

Profil d'utilisation du midazolam chez les patients décédés en HAD oncologique

Dr JAVELOT Carole
Centre Léon Bérard, Lyon
Carole.javelot@lyon.unicancer.fr

Introduction

- Assimilation du Midazolam aux pratiques sédatives ? Représentations confuses personnelles et collectives
- Débat autour de son introduction en officine de ville
- Souhait développement de l'accompagnement palliatif terminal à domicile notamment avec le recours des HAD

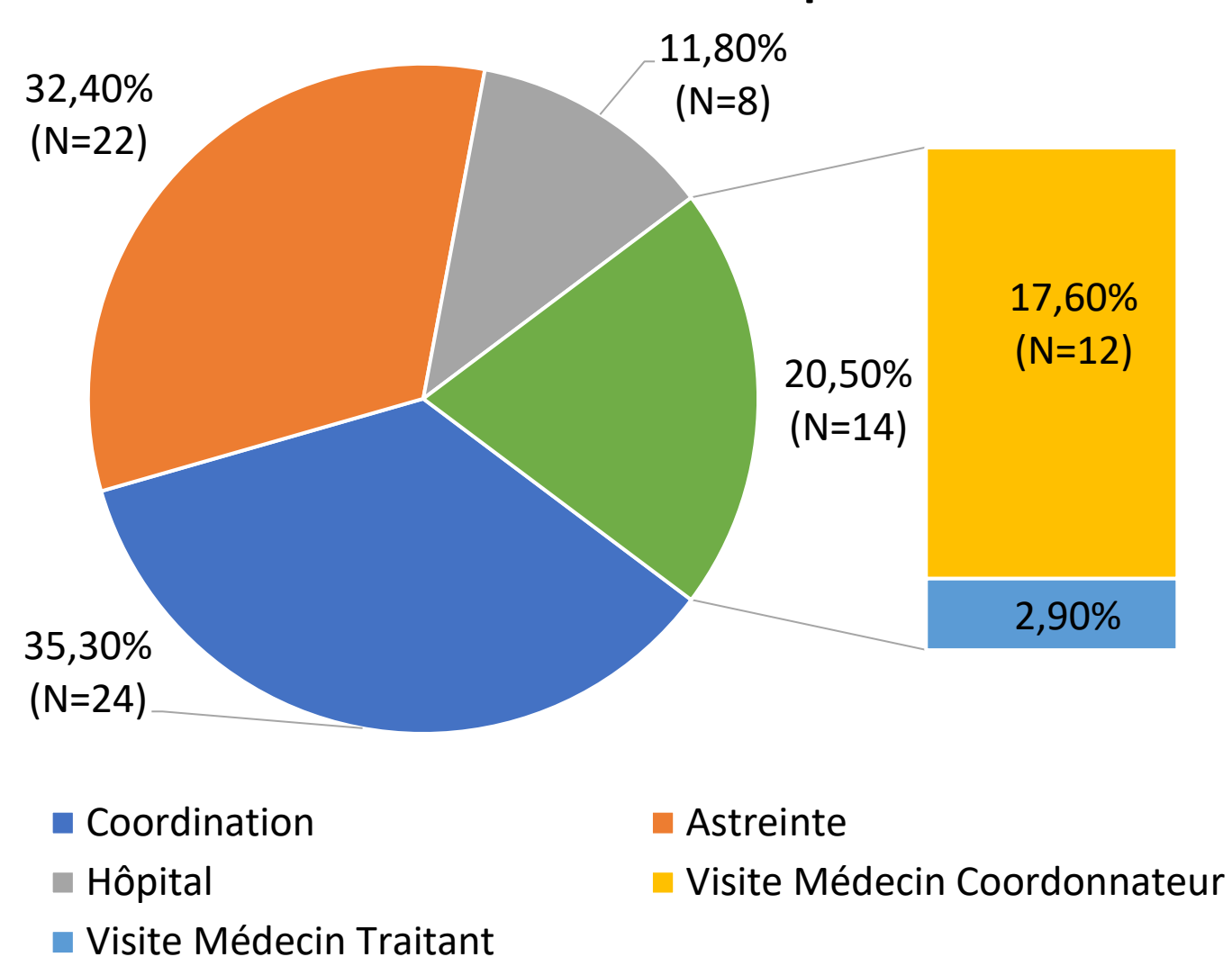
Matériel et Méthode

- Objectif** : analyser le profil d'utilisation du midazolam chez les patients décédés dans le cadre de l'hospitalisation à domicile intra-hospitalière du Centre Léon Bérard
- Etude transversale descriptive, rétrospective et monocentrique
- Population : patients décédés sur une période de 6 mois sur leur lieu de domiciliation dans le cadre de l'HAD
- Analyse descriptive de 8 variables

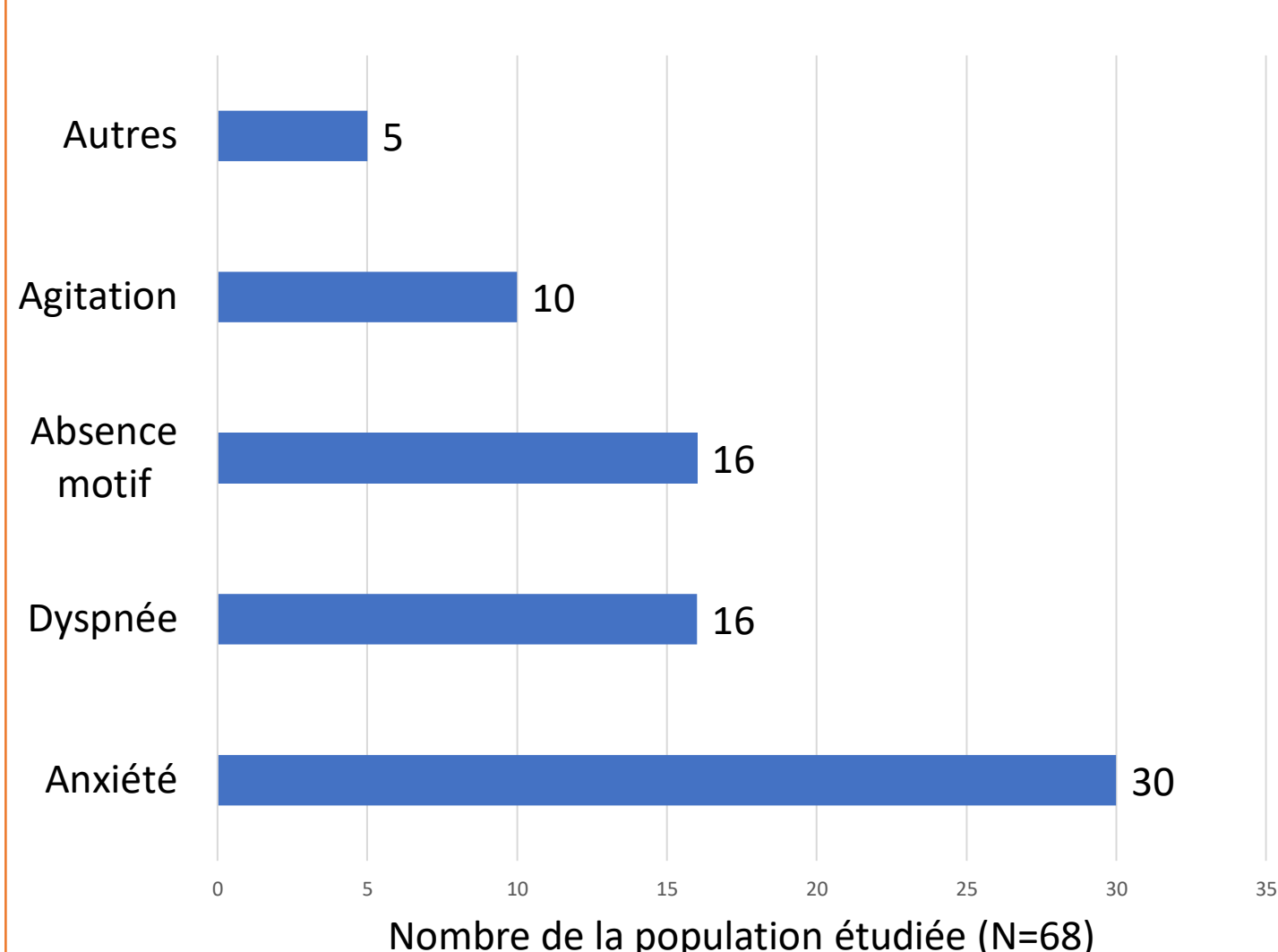
Résultats

- 154** patients décédés à domicile sur période de 6 mois dont **68** patients avec prescription de Midazolam soit **44,2%**
- Utilisation **intraveineuse** pour 64 patients soit 94,10%
- Temps moyen d'utilisation : **3,9 jours +/- 6,1 jours [qqq heures à 35 jours]; temps médian 48H.**
- Absence de traçabilité d'utilisation dans le dossier informatisé dans 23 cas soit 33,80%
- Absence de traçabilité d'information patient/famille dans 30 cas soit 44,10%
- En réserve au domicile dans 36 cas soit 52,9%

Contexte de mise en place



Motifs



Pompe PCA de midazolam dans **95,6%** des cas

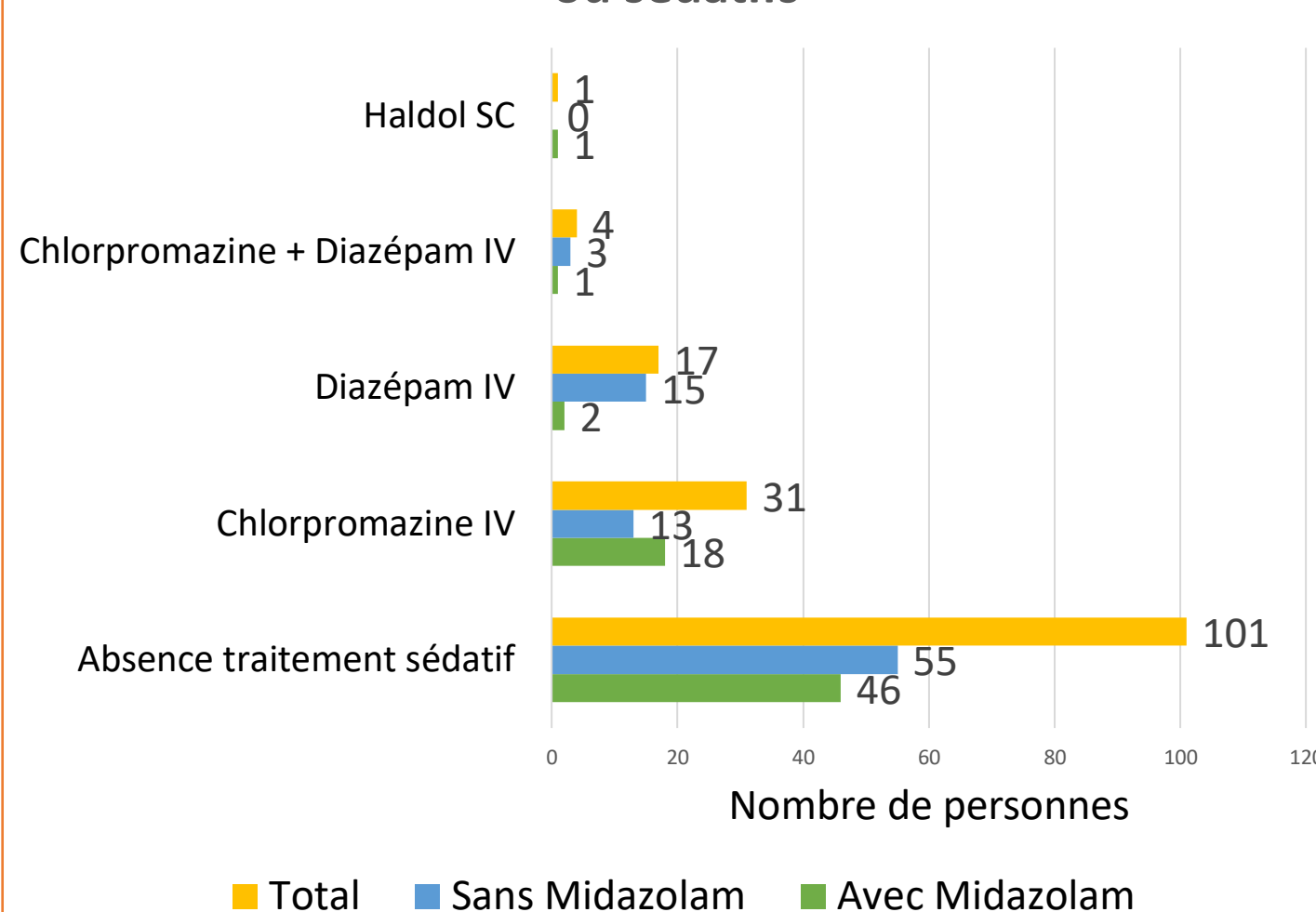
Dose introductive moyenne **11,5 mg/24H ± 6,6mg/24H**

Dose finale moyenne **22 mg/24H ± 17,6mg/24H**

Différentiel médian **0 mg/24H**

Chez 10 patients (15,9%) le Midazolam introduit sur double débit jour/nuit.

Association autres traitements anxiolytiques ou sédatifs



Discussion

- Midazolam Par qui ?**
 - Pratique hospitalière
 - Quel souhait d'implication des médecins traitants ?
 - Méconnaissance de l'HAD et des Soins Palliatifs
 - Difficultés organisationnelles, pratiques et complexité des prises en charges
- Midazolam Pourquoi ?**
 - Motifs et intentionnalités ? Sédations non dites ?
 - Continuum voire confusion Anxiolyse/Sédation
 - Démarche thérapeutique par pallier pour l'anxiolyse
 - Dyspnée : double thérapie
- Midazolam Comment ?**
 - Le plus souvent seul, sinon bithérapie neuroleptique
 - Doses compatibles avec doses anxiolytiques
 - Limite de l'évaluation à domicile et de l'utilisation par patient/entourage
 - Pas de titration
 - Temps comparable aux pratiques sédatives du domicile

Conclusion

- Même si confusion anxiolyse/sédation => tendance plutôt à l'anxiolyse
- Dé dramatisation autour du Midazolam
- Favoriser formation et partenariat entre SP/HAD/Médecin généraliste
- Modèle de l'HAD oncologique du CLB en partenariat avec le DISSPO