD)
- le pb en ambulatoire est la dispo des soignants et du matériel (PSE)
- son utilisation doit à mon avis rentrer dans le cadre de décisions pluriprofessionnelles, et spécialisée.
- pas facile quand le réseau HAD est mauvais. l'accès au midazolam et pousse seringue est encore compliqué
- Je ne connais pas assez cette molécule pour la prescrire, mais cela m'intéresse de la maîtriser
- peu pratique en MG avec nécessité titration et PSE, on peut gérer avec autres benzodiazépines
- Utilisation compliquée en libéral . Nécessite la présence continue d'un médecin ou infirmier.
- Si c'était plus maniable, ce serait beaucoup plus pratique pour les sédations à domicile.
- La prescription est possible mais la délivrance est toujours compliquée voire impossible
- nécessité d'une formation à l'utilisation de cette molécule si utilisable à domicile
- je souhaiterais pouvoir l'utiliser en pratique de ville pour les soins palliatifs

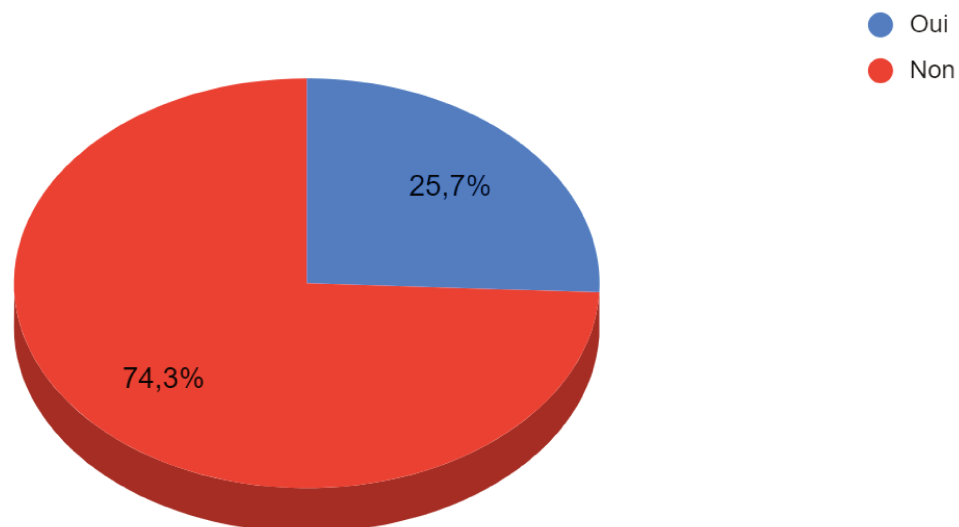
- Si nous étions libres de sa prescription en MG sans doute aurai je moins de lacunes
- la plus grosse difficulté ; se procurer une pompe SC et une IDE près à s'en servir
- Il serait urgent d'autoriser les mg à s'en servir lorsque la situation le justifie
- A QUAND LA KETAMINE PRESCRITE PAR CENTRE ANTIDOULEUR EN RAPPORT AVEC GENERALISTE
- Difficulté de contacter l'HAD pour la première prescription (WE etc...)
- Son utilisation me fait peur, j'ai peur de précipiter une fin certaine.
- La posologie est assez difficilement compréhensible dans le Vidal*
- Avoir une meilleure connaissance de l'indication en ambulatoire
- Je n'hésite pas à l'utiliser en concertation avec l'EMSP
- je suis plus familiarisé à l'usage de la morphine
- devrait faire l'objet d'une formation spécifique
- sous-utilisation par manque de formation
- midazolam utilisé dans le cadre de l'HAD
- nécessité d'être formé ou guidé par HAD
- Souvent associé avec morphine en sc
- Seringue électrique indispensable
- besoin d'une fiche facile d'accès
- AMELIORATION DE LA DISPONIBILITE
- J'aimerais savoir l'utiliser
- prescription exceptionnelle
- INDISPENSABLE mais encadré

- Meilleure formation à faire
- DIFFICULTE POUR L OBTENIR
- Mériterait une formation
- Trop peu de connaissance
- impossible à prescrire
- manque de formation
- je dois me former
- produit utile+++



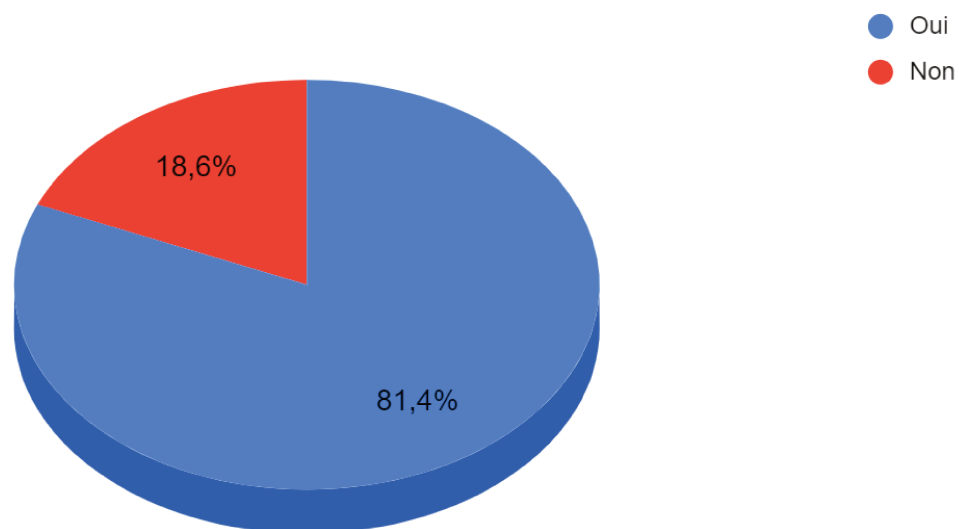
- Aucune : 159 réponses
- FMC : 27 réponses
- Stage/expérience en soins palliatifs : 10 réponses
- DU ou DIU : 9 réponses
- Diplôme d'urgentiste : 3 réponses
- Par l'équipe mobile de soins palliatifs : 3 réponses
- Stage/expérience en HAD : 2 réponses
- FST : 2 réponses
- Capacité gérontologie : 1 réponse
- DESC : 1 réponse

Question 29 : Vos connaissances sur le midazolam vous semblent elles suffisantes ?



- Non : 156 réponses
- Oui : 54 réponses

Question 30 : Seriez vous prêt à participer à une formation sur le midazolam ?



- Oui : 127 réponses
- Non : 29 réponses

Si non →

Question 31 : Pourquoi ?

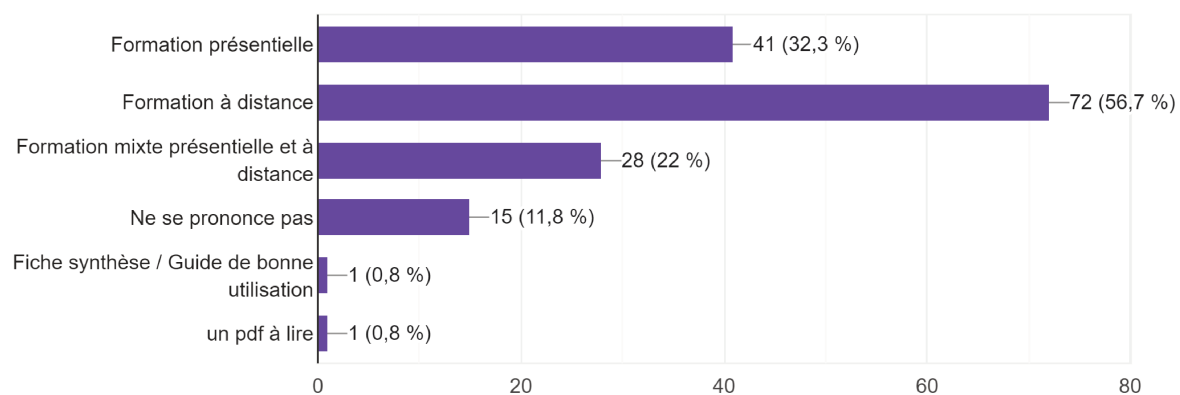
- je ne souhaite pas utiliser le produit.
- Parce que c'est à moi de faire ma recherche
- je prends ma retraite dans 3 mois
- Parce que je n'en ai pas assez souvent l'utilité. Je laisse ça à l'HAD qui en a la pratique
- Je ne serais pas à l'aise
- Peu de patient, utilisation par l'had
- temps - organisation - autre thérapeutique possible
- situations très rares dans ma pratique , et pour lesquelles je fais appel aux équipes spécialisées (soins palliatifs et HAD)
- pas d'utilisation en pratique
- prescription exceptionnelle, plutôt une fiche de synthèse
- Manque de temps
- je ne prendrai pas la décision sans concertation avec d'autres professionnels de santé
- SOUTIEN PAR HAD FACILE
- le MG a déjà suffisamment de choses à gérer. Gérer une fin de vie à domicile me semble au-delà de mes capacités !
- Pas de temps et possibilité de se former avec d'autre ressources
- Manque de temps - informations facilement trouvables en direct le jour où la question se posera (recos HAS, réseau soins palliatifs, médecin HAD..)

- je ne souhaite pas l'utiliser
- Peu de fin de vie , aucune gérée seule
- tant que des équipes HAD le font bien, je préfère me consacrer à des thématiques moins accessibles
- pas le temps, pas assez de patient concerné, relève du soin palliatif donc HAD tjs présente pour m' épauler
- J'ai de bons correspondants
- peu d'occasions d'en prescrire
- Manque de temps et mes patients en fin de vie sont pris en charge par had ou équipe soins pall
- pas le temps

Si oui →

Quel format souhaiteriez vous ? (plusieurs réponses possibles)

127 réponses

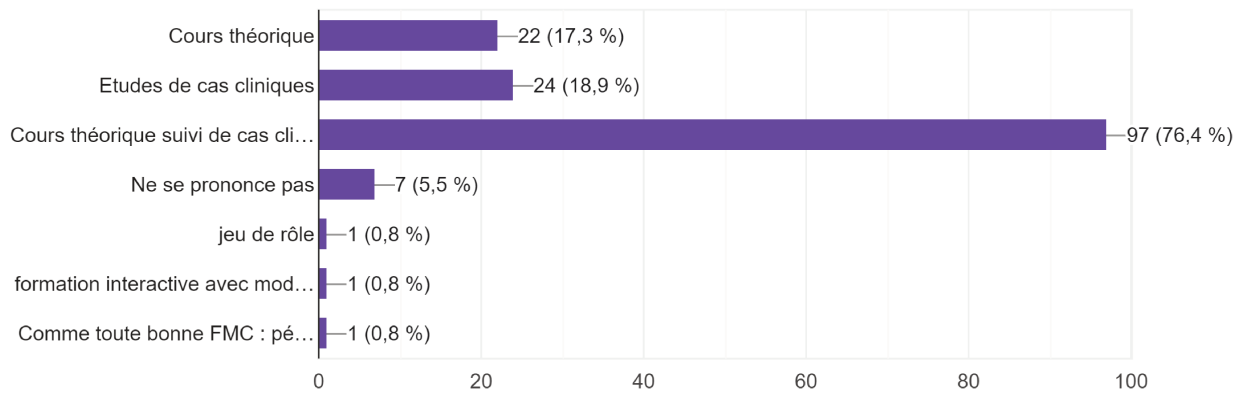


- Formation à distance : 72 réponses
- Formation présentielle : 41 réponses
- Formation mixte présentielle et à distance : 28 réponses
- Ne se prononce pas : 15 réponses
- Fiche synthèse / guide de bonne utilisation : 1 réponse

- Un pdf à lire : 1 réponse

Quel type de pédagogie ? (plusieurs réponses possibles)

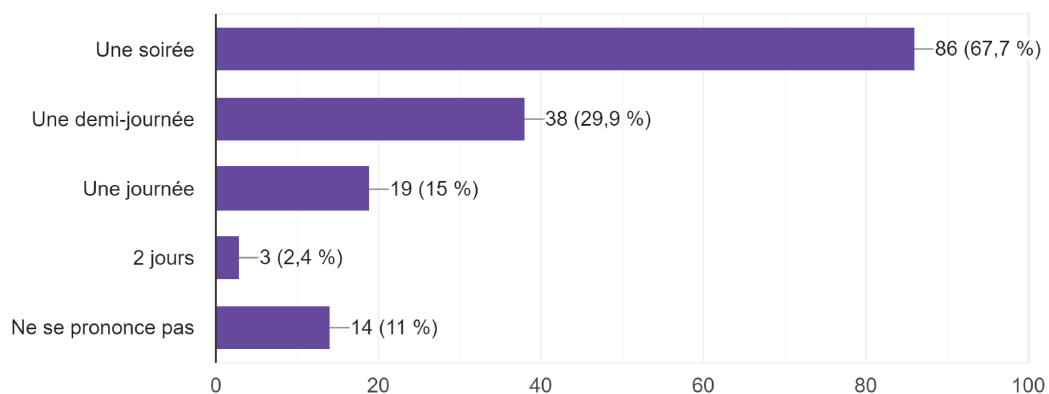
127 réponses



- Cours théorique suivi de cas cliniques : 97 réponses
- Etude de cas cliniques : 24 réponses
- Cours théorique : 22 réponses
- Ne se prononce pas : 7 réponses
- Jeu de rôle : 1 réponse
- Formation interactive avec modérateur médecin généraliste
- Comme toute bonne FMC : pédagogie par compétence et mise en situation

Quelle durée de formation ? (plusieurs réponses possibles)

127 réponses



- Une soirée : 86 réponses
- Une demi-journée : 38 réponses

- Une journée : 19 réponses
- 2 jours : 3 réponses
- Ne se prononce pas : 14 réponses

Question 35 : Quelles seraient vos attentes concernant cette formation ?

- que ce soit intéressant et interactif je pense
- Fiche pratique avec chiffrage des posologies et l'incrémentation
- Posologie, type de prescription, rapidité d'obtention du produit en pharmacie de ville
- information générale
- Pouvoir prescrire en toute sécurité (patient, responsabilité)
- Formation pour mise en pratique immédiate et succinct
- Conseils pratiques
- plus largement l'accompagnement du bout du bout de la fin de vie
- indications et posologie, cadre légal et modalités de prescriptions
- Utilisation pratique
- bien comprendre l'impact du midazolam sur l'organisme et ses complications possibles
- Connaître les réponses aux questions précédentes
- réadaptation des posologies
- très intéressée
- être plus à l'aise si un jour je devais avoir à utiliser le midazolam
- Prescription dosage
- Améliorer l'utilisation du midazolam pour les patient en SP.

- Améliorer mes connaissances médicales et savoir comment son utilisation peut être mise en pratique pour une généraliste de ville.
- Connaissances en pratique
- peut-on vraiment le prescrire en ambulatoire ?
- ETRE PRET LE JOUR J
- Savoir manipuler le produit, titration adaptation de dose
- réponses concrètes sur son utilisation
- cadre légal / AMM / effets indésirables
- meilleure connaissance pour une gestion plus aisée médicament
- reprendre point par point indications et dangers
- meilleure maîtrise du produit
- Savoir en faire la prescription dans les bonnes indications.
- Réviser posologies et délivrance (autorisation et ordonnance)
- Pouvoir l'utiliser en autonomie
- amélioration de la prise en charge palliative en toute fin de vie
- Indication, posologie, comment prescrire, quels professionnels interpeler pour entourer le patient, quelles démarches faire pour déclencher les soins palliatifs à domicile
- APPROFONDIR MES CONNAISSANCES POUR MIEUX SAVOIR L'UTILISER
- Apprentissage prescription et adaptation posologique du midazolam dans les conditions palliative au domicile + conseils pour les paramédicaux intervenants
- modalité de prescription (surtout les posologies lors de l'initiation du traitement)
- Savoir-faire et Savoir être dans ces situations
- Aide à la modulation de dose, indications d'utilisation

- Connaissances théoriques, comment l'utiliser en pratique
- la logistique et l'équipe
- comment l'administrer ? la titration?
- Revoir les posologies et modalités d'usage
- utilisation midazolam en soins palliatifs ou anxiolyse en HAD ou EHPAD + autres médicaments de soins palliatifs
- Des solutions concrètes pour les fins de vie à domicile plutôt que du "bricolage"
- usage plus fréquent et serein
- pouvoir m'en servir pour les accompagnements de fin de vie ne nécessitant pas le HAD
- Mieux manier et appréhender les posologies / l'introduction du traitement
- utilité pratique de prescription
- Utilisation pratique du midazolam
- usage en pratique
- prescription ,adaptation des doses, cadre légal
- prescription pratique pour instauration / protocoles
- tout apprendre
- Quand choisir sédation (bon moment) bénéficie éthique ? Gestion de la douleur très importante pour la clé d'une sédation efficace.
- Indications, prescriptions, cadre législatif, mise en place en pratique (coopération avec infirmières, surveillance ...)
- Utilisation à bon escient du midazolam
- Aspect pratique, cadre légal ; évolutions
- Indication, posologie, surveillance

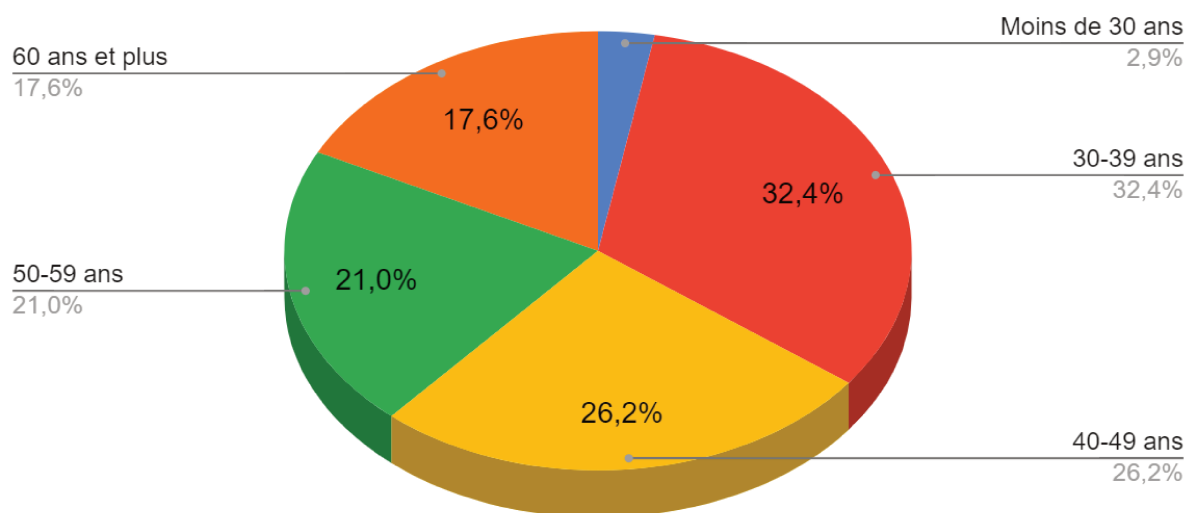
- modalités de prescription en ambulatoire et d'utilisation
- apprendre à l'initier et le modifier seule
- gestion pratique des situations palliatives / maintien à domicile difficile : quelles possibilités thérapeutiques ?
- du pratique
- un pdf facilement trouvable en ligne
- bien adaptée à la pratique en médecine générale
- Échanges et compréhension de l'utilisation pour la fin de vie
- Améliorer mes connaissances pour une prescription adaptée
- Modalités pratique de prescription et indications de prescription + rappel cadre légal des soins palliatifs...
- Explication des posologies d'utilisation claire et précise.

Question 36 : Avez-vous des remarques supplémentaires à formuler au sujet de l'information et/ou de la formation sur le midazolam ?

- informer plus ++++ les méd gé ; mettre à disposition des fiches pratico pratiques et/ou plateforme de conseils à la demande pour les MG pour utilisation du midazolam et morphine en PCA SC à domicile
- combiner information des IDE libérales
- Insuffisante pour les Med Ge qui n'ont pas mon parcours
- Il y a des compétences plus utiles au médecin généraliste. Coordonner les soins avec l'HAD en est une.
- Manque de formation concrète

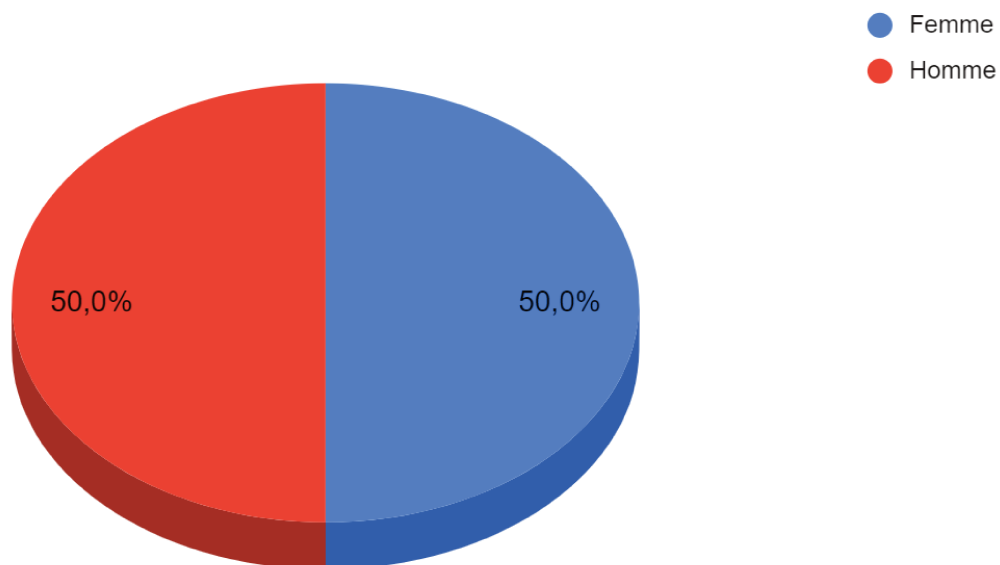
- Insuffisante! Produit méconnu et pas assez utilisé par mes confrères libéraux qui se limitent souvent à des patch de Durogésic en situation palliative....
- A quoi ça sert? Je ne trouve pas forcément toujours pertinent de transporter l'hôpital au domicile des patients.
- Il faut plus de médecins formés aux soins pal+++
- Information peu disponible. Elle serait la bienvenue.
- oui besoin d'avoir formation soit Du ou formation par FMC ou autre sur utilisation midazolam selon utilisation, besoin si sédation profonde de matériel adéquat (pousse seringue électrique, pompe..) utilité travail en réseau HAD ou soins palliatifs
- j'avais vu passer l'information, juste avant le covid, que les médecins généralistes pouvaient le prescrire. Mais j'ai reçu une contre information ensuite, je pensais donc qu'on ne pouvait toujours pas le prescrire hors HAD
- Je pense que le MG ne peut ni ne doit tout faire, et qu'on ne fait bien que ce qu'on fait bcp. Faire un accompagnement de fin de vie par an ne permet pas d'être suffisamment à l'aise avec les procédures et une quelconque formation n'y changera rien si on ne pratique pas derrière.
- C'est bien dommage d'être aussi en retard sur son utilisation en ville. Pourquoi n'avons nous pas les mêmes droits (et devoirs) que les hospitaliers ?

Question 37 : Quel âge avez-vous ?



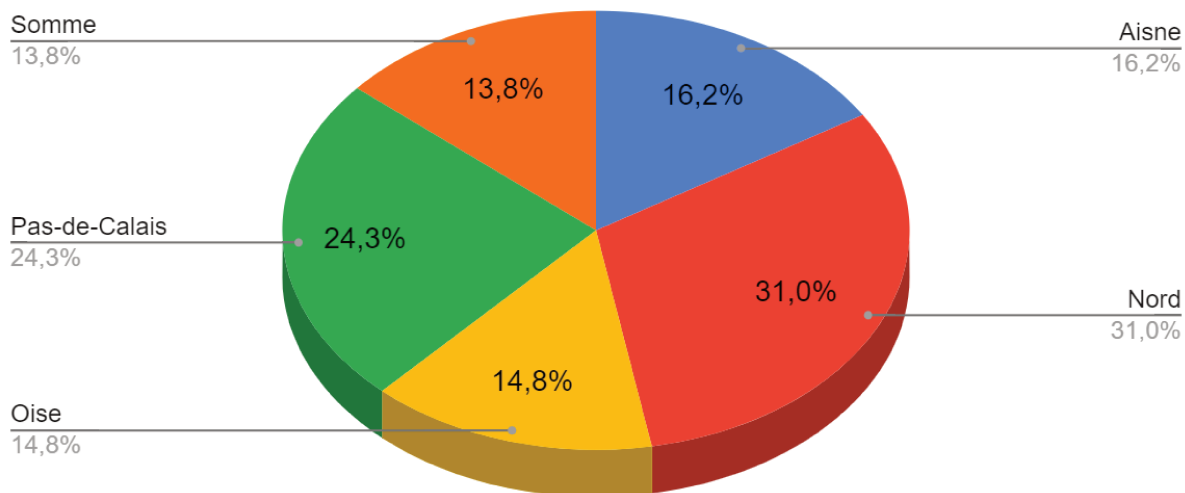
- 30-39 ans : 68 réponses
- 40-49 ans : 55 réponses
- 50-59 ans : 44 réponses
- 60 ans et plus : 37 réponses
- Moins de 30 ans : 6 réponses

Question 38 : Etes-vous ?



- Femme : 105 réponses
- Homme : 105 réponses

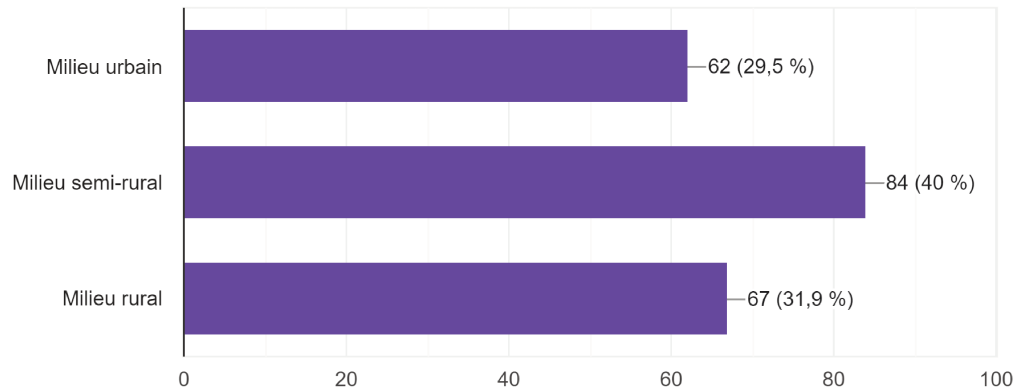
Question 39 : Dans quel département pratiquez vous ?



- Nord : 65 réponses
- Pas-de-Calais : 51 réponses
- Aisne : 34 réponses
- Oise : 31 réponses
- Somme : 29 réponses

Quel est votre lieu d'exercice ? (plusieurs réponses possibles)

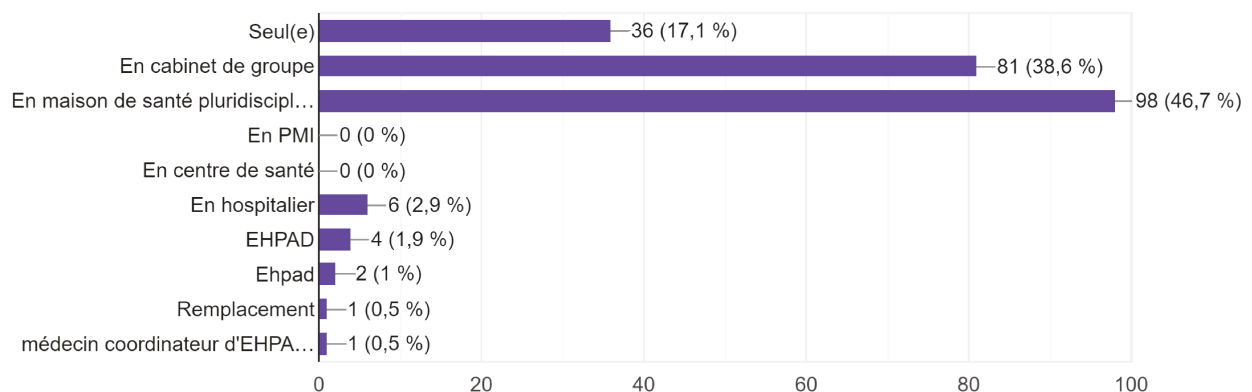
210 réponses



- Milieu semi-rural : 84 réponses
- Milieu rural : 67 réponses
- Milieu urbain : 62 réponses

Quel est votre mode d'exercice ? (plusieurs réponses possibles si exercices multiples)

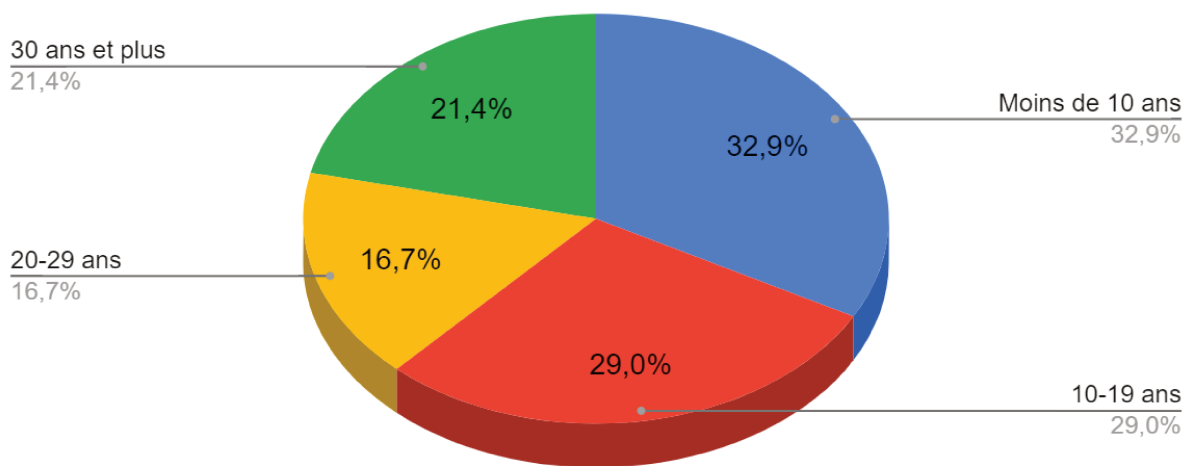
210 réponses



- En maison de santé pluridisciplinaire : 98 réponses
- En cabinet de groupe : 81 réponses

- Seul(e) : 36 réponses
- Activité hospitalière partielle : 6 réponses
- En EHPAD : 7 réponses
- Activité de remplaçant : 1 réponse
- En PMI : 0 réponse
- En centre de santé : 0 réponse

Question 42 : Depuis combien d'années exercez vous la médecine générale ?



- Moins de 10 ans : 69 réponses
- 10-19 ans : 61 réponses
- 30 ans et plus : 45 réponses
- 20-29 ans : 35 réponses

Utilisation du midazolam chez les patients en situation palliative au domicile : état des lieux des connaissances et des pratiques des médecins généralistes des Hauts-de-France.

Résumé :

Introduction : La possibilité de prescription du midazolam en ville pour les patients en situation palliative est effective depuis le 1^{er} mars 2022. Un an et demi après cette évolution, il n'existe aucune donnée sur l'utilisation du midazolam par les médecins généralistes depuis sa mise à disposition en ambulatoire.

Objectif : Principal : Evaluer les connaissances et les pratiques des médecins généralistes des Hauts-de-France sur l'utilisation du midazolam chez les patients en situation palliative au domicile. Secondaire : Déterminer les besoins et les modalités de formation sur le midazolam pour les praticiens.

Méthode : Il s'agit d'une étude quantitative observationnelle par questionnaire en ligne anonyme envoyé par courriel aux médecins généralistes des Hauts-de-France, réalisée sur une période de 2 mois entre septembre et novembre 2023.

Résultats : Les médecins généralistes connaissent en grande majorité la possibilité de prescription ambulatoire du midazolam, mais à peine plus de la moitié d'entre eux ont déjà prescrit du midazolam et seulement 1/4 d'entre eux environ ont déjà initié une prescription de midazolam. Une bonne majorité des praticiens ont pris en charge seulement entre 0 et 2 patients avec du midazolam dans les 12 derniers mois. Les 3 principales raisons invoquées par les médecins généralistes n'ayant jamais prescrit de midazolam sont en premier lieu le choix préférentiel de laisser la main à des équipes spécialisées mieux formées à la manipulation du midazolam (HAD, équipe mobile de soins palliatifs), en deuxième le manque de formation sur le midazolam et en troisième le manque d'opportunité d'utiliser le midazolam en pratique. Une majorité des médecins interrogés estiment leurs connaissances sur le midazolam insuffisantes et sont prêts à participer à une formation de courte durée et adaptée à la pratique ambulatoire.

Conclusion : L'usage du midazolam reste d'une relative rareté dans la pratique des médecins généralistes qui font appel le plus souvent aux équipes spécialisées en soins palliatifs, soit pour laisser la main à ces équipes soit pour bénéficier de leur expertise dans l'utilisation du midazolam. Le manque de connaissances sur le midazolam constitue un frein à son utilisation et cette étude permet de déterminer les modalités d'une formation adaptée aux médecins généralistes.

Mots-clés : Médecine palliative, médecine générale, midazolam, domicile

AUTEUR : Nom : MESSEANT

Prénom : Hubert

Date de soutenance : 14/03/2024

Titre de la thèse : Utilisation du midazolam chez les patients en situation palliative au domicile : état des lieux des connaissances et des pratiques des médecins généralistes des Hauts-de-France.

Thèse - Médecine - Lille « 2024 »

Cadre de classement : *Médecine générale*

DES + FST/option : *Médecine générale*

Mots-clés : Médecine palliative, médecine générale, midazolam, domicile

Résumé :

Introduction : La possibilité de prescription du midazolam en ville pour les patients en situation palliative est effective depuis le 1^{er} mars 2022. Un an et demi après cette évolution, il n'existe aucune donnée sur l'utilisation du midazolam par les médecins généralistes depuis sa mise à disposition en ambulatoire.

Objectif : Principal : Evaluer les connaissances et les pratiques des médecins généralistes des Hauts-de-France sur l'utilisation du midazolam chez les patients en situation palliative au domicile. Secondaire : Déterminer les besoins et les modalités de formation sur le midazolam pour les praticiens.

Méthode : Il s'agit d'une étude quantitative observationnelle par questionnaire en ligne anonyme envoyé par courriel aux médecins généralistes des Hauts-de-France, réalisée sur une période de 2 mois entre septembre et novembre 2023.

Résultats : Les médecins généralistes connaissent en grande majorité la possibilité de prescription ambulatoire du midazolam, mais à peine plus de la moitié d'entre eux ont déjà prescrit du midazolam et seulement 1/4 d'entre eux environ ont déjà initié une prescription de midazolam. Une bonne majorité des praticiens ont pris en charge seulement entre 0 et 2 patients avec du midazolam dans les 12 derniers mois. Une majorité des médecins interrogés estiment leurs connaissances sur le midazolam insuffisantes et sont prêts à participer à une formation de courte durée et adaptée à la pratique ambulatoire.

Conclusion : L'usage du midazolam reste d'une relative rareté dans la pratique des médecins généralistes qui font appel le plus souvent aux équipes spécialisées en soins palliatifs. Le manque de connaissances sur le midazolam constitue un frein à son utilisation et cette étude permet de déterminer les modalités d'une formation adaptée aux médecins généralistes.

Composition du Jury :

Président : Pr Arnaud SCHERPEREEL

Assesseurs : Dr Sabine BAYEN

Directeur de thèse : Dr Licia TOUZET