



Année 2016/2017

N°

Thèse

Pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État

par

Débora SOLBIAC

Née le 04 septembre 1988 à Le Lamentin (972)

TITRE

Les représentations des médecins dans le département d'Eure-et-Loir sur
l'utilisation de la morphine et de l'hypnovel dans la fin de vie

Présentée et soutenue publiquement le 30 octobre 2017 devant un jury composé
de :

Président du Jury : Professeur Patrice DIOT, Pneumologie, Faculté de Médecine- Tours

Membres du Jury :

Professeur Annabel MARUANI, Dermatologie-vénérologie, Faculté de médecine – Tours

Professeur Vincent CAMUS, Psychiatrie d'adultes, Faculté de Médecine – Tours

Docteur Stéphanie DOKITCH, Médecine générale, Neauphle-Le-Chateau

Résumé :

La fin de vie est un sujet délicat qui touche aussi bien le corps médical, le malade que son entourage, et qui interroge chacun dans ses valeurs, ses croyances, ses représentations, son rapport à la souffrance et à la mort. Nous avons constaté que la souffrance en fin de vie regroupe plusieurs composantes, on parle alors de souffrance totale. Bien que la réponse à cette souffrance soit globale et pluridisciplinaire, il existe des thérapeutiques permettant de répondre aux douleurs physique et morale. Il s'agit respectivement de la morphine et de l'hypnovel. Cependant, les mythes et les croyances les concernant ont créé des représentations chez les médecins. Ce qui expliquerait probablement pourquoi leur utilisation fait l'objet de nombreuses réserves dans les situations de fin de vie en Eure-et-Loir. A partir d'une étude semi-quantitative, nous avons tenté de répondre à la question : Quelles sont les représentations des médecins dans le département d'Eure-et-loir concernant l'usage de la morphine et de l'hypnovel chez les patients en fin vie ? Notre population se constituait exclusivement de médecins généralistes libéraux et de médecins hospitaliers. Nous avons sélectionnés les médecins libéraux en leur adressant un courrier postal et les hospitaliers en leur remettant un questionnaire en main propre. Les données récoltées résultaient d'un questionnaire, composé de questions fermées et d'une question ouverte, que nous avons préalablement conçu. Au total, 64 réponses ont été recueillies. Les résultats révèlent qu'il existe encore des confusions entre les soins de confort et l'euthanasie. Afin d'améliorer la prise en charge de la souffrance en fin de vie et corriger les représentations erronées, les médecins ont besoin de se former davantage à la culture palliative.

Les mots clés : fin de vie, souffrance globale, morphine, hypnovel, représentations, mythes, croyances, soins palliatifs, formation, culture palliative.

Title :

The representations of the doctors in the department of Eure-et-Loir on the use of morphine and hypnovel in the end of life.

Summary :

The end of life is a delicate subject which touches the medical community as well, the patient that his entourage. And which joined each one in its values, its beliefs, its representations, his report with the suffering and death. We noted that the suffering at the end of the life regroups several elements one speaks about total pain. Although the answer to this total pain is multi-field, there is therapeutics allowing to answer the physical and moral pain. It's respectively morphine and hypnovel. However, myths and beliefs concerning them created representations within the doctors. What would probably explain why their use been the object of many reserves in the situations of end-of-life. From a semi-quantitative study, we tried to answer the question: What are the representations of the doctors in the department of Eure-et-Loir compared to the use of morphine and hypnovel in the end of life? Our population was exclusively constituted liberal general practitioners and hospital doctors practicing in Eure- et-Loir during year 2016. We chose the liberal doctors by addressing them a mail and the hospital by delaying them a questionnaire in person. The collected data resulted from a questionnaire that we conceived beforehand. It begins with closed questions and was completed by an open-ended question. On the whole, 64 answers were collected. The results reveal that there still exist confusion between care of comfort and euthanasia. To improve the taking care of suffering at the end of life and to correct the misrepresentations, they need to form more in palliative culture.

Key words: end of life, total pain, morphine, hypnovel, representations, myths, beliefs, palliative care.

UNIVERSITE FRANCOIS RABELAIS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN
Pr. Patrice DIOT

VICE-DOYEN
Pr. Henri MARRET

ASSESEURS
Pr. Denis ANGOULVANT, Pédagogie
Pr. Mathias BUCHLER, *Relations internationales*
Pr. Hubert LARDY, *Moyens – relations avec l'Université*
Pr. Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ, *Médecine générale*
Pr. François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*
Pr. Patrick VOURC'H, *Recherche*

SECRETAIRE GENERALE
Mme Fanny BOBLETER

DOYENS HONORAIRES
Pr. Emile ARON (†) – 1962-1966
Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962
Pr. Georges DESBUQUOIS (†)- 1966-1972
Pr. André GOUAZE - 1972-1994
Pr. Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004
Pr. Dominique PERROTIN – 2004-2014

PROFESSEURS EMERITES
Pr. Catherine BARTHELEMY
Pr. Philippe BOUGNOUX
Pr. Etienne DANQUECHIN-DORVAL
Pr. Loïc DE LA LANDE DE CALAN
Pr. Noël HUTEN Pr. Olivier LE FLOCH
Pr. Yvon LEBRANCHU
Pr. Elisabeth LECA
Pr. Gérard LORETTE
Pr. Roland QUENTIN
Pr. Alain ROBIER

PROFESSEURS HONORAIRES
P. ANTHONIOZ – A. AUDURIER – A. AUTRET – P. BAGROS – G. BALLON – P. BARDOS – J.L. BAULIEU – C. BERGER – JC. BESNARD – P. BEUTTER – P. BONNET – M. BROCHIER – P. BURDIN – L. CASTELLANI – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – A. GOUAZE – J.L. GUILMOT – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – J. LANSAC – Y. LANSON – J. LAUGIER – P. LECOMTE – G. LELORD – E. LEMARIE – G. LEROY – Y. LHUINTE – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAINÉ – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – L. POURCELOT – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – M. ROBERT – J.C. ROLLAND – A. SAINDELLE – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – B. TOUMIEUX – J. WEIL
Faculté de Médecine-10,boulevard Tonnellé-BP 3223-37032ToursCedex1-Tél : 02.47.36.66.00- www.med.univ-tours.fr

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

ALISON Daniel	Radiologie et imagerie médicale
ANDRES Christian.....	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis.....	Cardiologie
ANGOULVANT Théodora.....	Pharmacologie clinique
ARBEILLE Philippe.....	Biophysique et médecine nucléaire
AUPART Michel.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BABUTY Dominique	Cardiologie
BALLON Nicolas.....	Psychiatrie ; addictologie
BARILLOT Isabelle	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe.....	Immunologie
BERNARD Louis	Maladies infectieuses et maladies tropicales
BODY Gilles.....	Gynécologie et obstétrique
BONNARD Christian.....	Chirurgie infantile
BONNET-BRILHAULT Frédérique	Physiologie
BRILHAULT Jean	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNEREAU Laurent	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck	Urologie
BUCHLER Matthias	Néphrologie
CALAIS Gilles	Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent.....	Psychiatrie d'adultes
CHANDENIER Jacques.....	Parasitologie, mycologie
CHANTEPIE Alain	Pédiatrie
COLOMBAT Philippe.....	Hématologie, transfusion
CONSTANS Thierry.....	Médecine interne, gériatrie
CORCIA Philippe	Neurologie
COSNAY Pierre	Cardiologie
COTTIER Jean-Philippe	Radiologie et imagerie médicale
COUET Charles.....	Nutrition
DE TOFFOL Bertrand.....	Neurologie
DEQUIN Pierre-François	Thérapeutique
DESTRIEUX Christophe.....	Anatomie
DIOT Patrice	Pneumologie
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
DUMONT Pascal	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
EL HAGE Wissam	Psychiatrie adultes
EHRMANN Stephan	Réanimation
FAUCHIER Laurent	Cardiologie
FAVARD Luc	Chirurgie orthopédique et traumatologique
FOUQUET Bernard	Médecine physique et de réadaptation
FRANCOIS Patrick	Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle	Anatomie & cytologie pathologiques
GOGA Dominique.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
GOUDEAU Alain.....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe	Rhumatologie
GRUEL Yves	Hématologie, transfusion
GUERIF Fabrice	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUYETANT Serge.....	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel	Hématologie, transfusion
HAILLOT Olivier.....	Urologie
HALIMI Jean-Michel	Thérapeutique
HANKARD Régis	Pédiatrie
HERAULT Olivier.....	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis	Radiologie et imagerie médicale
LABARTHE François	Pédiatrie

Faculté de Médecine-10, boulevard Tonnelé-BP 3223-37032ToursCedex1-Tél : 02.47.36.66.00- www.med.univ-tours.fr

LAFFON Marc.....	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
LARDY Hubert	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique	Bactériologie-virologie
LAURE Boris.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECOMTE Thierry	Gastroentérologie, hépatologie
LESCANNE Emmanuel	Oto-rhino-laryngologie
LINASSIER Claude.....	Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent	Dermato-vénérologie
MAILLOT François.....	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain.....	Pneumologie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

LEBEAU Jean-Pierre
LEHR-DRYLEWICZ Anne-Marie

PROFESSEURS ASSOCIES

MALLET Donatien

Soins palliatifs

POTIER Alain

Médecine Générale

ROBERT Jean

Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

BAKHOS David.....	Physiologie
BARBIER Louise	Chirurgie digestive
BERNARD-BRUNET Anne.....	Cardiologie
BERTRAND Philippe	Biostatistiques, informatique médical et technologies de communication
BLANCHARD Emmanuelle	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène.....	Biochimie et biologie moléculaire
CAILLE Agnès	Biostatistiques, informatique médical et technologies de communication
DESOUBEUX Guillaume.....	Parasitologie et mycologie
DOMELIER Anne-Sophie	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane.....	Biophysique et médecine nucléaire
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie.....	Anatomie et cytologie pathologiques
GATAULT Philippe	Néphrologie
GAUDY-GRAFFIN Catherine	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUILLEUX Valérie	Immunologie
GUILLON Antoine.....	Réanimation
GUILLON-GRAMMATICO Leslie.....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
HOARAU Cyrille	Immunologie
HOURIOUX Christophe	Biologie cellulaire
IVANES Fabrice.....	Physiologie
LE GUELLEC Chantal	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
MACHET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques
PIVER Éric.....	Biochimie et biologie moléculaire
ROUMY Jérôme	Biophysique et médecine nucléaire
PLANTIER Laurent	Physiologie
SAMIMI Mahtab	Dermatologie-vénérologie

TERNANT David.....Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
ZEMMOURA Ilyess.....Neurochirurgie

MAITRES DE CONFERENCES

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia.....Neurosciences
DIBAO-DINA Clarisse.....Médecine Générale
LEMOINE Maël.....Philosophie
MONJAUZE CécileSciences du langage - orthophonie
PATIENT RomualdBiologie cellulaire
RENOUX-JACQUET CécileMédecine Générale

CHERCHEURS INSERM – CNRS - INRA

BOUAKAZ Ayache.....Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
CHALON SylvieDirecteur de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
COURTY Yves.....Chargé de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
DE ROCQUIGNY HuguesChargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 966
ESCOFFRE Jean-Michel.....Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
GILOT PhilippeChargé de Recherche INRA – UMR INRA 1282
GUILLEUX FabriceDirecteur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7292
GOMOT MarieChargée de Recherche INSERM–UMR INSERM930
HEUZE-VOURCH Nathalie.....Chargée de Recherche INSERM–UMR INSERM 1100
KORKMAZ Brice.....Chargé de Recherche INSERM –UMR INSERM 1100
LAUMONNIER Frédéric.....Chargé de Recherche INSERM - UMR INSERM 930
LE PAPE Alain.....Directeur de Recherche CNRS – UMR INSERM1100
MAZURIER Frédéric.....Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS7292
MEUNIER Jean-Christophe.....Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 966
PAGET ChristopheChargé de Recherche INSERM–UMR INSERM 1100
RAOUL William.....Chargé de Recherche INSERM – UMR CNRS 7292
SI TAHAR MustaphaDirecteur de Recherche INSERM–UMR INSERM 1100
WARDAK Claire.....Chargée de Recherche INSERM–UMR INSERM 930

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'Ecole d'Orthophonie

DELORE ClaireOrthophoniste
GOUIN Jean-MariePraticien Hospitalier
MONDON KarlPraticien Hospitalier
PERRIER Danièle.....Orthophoniste

Pour l'Ecole d'Orthoptie

LALA EmmanuellePraticien Hospitalier
MAJZOUB SamuelPraticien Hospitalier

Pour l'Ethique Médicale

BIRMELE Béatrice.....Praticien Hospitalier

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté,
de mes chers condisciples et selon la tradition d'Hippocrate,
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux
ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira
les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas
à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres,
je rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime
si je suis fidèle à mes promesses.
Que je sois couvert d'opprobre
et méprisé de mes confrères
si j'y manque.

Remerciements aux enseignants :

A Monsieur le professeur Patrice Diot,

Vous nous faites l'honneur de présider notre jury de thèse de Médecine Générale.

Vous avez spontanément accepté de juger notre travail. Veuillez trouver dans ce travail, l'expression de notre profond respect et de notre reconnaissance.

A Madame le professeur Annabel Maruani,

Nous vous remercions pour l'intérêt que vous avez immédiatement porté à notre sujet. Vous nous faites l'honneur de juger notre travail, veuillez en accepter toute notre gratitude.

A Monsieur le professeur Vincent Camus,

Vous nous faites l'honneur de juger notre travail. Veuillez trouver ici l'expression de nos sincères remerciements.

A ma directrice de thèse, Madame le Docteur Stéphanie Dokitch,

Vous avez spontanément accepté de diriger ce travail.

Merci pour le temps que vous m'avez accordé, malgré votre planning plus que chargé. Je vous adresse aussi toute ma gratitude pour votre disponibilité, vos précieux conseils et surtout votre constante bonne humeur, malgré les nombreuses relectures, y compris pendant vos vacances... Sans votre soutien rien n'aurait été possible.

Ce fut pour moi un honneur et un réel plaisir de travailler à vos côtés.

Remerciements :

Aux équipes médicales et paramédicales des services de médecine polyvalente du CH de Dreux et des urgences pédiatriques du CH de Chartres.

Un petit clin d'œil à Sandrine, Justine, Jeanine, Pierre, aux Dr Jorge Miranda, Stéphanie Dokitch, Agnès Carnet et Francine Greneville ainsi qu'à toute l'équipe de soins palliatifs de Houdan. Merci pour ces instants d'émotions ; je vous en serai toujours reconnaissante.

Une pensée particulière pour toute l'équipe des urgences de l'hôpital de Dreux. L'aventure a commencé avec vous. A vos côtés, j'ai compris l'importance du travail pluridisciplinaire et la valeur du travail en équipe. Ces années parmi vous sont remplies de souvenirs inoubliables.

A mes professeurs et maitres de stage, merci pour vos conseils, votre bienveillance et votre implication dans mon apprentissage. Vous m'avez permis de prendre confiance en moi et de comprendre à quel point j'aime mon métier.

À tous les médecins qui ont permis la réalisation de ce travail. Merci pour le partage de vos expériences et de vos pensées, votre disponibilité, et vos encouragements.

A Chantal et Léonel, mes parents, merci pour votre soutien tout au long des ces années. Votre amour, vos encouragements et conseils m'ont permis d'arriver ou j'en suis. Je vous en serai toujours reconnaissante. Je vous aime.

A Doris, ma petite sœur, merci pour les fous-rires, l'écoute, le soutien inconditionnel et la complicité.

A tatie Juliette. Merci pour tes prières, ta positive attitude et tes précieux conseils.

A Kim, Charlotte, Anita, Francesca et Anastasia ; merci pour votre amitié sans faille malgré les années qui défilent. Vous m'avez soutenu, supporté et encouragé particulièrement dans les moments de rédaction qui n'ont pas toujours été des plus agréables.

A la famille Nancey-Valadares, les mots ne seront jamais assez forts pour exprimer mon amour, ma joie et ma gratitude. Je vous remercie du fond du cœur pour votre bienveillance.

A Noémie, mon signe opposé et sœur de cœur, je ne t'oublie pas ; merci à toi.

Merci à tous ceux que je n'ai pas cité et qui ont croisé ma route pendant ces années.

And last but not least, merci Seigneur de m'avoir donné le courage, la force et la patience pour dépasser toutes les difficultés rencontrées lors de la réalisation de ce travail.

Table des matières

<u>INTRODUCTION</u>	14
<u>MATERIEL ET METHODE</u>	18
I MATERIEL	19
1/ population cible.....	19
a) Les critères d'inclusion.....	19
b) les critères de non-inclusion.....	19
2/ le questionnaire.....	19
II METHODE	20
1/ choix de la méthode.....	20
2/ saisie et exploitation des données.....	20
<u>RESULTATS</u>	21
I TAUX DE REPONSE	22
II ANALYSE DE LA POPULATION	22
1/ l'exercice.....	22
2/ l'âge.....	23
3/ le sexe.....	23

III RESULTATS RECUEILLIS SUR LA MORPHINE.....	24
1/connaissance sur la morphine.....	24
2/utilisation de la morphine.....	25
3/fréquence d'utilisation de la morphine.....	26
4/les modalités d'utilisation de la morphine en fin de vie.....	27
5/les voies d'utilisation de la morphine.....	27
6/les obstacles rencontrés lors de la prescription de la morphine.....	28
IV RESULTATS RECUEILLIS SUR L'HYPNOVEL.....	29
1/connaissance sur l'hypnovel.....	29
2/utilisation de l'hypnovel.....	30
3/fréquence d'utilisation de l'hypnovel.....	31
4/les modalités d'utilisation de l'hypnovel en fin de vie.....	32
5/les voies d'utilisation de l'hypnovel.....	33
6/les obstacles rencontrés lors de la prescription de l'hypnovel.....	33
V L'UTILISATION COMBINEE DE LA MORPHINE ET DE L'HYPNOVEL.....	35
VI LES FREINS A LA NON-PRESCRIPTION DE CES THERAPEUTIQUES EN FIN DE VIE.....	38
1/formation en soins palliatifs.....	38
2/les freins à la formation en milieu libéral.....	38
3/les freins à la formation en milieu hospitalier.....	39

<u>DISCUSSION</u>	40
I METHODE	41
1/la population cible.....	41
2/le questionnaire.....	41
3/le recueil et l'analyse des données.....	42
II ANALYSE QUANTITATIVE	43
1/la morphine.....	43
2/l'hypnovel.....	44
3/les freins à la prescription.....	45
a) Difficultés liées au médecin.....	45
b) Difficultés liées à la formation aux soins palliatifs.....	46
III ANALYSE QUALITATIVE	47
<u>CONCLUSION</u>	48
<u>BIBLIOGRAPHIE</u>	50
<u>ANNEXES</u>	55
Annexe 1.....	55
Annexe 2.....	58

INTRODUCTION

« ... toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée... » art. L1110-5 de la loi du 4 Mars 2002(1).

La souffrance ou le fait de souffrir est définie comme un état prolongé de douleur physique ou morale (7).

Au fil du temps, on s'est rendu compte qu'en fin de vie la lutte contre la douleur physique ne suffisait pas. Les Dr Cicely Saunders et Mary Baines, pionnières des soins palliatifs, ont introduit la notion de « souffrance totale » dans la douleur du malade en fin de vie. Elles décrivent la fin de vie comme « la crise existentielle la plus profonde de l'être humain »(12). En fin de vie, la douleur et l'anxiété se confondent souvent. Le patient peut souffrir d'une douleur physique, d'une altération de l'image de soi, des conséquences psychologiques, morales et sociales de la maladie, de la remise en question du sens de sa vie, de la peur des complications ou de la peur de la mort, de celle de faire souffrir ou d'abandonner ses proches. Toutes ces réactions qui se confondent les unes avec les autres sont très bien décrites par le Dr Elisabeth Kübler Ross (13) et permettent de comprendre la complexité de la souffrance en fin de vie.

La SFAP (Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs), en 1994, a donné une définition des soins palliatifs retravaillée en 1999, comme étant « des soins actifs et continus visant à soulager la douleur, à apaiser la souffrance psychique, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir son entourage» (10). En 1999, Bernard Kouchner, secrétaire d'état à la santé, met en place le premier plan de développement des soins palliatifs. En 2002, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) redéfinit les soins palliatifs. Elle précise qu'il s'agit « de soins et d'un accompagnement pluridisciplinaires »(11). Ils s'adressent au malade en tant que personne et à ses proches, à domicile ou en établissement de santé. Cette loi de 1999, relative aux droits du malade, a élargi le devoir du médecin. Notamment l'article 37 du code de déontologie médicale en est un bon exemple : « en toutes circonstances, le médecin doit s'efforcer de soulager les souffrances du malade par des moyens appropriés à son état et l'assister moralement »(4). En prenant en compte toutes ses dimensions de la douleur, le patient pourra bénéficier d'une prise en charge pluridisciplinaire comprenant une thérapie adaptée et un accompagnement adéquat. C'est dans ce concept que s'inscrivent les soins palliatifs.

En s'intéressant de plus près à l'étymologie du terme soin palliatif on constate que « soin » vient du latin *somniare* signifiant songer ou soigner ici il prend le sens de « songer à quelqu'un, penser, faire attention » et le terme « palliatif » vient du latin, *palliatus* ou pallier et prend le sens de «résoudre provisoirement, atténuer »(8). Les soins palliatifs sont donc des actes qui apportent de l'attention dans le but d'atténuer.

En accord avec cette définition, la loi Leonetti n° 2005-370 du 22 avril 2005 a vu le jour (5). Cependant, le progrès de la médecine, avec en contrepartie le prolongement de la vie des malades à un âge avancé ou après un accident grave, soulève de nombreuses questions éthiques. Malgré toutes les avancées en matière de soins palliatifs, les situations étant de plus en plus complexes et fréquentes, il a fallu créer de nouveaux droits en faveur des malades et des situations de fin de vie. C'est l'objectif de la loi Leonetti-Claeys n°2016-87 du 2 février 2016 : « assurer une fin de vie digne, une fin de vie accompagnée et apaisée »(6).

Cette étude a été motivée par un intérêt personnel pour l'accompagnement des patients en fin de vie. Au cours de mon semestre au sein de l'équipe mobile de soin palliatif du centre hospitalier de Dreux dans le département d'Eure-et-Loir, j'ai pu me rendre compte que bon nombre de médecins, toutes spécialités confondues, y compris moi, ne se sentaient pas très à l'aise face aux situations liées à la fin de vie. Notamment quand il s'agissait de prendre en charge la souffrance, or, la requête la plus souvent formulée en fin de vie par le patient ou son entourage est d'apaiser cette souffrance. Malgré plus d'un siècle de mise sur le marché thérapeutique pour la morphine, analgésique, (44) et de quelques années pour l'hypnovel, hypnotique sédatif,(52) ces traitements suscitent encore beaucoup de réticences au sein du corps médical et cela nous a intrigué.

Nous avons trouvé intéressant de rechercher quels pouvaient être les mythes et croyances de la morphine diffusés dans les médias et nous avons trouvé plusieurs références intéressantes, susceptibles de créer de véritables représentations. Nous retrouvons des termes récurrents tels que : toxicomanie, dépendance, accoutumance, euphorie, dépression respiratoire, mort provoquée, sédation, ou encore « mort fine » suite à son utilisation pour soulager les douleurs en fin de vie (41,75). Dans certaines études, les professionnels pensent que « l'utilisation de la morphine pour traiter la douleur cancéreuse devrait être évitée ou différée le plus possible »(75). Si l'on se réfère à ces sources, on peut se demander comment les lecteurs pourraient ne pas avoir peur de la dépendance aux morphiniques ou penser qu'ils ne précipitent pas la mort, d'autant plus si le corps médical partage ses craintes. Nous avons tenté la même expérience avec l'hypnovel et avons trouvé quelques sources. La première source nous oriente vers un article dont le résumé contient cette phrase : « la cour suprême des Etats-Unis suspend l'exécution de 3 condamnés à mort dans l'Oklahoma et va examiner la constitutionnalité du midazolam (ou hypnovel) dans la procédure d'injection létale. Les détenus ont montrés des signes de suffocation et d'étouffement avant de succomber entre vingt-six et cent dix-sept minutes plus tard »(76). Nous constatons que l'hypnovel est mis en cause dans le décès par dépression respiratoire. La deuxième source, « la patiente avait une trentaine d'années, je la suivais pour une tumeur au petit bassin. Elle avait été traitée par chimiothérapie, à plusieurs reprises, avec succès, mais la maladie a fini par envahir les vaisseaux. On a décidé de ne pas relancer de chimiothérapie. Elle a été admise en soins palliatifs. La morphine la soulageait bien,

jusqu'au jour où elle a fait une chute qui a déplacé la tumeur. C'était des cris de douleur extrême et des demandes de mort. La morphine même à forte dose n'y faisait rien. La douleur était telle qu'il ne restait plus que l'hypnovel. L'hypnovel posé, l'état de conscience de la jeune femme a diminué, mais elle n'avait plus mal. Sa mère était à ses côtés, elle l'a accompagnée. Sa fille est morte deux jours plus tard »(77). Ici, l'hypnovel est fortement remis en cause sur la précipitation de la mort. Le troisième article repose sur un sujet ayant soulevé une vague de polémiques au 21^e siècle « La justice lui reproche d'avoir empoisonné sept de ses patients, âgés et en fin de vie, entre les mois de mars 2010 et août 2011, en leur administrant un mélange léthal de deux médicaments : de l'Hypnovel, un puissant tranquillisant, associé à du Norcuron, un produit à base de curare (substance paralysante). Des faits reconnus et justifiés en arguant avoir voulu « abrégé les souffrances de ses patients » »(78) . Ainsi, sur bon nombre d'articles contenant le terme « Hypnovel » au sein de sources accessibles au grand public, trois articles font le lien direct avec les notions de détresse respiratoire, mort délibérée ou « euthanasie ». Sachant qu'il existe une part émotionnelle dans ces témoignages on peut s'interroger sur ce que la population générale retiendra sur l'hypnovel.

Il existe donc encore beaucoup de mythes, de croyances sur leur toxicité et la survenue d'effets néfastes. D'où les craintes que leur utilisation seule ou combinée ait pour effet d'accélérer le processus de mort. En dépit de nos connaissances et probablement par manque de formation à la culture palliative ou par méconnaissance de la loi Léonetti-Claeys nous les assimilons encore à l'euthanasie. La culpabilité induite par cette représentation complexifie leur utilisation en fin de vie.

Ce travail de recherche a pour but de démontrer la nécessité de redéfinir l'image de la souffrance en fin de vie afin d'améliorer son vécu et sa prise en charge. L'objectif de cette étude est de recueillir les représentations des médecins afin de comprendre pourquoi leur prescription suscite autant de divergences d'opinions, de peurs ou de résistance. Fort de ces constats et de la bibliographie, nous allons donc réaliser une étude semi-quantitative dans le but de répondre à la question suivante :

Quelles sont les représentations des médecins dans le département d'Eure et loir concernant l'usage de la morphine et de l'hypnovel chez les patients en fin de vie ?

MATERIEL
ET
METHODE

I MATERIEL

1/ la population cible :

a) Les critères d'inclusion :

Les personnes recrutées pour participer à cette étude devront répondre aux critères suivants :

- Avoir le titre de Docteur en médecine
- Etre en exercice dans la région drouaise (Dreux et 20km aux alentours)
- Exercer en tant que médecin généraliste libéral ou médecin hospitalier

b) Les critères de non-inclusion :

Les deux critères de non inclusion qui seront retenus sont :

- exercer au sein d'un service de réanimation ou de pédiatrie.
- exercer au sein d'une structure de soins palliatifs (USP, EMSP, réseaux)

2/ le questionnaire :

Nous réalisons une étude semi-quantitative pour laquelle le questionnaire guide est composé de 13 questions (annexe 1). Douze questions semi-fermées et une question ouverte. La trame des questions est réfléchi et réalisée à partir des données de la littérature et d'un brainstorming effectué en collaboration avec quatre médecins, quatre infirmières et deux aides-soignants n'ayant pas eu de formation en soins palliatifs et qui ne participeront pas à l'étude.

Pour les médecins hospitaliers, le questionnaire est remis en main propre par le biais d'une enveloppe cachetée et anonyme. L'accord des médecins participants est recueilli oralement avant de remettre la dite-enveloppe. Y était - joint : une lettre expliquant mes motivations (annexe 2) ainsi que le questionnaire. Une date butoir de quatre semaines a été fixée avec une centralisation des retours au secrétariat du service des urgences. En cas de refus, chaque médecin avait pour consigne de me renvoyer le questionnaire en précisant l'objet du refus de participation. Le même questionnaire est adressé par voie postale aux différents médecins généralistes, y était joint : la lettre expliquant mes motivations avec le délai de retour des réponses estimé à quatre semaines. Le questionnaire ainsi qu'une enveloppe pré-timbrée libellée à mon adresse postale figuraient dans l'envoi.

L'absence de réponse après trois relances par mail était considérée comme refus.

Toutes les adresses mails des médecins sélectionnés ont été transmises par l'association départementale pour l'organisation de la permanence des soins d'Eure-et –Loir (ADOPS 28) et l'unité de recherche clinique du centre hospitalier de Dreux.

II METHODE

1/ Choix de la méthode

Le but est d'obtenir un échantillonnage dit « en recherche de variation maximale » à l'aide de questions fermées. L'utilisation d'une question ouverte a permis d'obtenir une réponse individualisée, basée sur la libre expression des médecins tout en s'assurant que les thèmes retenus étaient bien abordés.

Aucun entretien individuel n'a été réalisé dans le but de favoriser l'anonymat, d'éviter toute influences lors des échanges et exclure toute démarche interprétative.

2/ Saisie et exploitation des données :

Devant le nombre important de questionnaires recueillis, les données collectées sont saisis dans un tableur type Excel. Les résultats exploités en pourcentages de réponses aux questionnaires ont été présentés sous forme de graphiques et de tableaux.

Concernant la question ouverte, les résultats seront exploités après une codification réalisée à posteriori à l'aide du même logiciel. Cela nous permettra de regrouper les réponses dans des catégories homogènes et d'obtenir les statistiques.

RESULTATS

I. LE TAUX DE REPONSE :

Au total, 110 courriers ont été envoyés ou remis en main propres pour le recrutement.

Nous avons eu un taux de réponse à cette invitation de 79% soit 87 courriers.

64 médecins ont acceptés de participer à l'étude, ce qui représente 58.2% de l'échantillon total.

23 médecins ont refusé de participer à l'étude au motif suivant :

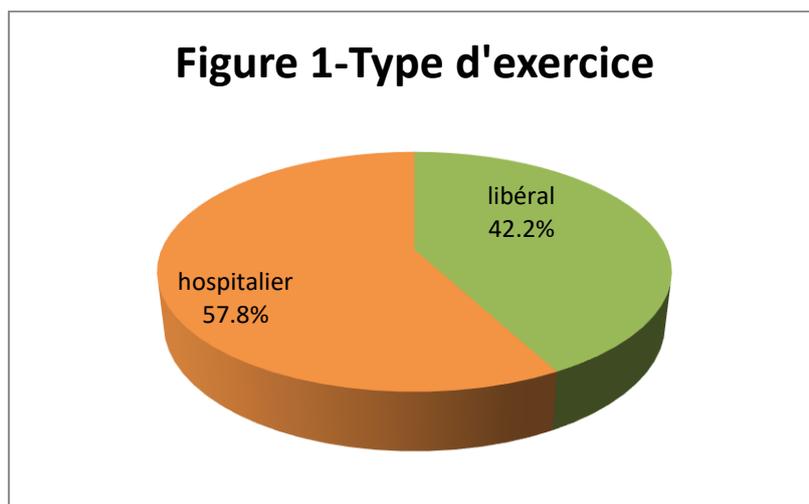
- Le manque d'expérience avec la fin de vie pour 11 médecins soit 47.8%
- Le manque de temps pour 3 médecins soit 13 %
- 9 médecins soit 39.1 % n'ont pas souhaité s'exprimer sur le sujet

II. ANALYSE DE LA POPULATION :

Les statistiques suivantes seront basées sur le groupe de répondants.

1/ l'exercice :

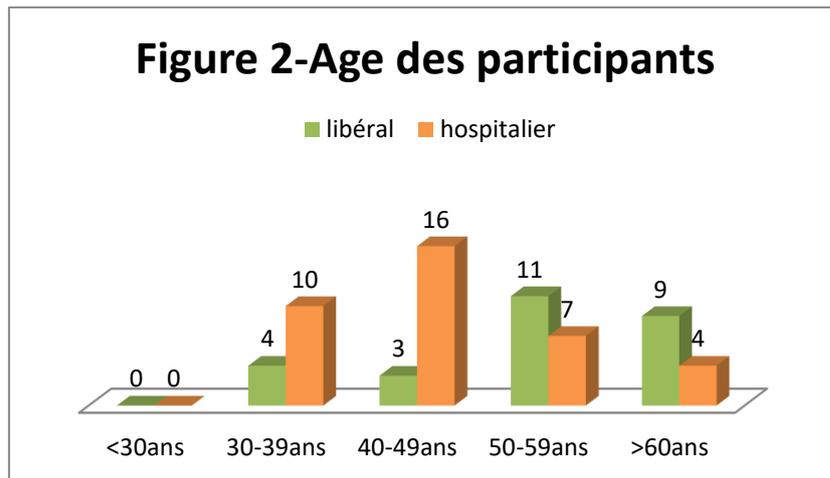
27 médecins travaillent en milieu libéral soit 42,2% et 37 médecins en milieu hospitalier soit 57,8%.



2/ l'âge :

Les 64 médecins participants se répartissent ainsi :

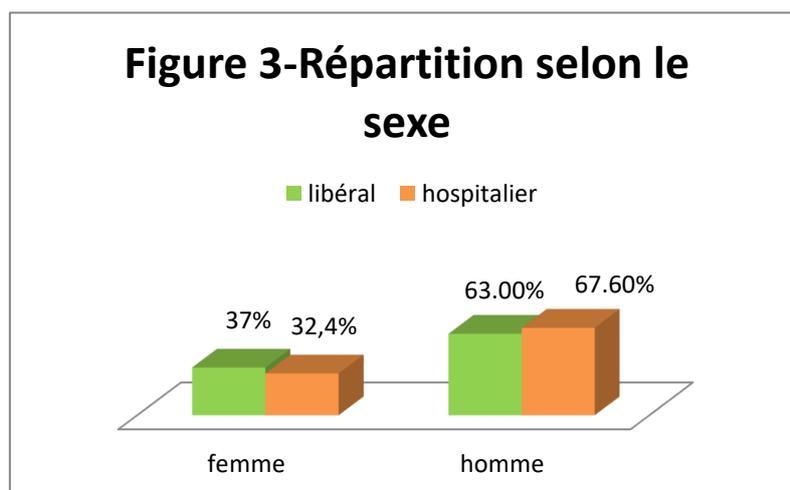
- < 30ans : 0
- [30-39] : 14 dont 4 médecins libéraux et 10 médecins hospitaliers
- [40-49] : 19 dont 3 médecins libéraux et 16 médecins hospitaliers
- [50-59] : 18 dont 11 médecins libéraux et 7 médecins hospitaliers
- >60 ans : 13 dont 9 médecins libéraux et 4 médecins hospitaliers



3/ le sexe :

Parmi les médecins répondeurs, 42 étaient des hommes soit 65,6% et 22 des femmes soit 34,4% :

- Sexe féminin : 10 femmes en milieu libéral (37%) et 12 en milieu hospitalier (32,4%)
- Sexe masculin : 17 hommes en milieu libéral (63%) et 25 en milieu hospitalier (67,6%)



III. RESULTATS RECUEILLIS SUR LA MORPHINE

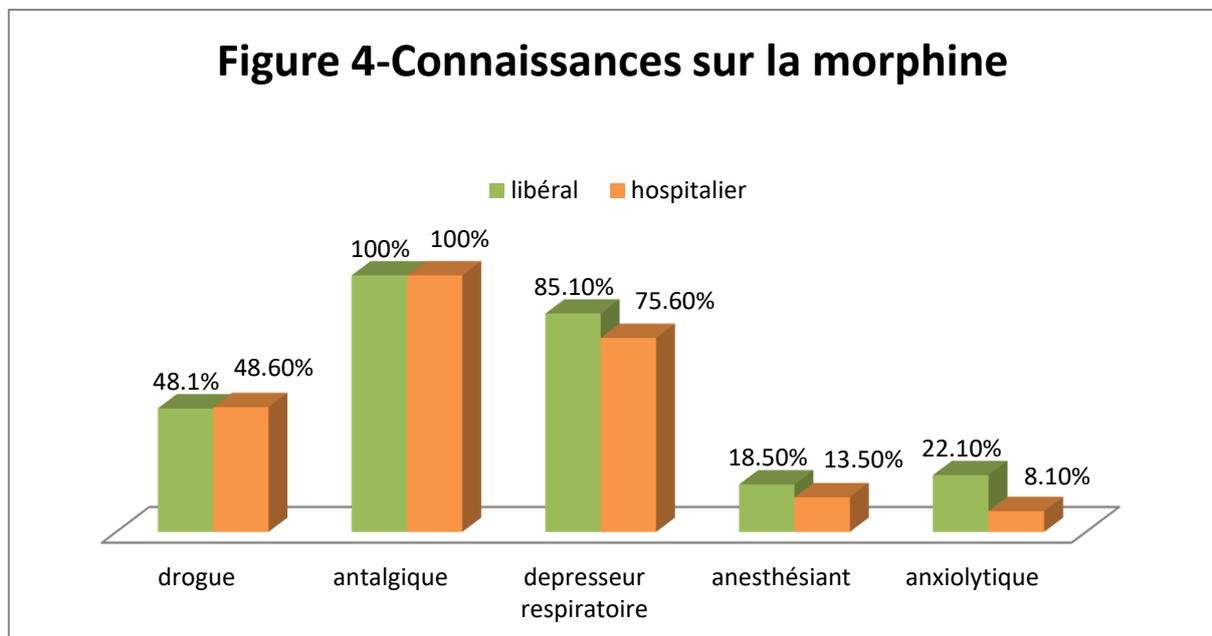
1/ Connaissances sur la morphine

Concernant les connaissances sur la morphine en milieu libéral :

- 13 médecins soit 48.1% considéraient la morphine comme une drogue.
- la totalité des médecins soit 100% considéraient la morphine comme un antalgique.
- 23 médecins soit 85.1% considéraient la morphine comme un dépressur respiratoire.
- 5 médecins libéraux soit 18.5% considéraient la morphine comme un anesthésiant.
- 6 médecins soit 22.2% considéraient la morphine comme un anxiolytique.

Concernant les connaissances en milieu hospitalier :

- 18 médecins soit 48,6% considéraient la morphine comme une drogue.
- la totalité des médecins soit 100% considéraient la morphine comme antalgique.
- 28 médecins soit 75.6% considéraient la morphine comme un dépressur respiratoire.
- 5 médecins soit 13.5% considéraient la morphine comme un anesthésiant.
- 3 médecins soit 8.1% considéraient la morphine comme un anxiolytique.



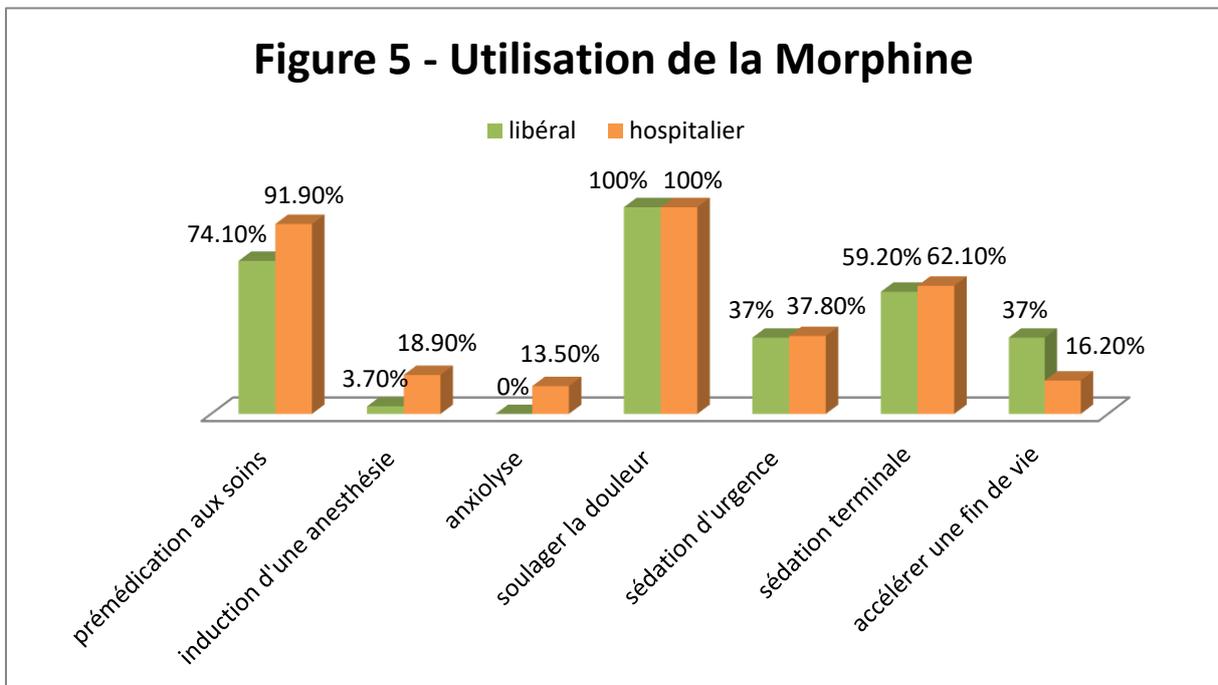
2/ Utilisation de la morphine

Concernant son utilisation en milieu libéral :

- 20 médecins soit 74.1% utilisaient la morphine en prémédication des soins.
- 1 médecin soit 3.7% l'utilisait pour induire une anesthésie.
- Aucun médecin ne l'utilisait pour une anxiolyse.
- la totalité des médecins soit 100% l'utilisait pour soulager une douleur physique.
- 10 médecins soit 37% utilisaient la morphine en vue de réaliser une sédation d'urgence.
- 16 médecins soit 59.2% l'utilisaient pour une sédation terminale.
- 10 médecins soit 37% utilisaient la morphine afin d'accélérer une fin de vie.

Concernant son utilisation en milieu hospitalier :

- 34 médecins soit 91.9% utilisaient la morphine en prémédication des soins.
- 7 médecins soit 18.9% l'utilisaient pour induire une anesthésie.
- 5 médecins soit 13.5% utilisaient la morphine pour une anxiolyse.
- la totalité des médecins soit 100% l'utilisait pour soulager une douleur physique.
- 14 médecins soit 37.8% utilisaient la morphine en vue de réaliser une sédation d'urgence.
- 23 médecins soit 62.1% l'utilisaient pour une sédation terminale.
- 6 médecins soit 16.2% utilisaient la morphine afin d'accélérer une fin de vie.



3/ Fréquence d'utilisation de la morphine

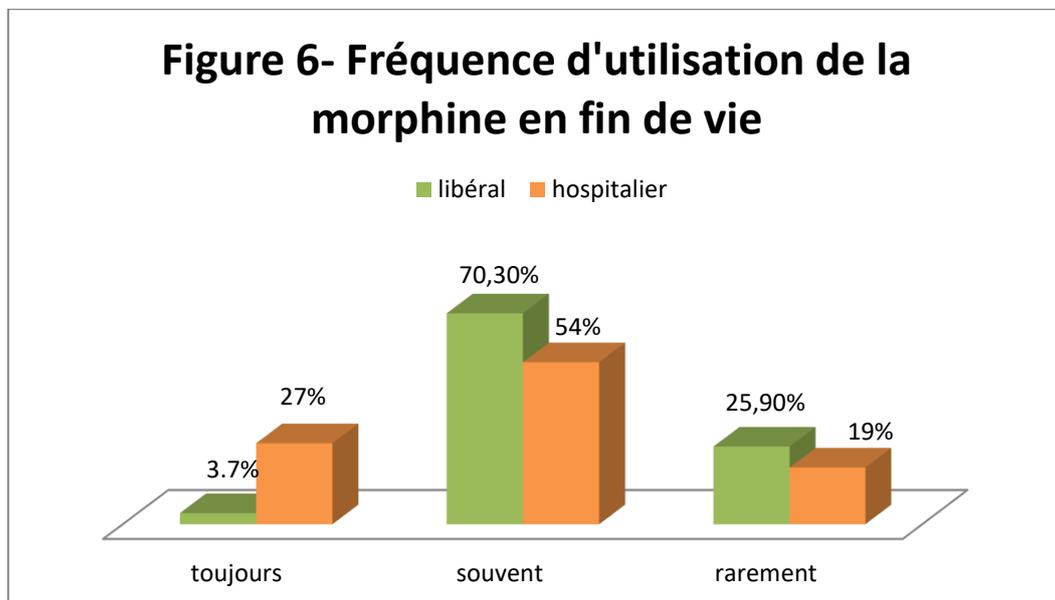
Concernant la fréquence d'utilisation de la morphine en fin de vie :

Chez les libéraux:

- 1 médecin soit 3.7% la prescrivait toujours
- 19 médecins soit 70.3% la prescrivait souvent
- 7 médecin soit 25.9% la prescrivait rarement.

Chez les hospitaliers:

- 10 médecins soit 27% la prescrivait toujours,
- 20 médecins soit 54% la prescrivait souvent
- 7 médecins soit 19% la prescrivait rarement.



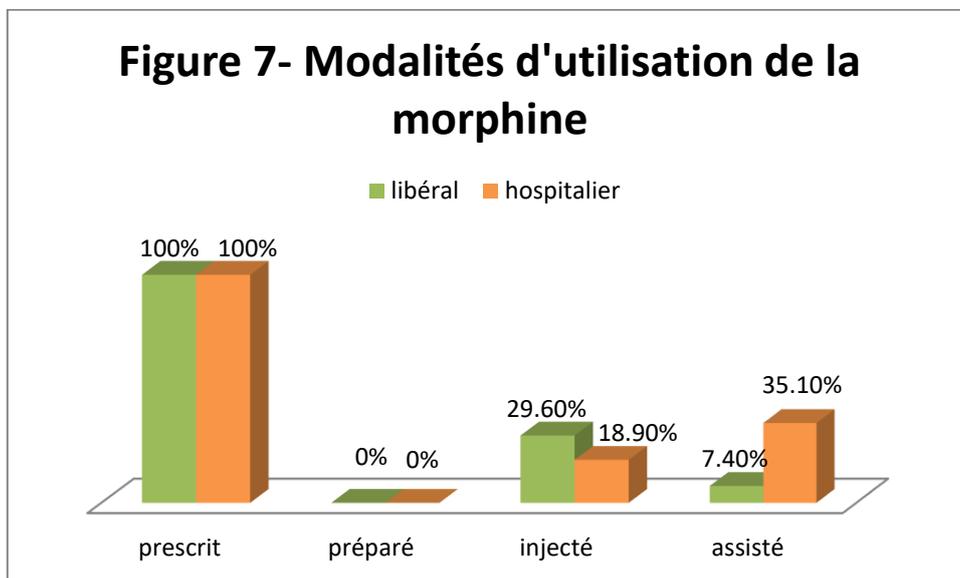
4/ Modalités d'utilisation de la morphine en fin de vie

Concernant son utilisation en fin de vie en milieu libéral :

- la totalité des médecins soit 100% la prescrivait mais ne la préparait pas.
- 8 médecins soit 29.6% l'avaient déjà injecté au patient.
- 2 médecins soit 7.4% avaient déjà assisté à son injection.

Concernant son utilisation en fin de vie en milieu hospitalier :

- la totalité des médecins soit 100% la prescrivait mais ne la préparait pas.
- 7 médecins soit 18.9% l'avaient déjà injecté au patient.
- 13 médecins soit 35.1% avaient déjà assisté à l'injection de la morphine.

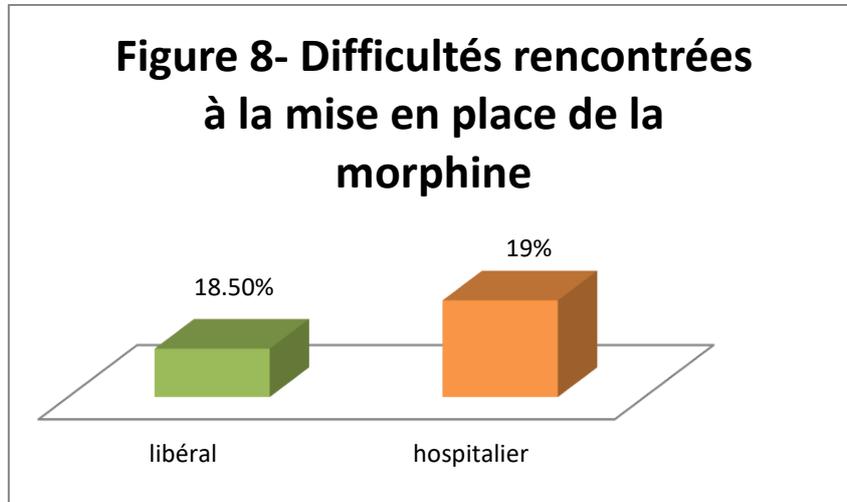


5/ Voies d'utilisation de la morphine

La totalité soit 100% de l'échantillon libéral et hospitalier utilisent toutes les voies d'administration de la morphine (orale, intraveineuse, sous-cutanée et transdermique).

6/ Les obstacles rencontrés lors de la prescription de la morphine

Concernant la mise en place de la morphine en fin de vie, 5 médecins libéraux soit 18.5% avaient rencontrées des difficultés vs 7 médecins hospitaliers soit 19%.

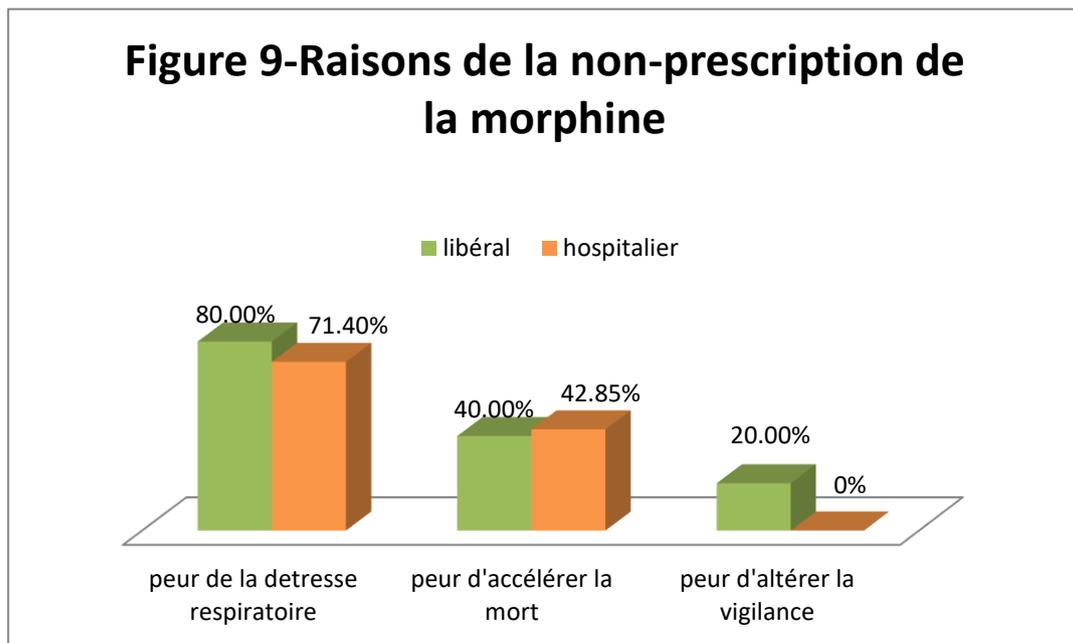


Les raisons évoquées en milieu libéral étaient :

- la peur de la détresse respiratoire pour 4 médecins soit 80%
- la peur d'accélérer la mort pour 2 médecins soit 40%
- la peur d'altérer la vigilance pour 1 médecin soit 20%.

Les raisons évoquées en milieu hospitalier étaient :

- la peur de la détresse respiratoire pour 5 médecins soit 71.4%.
- la peur d'accélérer la mort pour 3 médecins soit 42.85%.



IV. RESULTATS RECUEILLIS SUR L'HYPNOVEL

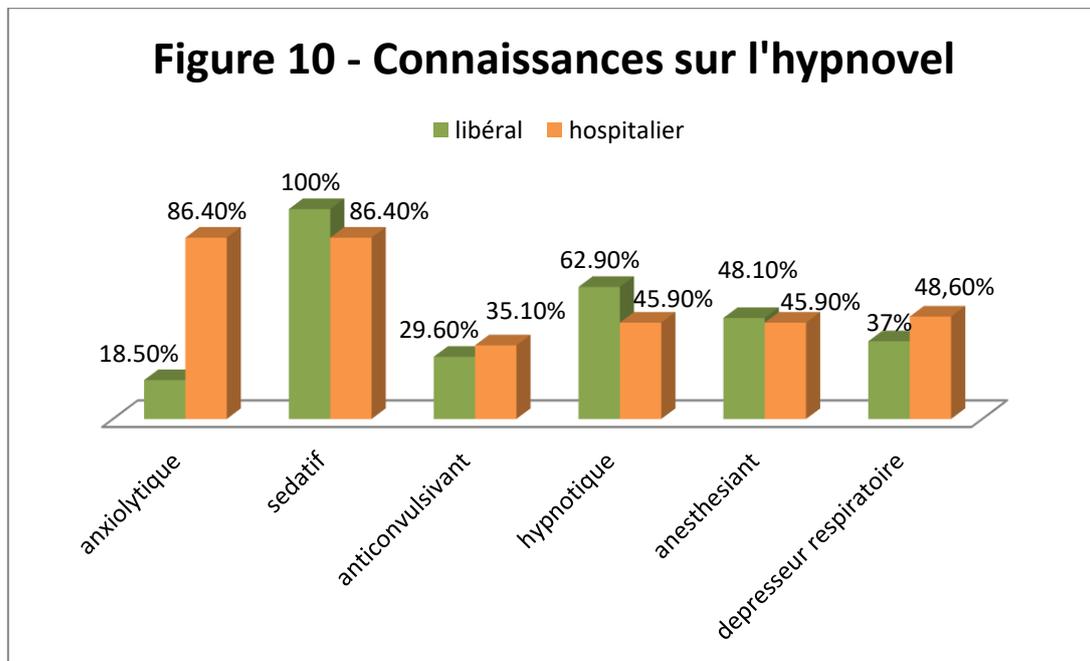
1/ Connaissances sur l'hypnovel

Concernant les connaissances sur l'hypnovel en milieu libéral :

- 5 médecins soit 18.5% considéraient l'hypnovel comme un anxiolytique.
- la totalité des médecins soit 100% considéraient l'hypnovel comme un sédatif.
- 8 médecins soit 29.6% considéraient l'hypnovel comme un anticonvulsivant.
- 17 médecins soit 62.9% considéraient l'hypnovel comme un hypnotique.
- 13 médecins soit 48.1% considéraient l'hypnovel comme un anesthésiant.
- 10 médecins soit 37% considéraient l'hypnovel comme étant un dépressur respiratoire.

Concernant les connaissances en milieu hospitalier :

- 32 médecins soit 86.4 % considéraient l'hypnovel comme un anxiolytique.
- La totalité des médecins soit 100% considéraient l'hypnovel comme un sédatif.
- 13 médecins soit 35.1% considéraient l'hypnovel comme un anticonvulsivant.
- 17 médecins soit 45.9% considéraient l'hypnovel comme un hypnotique.
- 17 médecins soit 45.9% considéraient l'hypnovel comme un anesthésiant.
- 18 médecins soit 48.6% considéraient l'hypnovel comme étant un dépressur respiratoire.



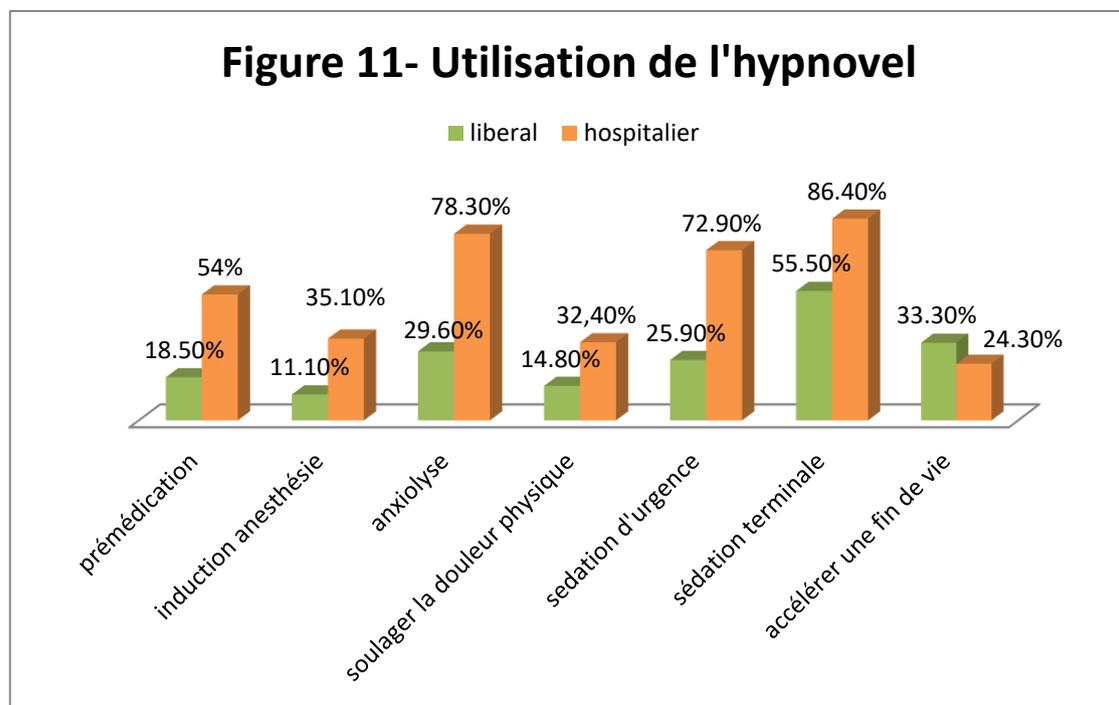
2/ Utilisation de l'hypnovel

Concernant son utilisation en milieu libéral :

- 5 médecins soit 18.5% l'utilisaient en prémédication des soins.
- 3 médecins soit 11.1% l'utilisaient pour induire une anesthésie.
- 8 médecins soit 29.6% l'utilisaient pour une anxiolyse.
- 4 médecins soit 14.8% l'utilisaient pour soulager une douleur physique.
- 7 médecins soit 25.9% l'utilisaient en vue de réaliser une sédation d'urgence.
- 15 médecins soit 55.5% l'utilisaient pour une sédation terminale.
- 9 médecins soit 33.3% l'utilisaient pour accélérer une fin de vie.

Concernant son utilisation en milieu hospitalier :

- 20 médecins soit 54% l'utilisaient en prémédication des soins.
- 13 médecins soit 35.1% l'utilisaient pour induire une anesthésie.
- 29 médecins soit 78.3% l'utilisaient pour une anxiolyse.
- 12 médecins soit 32.4% l'utilisaient pour soulager une douleur physique
- 27 médecins soit 72.9% l'utilisaient en vue de réaliser une sédation d'urgence.
- 32 médecins soit 86.4% l'utilisaient pour une sédation terminale.
- 9 médecins soit 24.3% l'utilisaient pour accélérer une fin de vie.



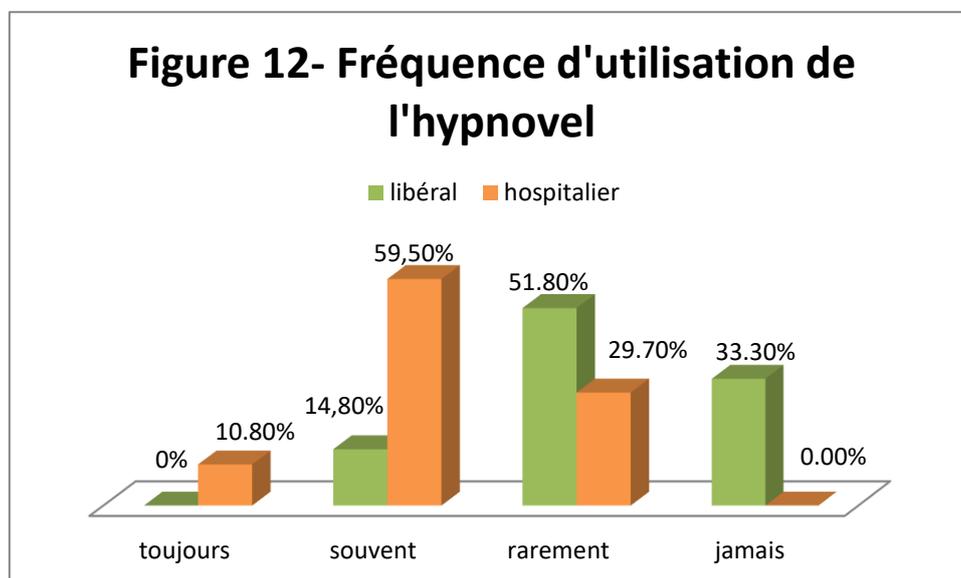
3/ Fréquence d'utilisation de l'hypnovel

Concernant la fréquence d'utilisation de l'hypnovel en fin de vie en milieu libéral :

- Aucun médecin ne la prescrivait toujours.
- 4 médecins soit 14.8% la prescrivaient souvent.
- 14 médecins soit 51.8% la prescrivaient rarement.
- 9 médecins soit 33.3% ne prescrivaient jamais d'hypnovel.

Concernant la fréquence d'utilisation de l'hypnovel en fin de vie en milieu hospitalier :

- 4 des médecins soit 10.8% la prescrivaient toujours.
- 22 des médecins 59.5% la prescrivaient souvent.
- 11 médecins soit 29.7% la prescrivaient rarement.



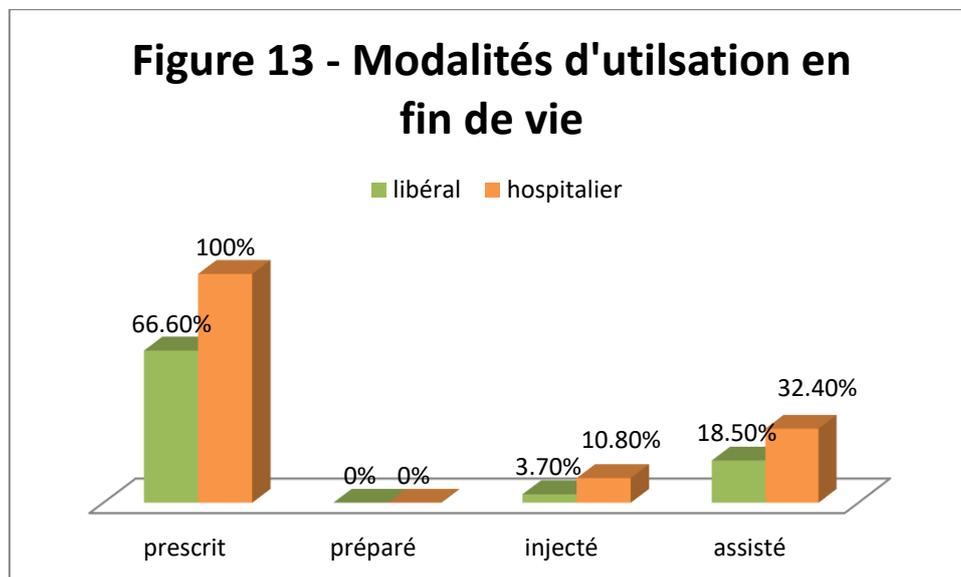
4/ Modalités d'utilisation de l'hypnovel

En milieu libéral :

- 18 médecins soit 66.6% l'avaient prescrit.
- 1 médecin soit 3.7% l'avait injecté.
- 5 médecins soit 18.5% avaient assisté à l'injection.

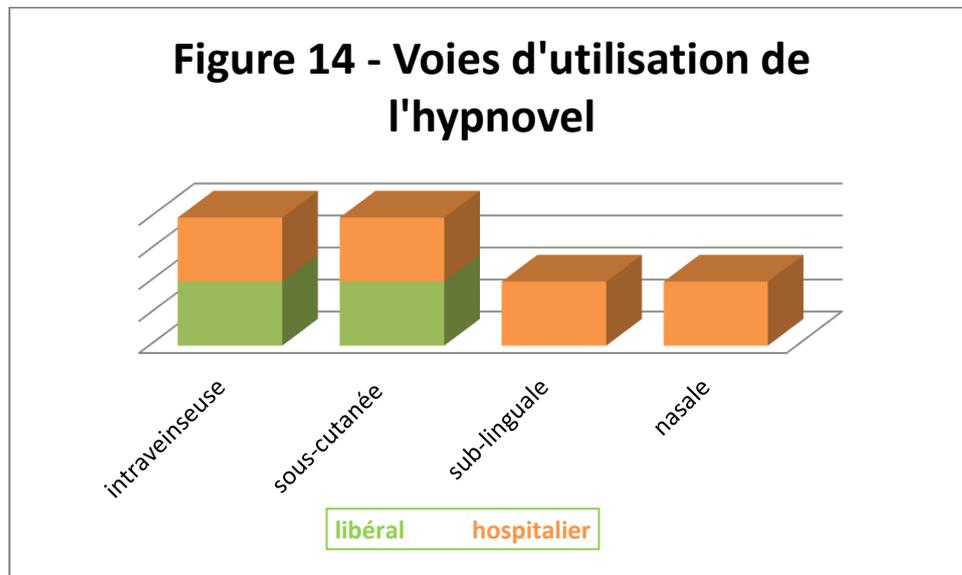
En milieu hospitalier:

- la totalité des médecins soit 100% l'avaient prescrit.
- 4 médecins soit 10.8% l'avaient injecté.
- 12 médecins soit 32.4% avaient assisté à l'injection.



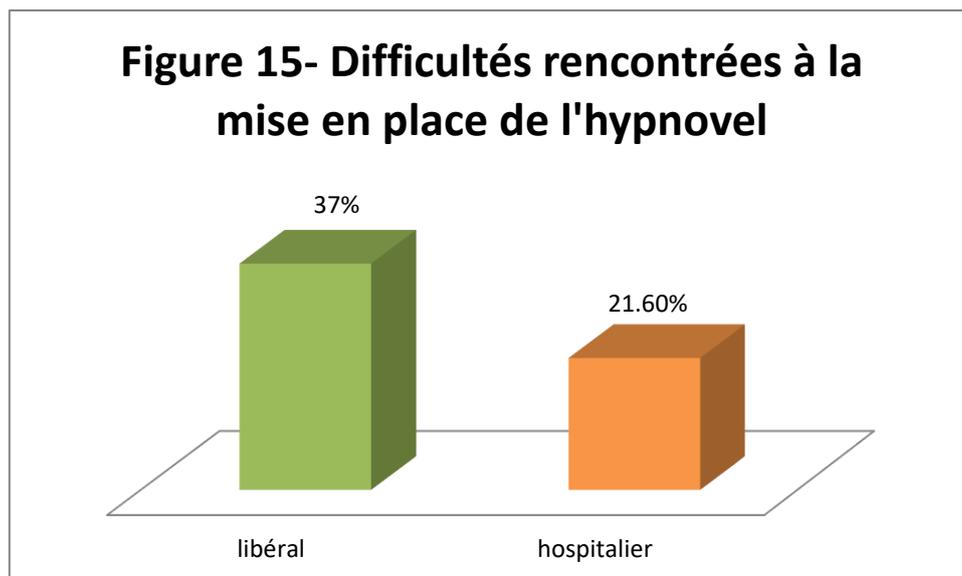
5/ Voies d'utilisation de l'hypnovel

En milieu libéral les voies intraveineuse et sous-cutanée étaient utilisées vs les voies intraveineuse, sous-cutanée, sublinguale et nasale en milieu hospitalier.



6/ Les obstacles rencontrés lors de la prescription de l'hypnovel

Concernant la mise en place de l'hypnovel en fin de vie, 10 médecins libéraux soit 37% estimaient avoir rencontrés des difficultés vs 8 médecins hospitaliers soit 21.6%.

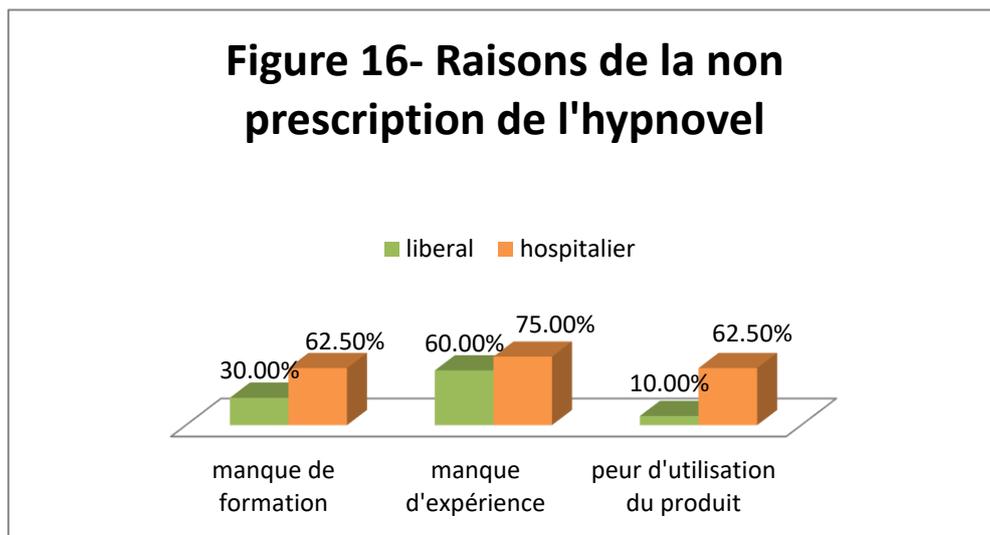


Les raisons évoquées en milieu libéral étaient :

- le manque de formation sur le produit pour 3 médecins soit 30%.
- le manque d'expérience pour 6 médecins soit 60%.
- la peur liée à l'utilisation du produit pour 1 médecin soit 10%.

Les raisons évoquées en milieu hospitalier étaient :

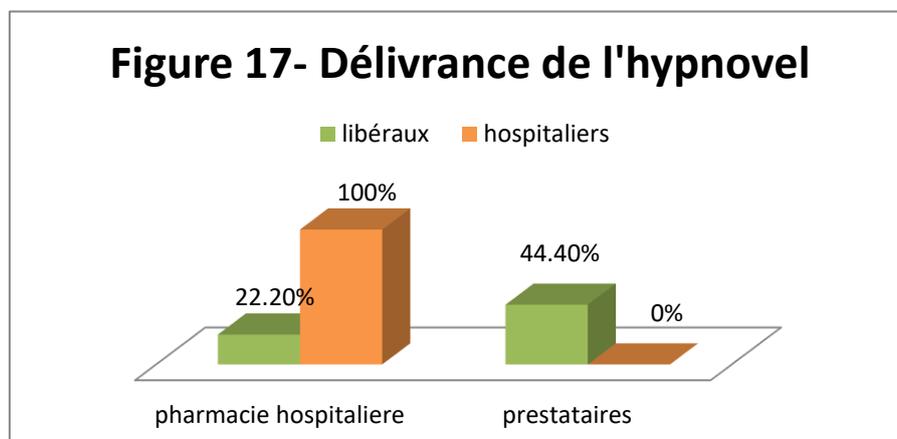
- le manque de formation pour 5 médecins soit 62.5%.
- le manque d'expérience pour 6 médecins soit 75%.
- la peur d'utilisation du produit pour 5 médecins soit 62.5%



Concernant sa délivrance en milieu libéral :

- 6 médecins soit 22.2% se procuraient l'hypnovel par le biais de la pharmacie hospitalière.
- 12 médecins soit 44.4% se procuraient l'hypnovel par le biais de prestataires.

Alors que la totalité des médecins hospitaliers soit 100% se procuraient l'Hypnovel par le biais de la pharmacie hospitalière.



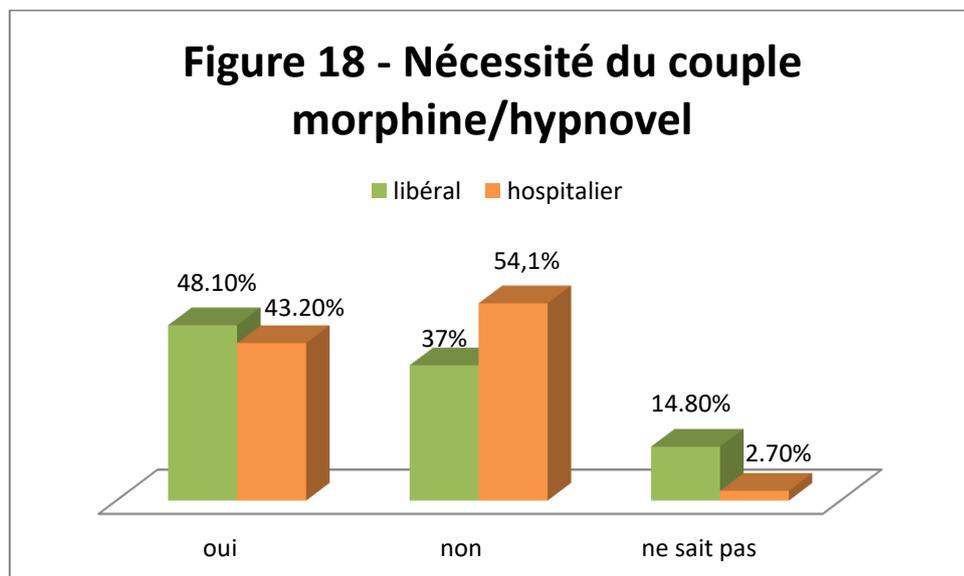
V. L'UTILISATION COMBINÉE DE LA MORPHINE ET DE L'HYPNOVEL

Du côté libéral:

- 13 médecins soit 48.1% considéraient que le couple morphine/hypnovel était indispensable en fin de vie.
- 10 médecins soit 37% considéraient que le couple n'était pas indispensable.
- 4 médecins soit 14.8% n'avaient pas de réponses à la question.

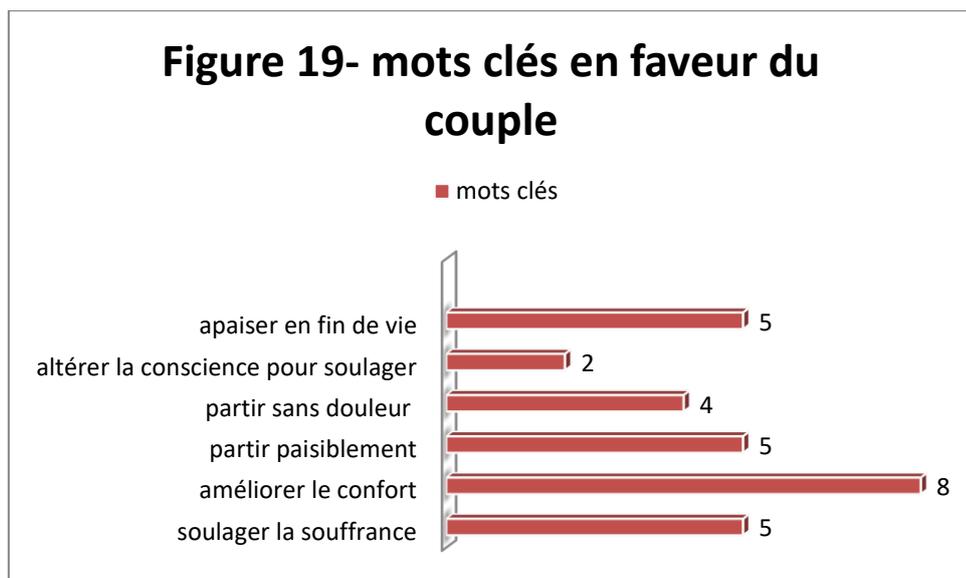
Du côté hospitalier:

- 16 médecins soit 43.2% considéraient que le couple morphine/hypnovel était indispensable en fin de vie.
- 20 médecins soit 54.1% considéraient que le couple n'était pas indispensable.
- 1 médecin soit 2.7% n'avaient pas de réponses à la question.



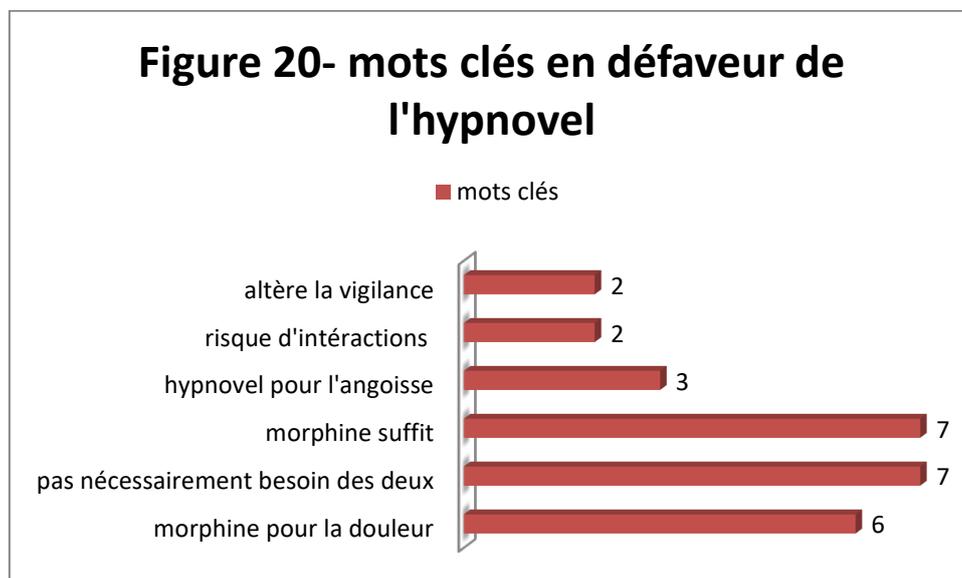
29 médecins soit 45.3% sont en faveur du couple morphine/hypnovel, les mots clés le plus souvent retrouvés par écrit pour justifier leur affirmation étaient :

- apaiser en fin de vie à 5 reprises
- altérer la conscience pour soulager à 2 reprises
- partir sans douleur à 4 reprises
- partir paisiblement à 5 reprises
- améliorer le confort à 8 reprises
- soulager la souffrance à 5 reprises



Alors que pour les 27 médecins soit 42.2% ayant répondu par la négation à la nécessité du couple morphine/hypnovel en fin de vie, les mots clés fréquemment mis en évidence étaient :

- altère la vigilance à 2 reprises
- risque d'interactions à 2 reprises
- Hypnovel pour l'angoisse à 3 reprises
- morphine suffit à 7 reprises
- pas nécessairement besoin des deux à 7 reprises
- morphine pour la douleur à 6 reprises

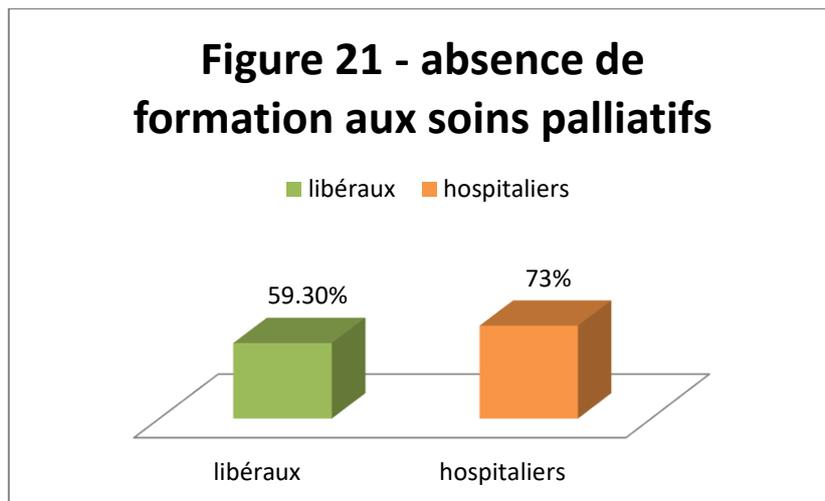


VI. LES FREINS A LA NON PRESCRIPTION DE CES THERAPEUTIQUES EN FIN DE VIE

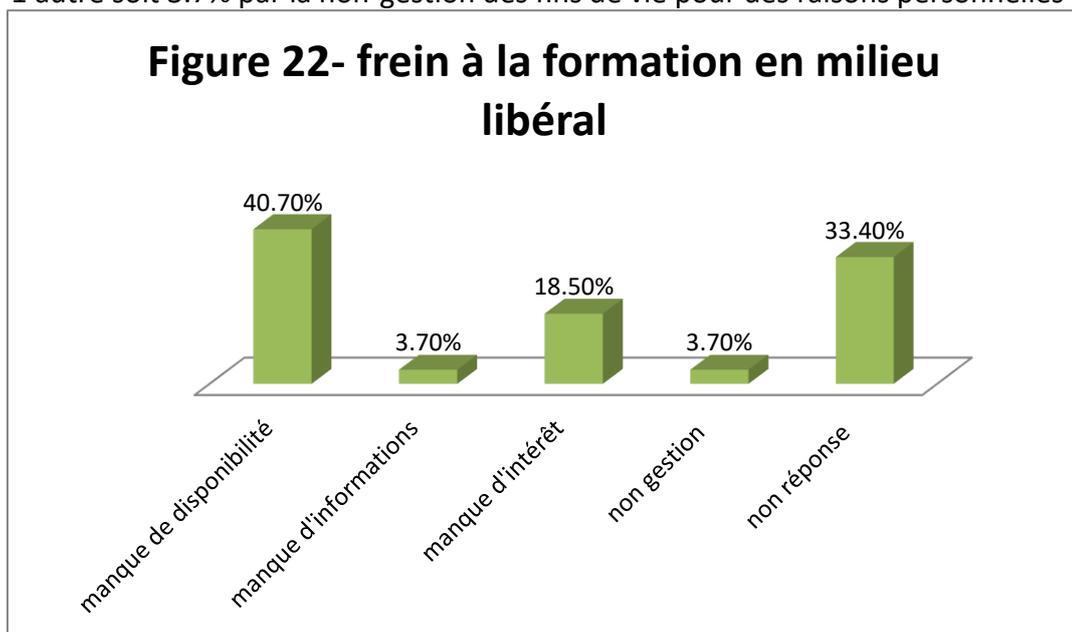
1/ Formation en soins palliatifs :

67,2% de la population étudiée déclarait ne pas avoir suivi de formation.
16 médecins libéraux soit 59.3% vs 27 médecins hospitaliers soit 73%.

2/ Les freins à la formation en milieu libéral

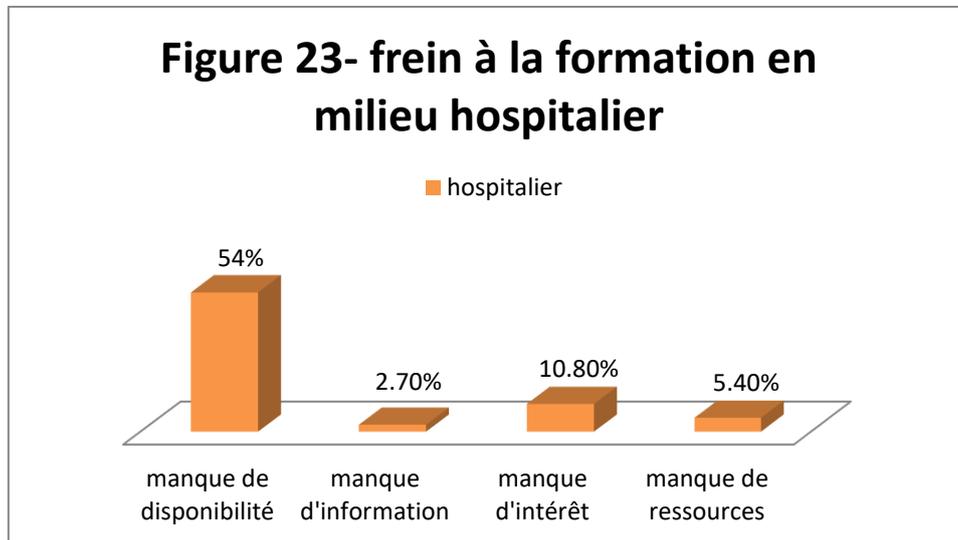


- 11 médecins soit 40.7% n'avait pas suivi de formation par manque de disponibilité.
- 5 médecins soit 18.5% par manque d'intérêt.
- 1 médecin soit 3.7% motivait cette absence par le manque d'information sur l'équipe de soins palliatifs.
- 1 autre soit 3.7% par la non-gestion des fins de vie pour des raisons personnelles



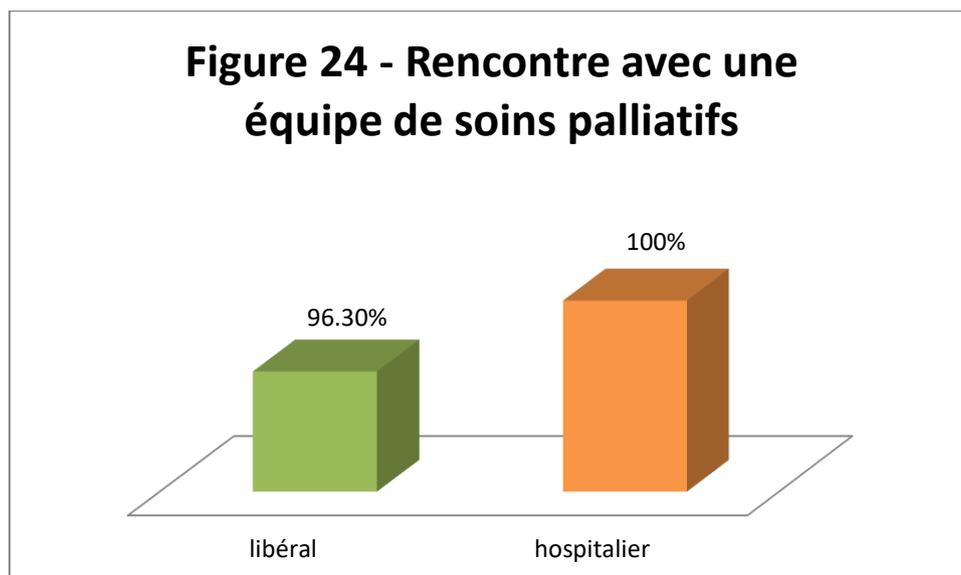
3/ Les freins à la formation en milieu hospitalier

- 20 médecins soit 54% évoquaient le manque de disponibilité
- 2 soit 5.4% évoquaient le manque de ressources
- 1 médecin soit 2.7% évoquait le manque d'informations
- 4 médecins soit 10.8% évoquaient le manque d'intérêt



26 médecins libéraux soit 96.3% avaient rencontré une équipe de soins palliatifs et pris en charge un patient en fin de vie.

La totalité soit 100% des médecins hospitaliers avaient rencontré une équipe de soins palliatifs et pris en charge un patient en fin de vie.



DISCUSSION

I / METHODE

1/ La population cible

Dans notre panel de personnes interrogées, nous avons bien plus de médecins hospitaliers que libéraux, nous avons plus d'hommes que de femmes et toutes les catégories d'âge ne sont pas représentés (âge < 30ans), ce qui constitue un biais de recrutement. Cependant un biais de sélection a pu exister de notre part lorsque nous abordions les médecins hospitaliers lors de la remise des questionnaires. Parce qu'ils me connaissent et que je l'ai remis en main propre.

Afin d'obtenir un échantillon de taille suffisante pour traiter des données, un des critères de sélection modifiable était la localisation géographique du cabinet médical où exercent les médecins libéraux enquêtés. Etant donné le faible effectif de médecins généralistes en région Drouaise, nous avons dû étendre notre périmètre à 20km aux alentours de Dreux. Sur la totalité des médecins sélectionnés, le taux de participation est relativement faible (58,2%) mais reste exploitable et permet d'étayer le sujet compte tenu du thème abordé.

2/ le questionnaire

L'enquête par questionnaire nous a paru la meilleure solution. En effet, c'est une méthode simple et efficace pour étudier quantitativement les réponses des médecins sélectionnés. Le questionnaire comportait volontairement un nombre de questions limité. En effet, un plus grand nombre de questions aurait pu apporter des informations plus précises mais avec une participation probablement plus restreinte.

La plupart des questions sont de type fermé à choix multiples pour une facilité de réponse et d'analyse. Nous sommes conscientes que le choix de questions fermées a pu constituer un biais d'information. De façon à limiter ce biais et permettre aux médecins sélectionnés de s'exprimer librement plutôt que d'exposer des tranches d'opinions nous décidons d'inclure une question ouverte. Cette forme de question étant assez longue à traiter nous décidons de nous limiter à une seule question. En effet, une question ouverte est une question à laquelle on ne peut répondre que par oui ou non. Elle permet à la personne de développer son point de vue, sa pratique. Les réponses obtenues peuvent être superficielles car les personnes ont tendance à donner la première réponse qui leur vient à l'esprit. A l'inverse, certaines réponses s'avèrent inutilisables : on collecte souvent des réponses floues qu'il est difficile d'exploiter lors du post-codage.

Nous avons choisi d'élaborer notre questionnaire via la méthode du brainstorming. Nous sommes conscientes que cette aide a pu constituer un biais d'influence.

3/ Le recueil et l'analyse des données

Les deux modes de distribution ont été choisis volontairement de façon à faciliter l'enquête et respecter le temps limité des participants. Nous avons envoyé des enveloppes nominatives au cabinet pour les médecins libéraux et remis en mains propres des enveloppes anonymes aux médecins hospitaliers. Il nous a semblé que les personnes répondraient plus librement avec cette méthode plutôt qu'au cours d'un entretien où on leur énoncerait les questions une à une. Cela permet d'éviter un biais de réponses. Nous avons choisi de délivrer les questionnaires aux médecins en leur laissant un temps de réponse suffisant.

Le recueil a duré moins de 2 mois, nous avons récupéré de façon centralisée les données hospitalières au service des urgences du CH de Dreux et les données libérales à mon adresse postale afin d'éviter un biais de classement.

Concernant la relance, nous avons renvoyés la lettre d'introduction par emails « en copie cachée » au bout d'un mois aux 110 médecins sélectionnés afin de préserver l'anonymat. Il n'y a pas eu de troisième relance ce qui a pu créer un biais de temps et de perdu de vue.

La saisie et l'analyse des données ont été réalisées à l'aide du logiciel Excel. La méthode d'analyse de la question ouverte a nécessité un post-codage. Enfin, certains répondants sautent les questions ouvertes qui exigent de leur part une implication trop forte. Les non-réponses peuvent être plus nombreuses que pour les questions fermées. Dans notre enquête, la question ouverte était assez délicate : évaluer si le couple morphine/hypnovel était nécessaire en fin de vie. Nous avons parfois retrouvé des contradictions dans leurs propos du fait de la spontanéité des réponses apportées, qui a pu gêner l'interprétation. Il était bien précisé que ce travail n'était en aucun cas un jugement de valeurs sur leurs pratiques. Cependant, les thèmes abordés ont souvent aboutit à une réflexion des médecins sur la qualité de leurs prescriptions, on peut s'attendre à une crainte du jugement et une retenue dans leurs propos. Pour renforcer le fait qu'il ne s'agit en aucun cas d'un jugement de pratique, nous avons décidé de ne pas joindre en annexe les données mais seulement leur analyse statistique. Cette méthode d'analyse a permis de donner une popularité mais ne ressemble en rien à une analyse qualitative. Les citations ont été choisies pour leur pertinence et/ou leur représentativité. Elles ont été rapportées dans un tableau synthétique en face des thèmes correspondants par le biais de mots clés.

Afin de relever ces dits mots clés, il a fallu réaliser un regroupement de certains termes tel que « vigilance/conscience », « forcément/ nécessairement », « morphine suffit/morphine seule/utilisation unique de la morphine » par exemple. Nous sommes conscientes que cette méthode constitue un biais d'interprétation non négligeable.

II/ ANALYSE QUANTITATIVE

1/ La morphine

Les taux de réponses aux items anxiolyse, anesthésie et sédation s'expliquent probablement par le fait que l'on associe souvent la morphine à une benzodiazépine lors de certains soins. Prenons l'exemple des soins aigus, notamment aux urgences, la morphine est souvent associée aux hypnotiques pour obtenir un effet analgésique et sédatif. Mais en réalité, la morphine, comme ses dérivés, est un analgésique central et non un sédatif ; leur utilisation lors d'une sédation repose sur une indication à visée antalgique. L'expérience de cet usage combiné pourrait interférer avec la représentation que l'on a de la morphine. Selon le Dr D. Jodelet (49), « la notion d'expérience vécue peut être définie comme la façon dont les personnes ressentent une situation et la façon dont elles élaborent, par un travail psychique et cognitif, les retentissements positifs ou négatifs de cette situation et des relations et actions qu'elles y développent ». Ces nombreux effets indésirables sont relativement bien connus de tous. Même si l'on reconnaît que la morphine soulage la douleur, on insiste souvent sur les désordres ressentis. Notamment la dépression respiratoire qui est en réalité très faible (48), l'accoutumance ou la somnolence. Victime de sa réputation de stupéfiant peu après sa découverte, elle reste encore associée à d'autres opiacés, l'héroïne en particulier (45) ; ce qui renforce ce sentiment de crainte de l'accoutumance. Le Dr Cicely Saunders, explique dans son ouvrage que « l'administration régulière de morphine n'aboutit pas à une accoutumance. De même, la demande d'une augmentation des doses ne montre pas une toxicomanie mais signifie une avancée de la lésion cancéreuse se manifestant par une exacerbation de la douleur » (12). En fin de vie, la morphine a fait preuve de son efficacité en matière d'apaisement, mais son utilisation est encore synonyme de mort proche. En effet, en réponse à l'item sur l'accélération de la fin de vie, 26.6% des médecins participants en majorité des libéraux (37% libéraux vs 16.2% hospitaliers) estiment qu'il existe un lien de cause à effets (figure 5). Malgré la formation sur la prise en charge de la douleur et son utilisation curative ou palliative, on l'associe encore à des émotions négatives et son emploi reste encore faible. 17.2% soit 11 médecins au total expriment un accord envers l'idée de toujours l'utiliser en fin de vie (figure 6). Les difficultés à sa mise en place étaient la peur de la détresse respiratoire, celle d'altérer la vigilance et celle d'accélérer la mort (figures 8 et 9). Cette peur de la morphine que les médecins peuvent ressentir peut être influencée voire majorée par les collègues, les équipes soignantes, les patients ou les proches et ce malgré eux. Le vécu de chacun influence l'image de la morphine et les représentations des uns créent des représentations chez les autres. Le docteur Peyrard a évalué la progression des opinions et des pratiques autour de la morphine dans son étude publiée en 2006 (40). Elle a noté une « évolution et une dédramatisation de l'utilisation des morphiniques ». La reconnaissance de ses propriétés a permis d'éclaircir les idées reçues. Désormais employée en pratique courante, la consommation des morphiniques a considérablement augmentée depuis 1990 comme le

rapporte le Dr Renaux dans son enquête réalisée en 2012 (41). Néanmoins, elle précise « qu'il persiste encore des réserves du côté des soignants à prescrire des morphiniques y compris devant des douleurs intenses ». Faits également rapportés dans l'étude du Dr Rouscoulet publiée en 2008 (61), « en dépit des réticences liées à la dépendance, au surdosage, aux effets secondaires, on retrouvait des réticences pour des considérations éthiques (2 réponses sur 20) », ce qui fait penser que la morphine a encore mauvaise réputation auprès de certains médecins. L'idée que la morphine puisse précipiter la fin de vie subsiste encore, retrouvée dans une étude italienne de 2003(62) chez 22.2% des médecins participant à l'étude. En comparaison à ces références, on sait que le soignant a deux types de représentations, celles qui découlent des connaissances acquises (les « bonnes » représentations) et celles qui découlent des croyances (les représentations « erronées »). Dans sa pratique le soignant ne compose pas uniquement avec ses connaissances ; ses croyances, intuitions et expériences interfèrent également dans la prise en charge(42). Ainsi, si le soignant a de fausses représentations de la morphine, celles-ci pourraient interagir avec ses connaissances et créer un frein à la prescription.

2/ L'hypnovel

Dans notre étude, les médecins interrogés reconnaissent les propriétés de l'hypnovel et l'assimilent en majorité à un sédatif (figure10). La plupart déclarait l'utiliser dans le but de détendre, on parle d'anxiolyse, ou dans celui d'endormir le patient présentant des symptômes difficiles à contrôler, on parle alors de sédation (figure11). Cependant, seuls 18.5% des médecins libéraux reconnaissent son effet anxiolytique (figure11) et 29.6% l'utilisent dans ce but (figure 12). Cette différence entre anxiolyse et sédation est probablement liée à un « abus de langage » ou à un manque de distinction entre les deux termes. Outre leur propriété hypnotique, les benzodiazépines assurent un effet anxiolytique, myorelaxant et amnésiant permettant au patient de ne plus avoir conscience du temps qui passe et de se détendre. En France, selon les recommandations de l'AFSSAPS et de la SFAP l'hypnovel constitue un médicament de choix pour la sédation en situation de détresse en phase terminale (31, 36). On relève que 86% des médecins de l'étude l'ont déjà prescrit en fin de vie mais peu ont eu l'occasion de l'injecter et d'assister à son injection (figure 13). Toutes les voies d'utilisation n'étaient pas employées par les libéraux (figure 14). Les principales difficultés à sa mise en place étaient le manque de formation, d'expérience et la peur d'utilisation du produit (figure 16). Bien que l'on refuse de l'assimiler à une euthanasie, environ un quart de la population étudiée, 33.3% de libéraux vs 24.3% d'hospitaliers, fait part d'un ressenti de causalité entre sa mise en place et l'accélération de la mort (figure 11). Ces écarts d'utilisation entre les libéraux et les hospitaliers s'expliquent probablement d'une part, par le manque d'expérience avec l'hypnovel au domicile, le manque de connaissances sur les différentes voies d'utilisation du produit, par la spécificité de sa délivrance et par la connaissance du produit lui-même. En effet, pour obtenir l'hypnovel à domicile, le médecin généraliste doit nécessairement faire appel à la pharmacie hospitalière ou prestataire type

hospitalisation à domicile (HAD). Les patients en phase palliative terminale sont rarement sereins et calmes jusqu'à leur décès. Ils présentent un certain nombre de symptômes à l'origine d'inconforts. Ces symptômes réfractaires sont une des indications de la sédation. Il s'agit majoritairement des dyspnées, douleurs et agitations délirantes (63,65). La notion de symptôme réfractaire est synonyme de symptôme insupportable pour le patient, rendant légitime la mise en place de l'hypnovel pour diminuer ce ressenti. Chez les soignants y compris ceux possédant une culture palliative, il existe l'impression que l'hypnovel a pour effet secondaire d'abrèger la vie (67). Cela vient probablement du fait que le décès arrive souvent dans les suites de son introduction, mais cela ne montre en rien un lien de causalité. Aucune étude n'a démontré que son utilisation raccourcit la vie. On peut souligner que les médecins travaillant dans les réseaux de soins palliatifs n'assimilent en aucun cas la sédation à la mort provoquée (66). Il est important de souligner que dans notre enquête, comme pour la morphine, nous n'avons pas approfondi pour l'hypnovel s'il y avait une relation de cause à effet entre l'action de prescrire, celle d'injecter ou d'assister à l'injection et l'apparition de difficultés rencontrées à leur mise place en fin de vie. Nous n'avons également pas tenu compte du genre, de l'âge, du sexe ou de l'expérience professionnelle dans l'analyse des représentations.

3/ Les freins à la prescription :

a) Des difficultés liées au médecin

Bien que je ne l'aie pas évoqué dans mon questionnaire, le vécu du médecin peut constituer un frein à la prescription de ces thérapeutiques. Il est vrai que l'accompagnement des patients en fin de vie est particulier, tant sur le plan médical que relationnel. Face à la mort, le médecin doit mobiliser des ressources pour atténuer son ressenti, ses émotions, son expérience et ses représentations. La souffrance du médecin décrite dans de nombreux travaux de recherche s'explique par l'expression de différents sentiments. Rappelons tout d'abord le sentiment du devoir, retrouvé dans le travail de thèse du Dr Birot en 2010(69).

En effet, ces résultats confortent ceux de l'étude du Dr Texier réalisée en 2012, qui rapportent que « les médecins se sentent sans cesse dans l'émotion, une émotion liée aux liens qui les relient à leurs patients »(70). Le retentissement affectif peut compliquer la prise en charge. Le sentiment de colère ressenti ou d'injustice face à une maladie qui leur enlève un patient qu'ils suivent depuis des années (68, 69, 70,71). Toutes ses émotions peuvent interagir avec leurs représentations et rendre difficile voire impossible l'accompagnement en fin de vie. Sachant que l'expérience a une place importante dans l'élaboration des représentations et que l'individu a tendance à élaborer ses propres représentations en fonction de son vécu mais aussi en fonction de celui des autres.

b) Des difficultés liées à la formation aux soins palliatifs :

Nous constatons dans notre étude, qu'une faible proportion de médecins semble avoir reçu une formation en soins palliatifs puisque 33% ont bénéficié de la formation médicale continue contre 67% affirmant n'avoir reçu aucune formation (figure 21). Or, se former continuellement en médecine est primordial afin de mettre à jour nos connaissances et améliorer la qualité des prises en charge. La formation initiale pour la spécialité de médecine générale dure 9 ans et on estime que 50% des connaissances sont obsolètes en l'espace de 7 ans, d'où l'importance de la formation médicale continue (FMC) pour la qualité de la pratique médicale (73). Pour remédier à cette perte, l'article 11 du code de déontologie énonce que « Tout médecin doit entretenir et perfectionner ses connaissances ; il doit prendre toutes dispositions nécessaires pour participer à des actions de formation continue » (72). L'enseignement des soins palliatifs et du traitement de la douleur devient alors obligatoire à la faculté de médecine dès 1995(20). La formation initiale reçue en deuxième cycle d'études médicales comprend quelques heures d'enseignement abordant le thème de la fin de vie figurant dans le module 6 « douleur, soins palliatifs et accompagnement »(20). Elle peut être complétée par un choix de stage en service de soins palliatifs lors de l'internat. En effet, la maquette du DES de médecine générale comprend un stage dit « libre » qui peut, à ce titre, être effectué au sein d'une équipe de soins palliatifs. C'est d'ailleurs mon cas. Il est important de préciser qu'aucun stage n'est obligatoire en unité de soins palliatifs durant son cursus. La FMC en soins palliatifs dépend du médecin et de sa volonté d'intégrer la démarche palliative à son activité. Pour preuve, un diplôme d'études spécialisées complémentaires (DESC) a été créé en 2008. Il associe deux thématiques transversales : la douleur et les soins palliatifs au sein d'un enseignement théorique et pratique (2 ans en USP). Selon les travaux du Dr Sicard, 80% des médecins n'ont reçu aucune formation à la prise en charge de la douleur ; « tant que la formation des professionnels de santé à la culture palliative restera marginale, il n'y a rigoureusement rien à espérer d'un changement des pratiques en France face aux situations de fin de vie ». Aucune source ne recense exactement la formation distribuée en France en matière de soins palliatifs, mais selon lui, « il semble qu'il y ait des inégalités territoriales à l'image des mêmes inégalités territoriales retrouvées en matière de prise en charge en soins palliatifs »(19).

L'enseignement et la formation en soins palliatifs constituent la base (en termes de connaissances, savoir faire et savoir être) permettant le développement et l'amélioration de la prise en charge des patients en fin de vie. Il semble donc évident qu'un enseignement obligatoire et dédié essentiellement aux soins palliatifs est nécessaire. Notamment dès le début de la formation initiale et lors de l'internat afin de nous familiariser à la culture palliative et intégrer la démarche dans la prise en charge médicale globale du malade. En effet, l'humain est au cœur de la discipline palliative tout comme la médecine au sens général de la profession et doit le rester.

III/ ANALYSE QUALITATIVE

Nous constatons lors de notre analyse que 45% des médecins de l'étude (48.1% de libéraux vs 43.2% d'hospitaliers) considéraient qu'il était nécessaire d'utiliser de façon combinée la morphine et l'hypnovel en fin de vie (figure 18). Les 6 termes les plus fréquemment utilisés pour expliquer cette réponse étaient « soulager la souffrance », « améliorer le confort », « partir paisiblement », « partir sans douleur », « altérer la conscience pour soulager » et « apaiser en fin de vie » (figure 19). On relève dans ces mots-clés l'intention de soulager et de répondre au symptôme « souffrance ». Un objectif d'aider le malade qui « souffre » et de le soulager avec l'intention d'améliorer son confort. La notion de soulager la souffrance reste encore ambiguë dans les situations de fin de vie. Paradoxalement, les termes en défaveur du couple morphine/hypnovel en fin de vie étaient « morphine pour la douleur », « pas nécessairement besoin des deux », « morphine suffit », « hypnovel pour l'angoisse », « risque d'interactions » et « altérer la vigilance ». On relève dans ces mots-clés que les connaissances sur l'utilisation de ces thérapeutiques sont maîtrisées. Cette divergence d'opinions s'explique probablement par le fait que le couple morphine/hypnovel est souvent associé au « cocktail euthanasique ». La morphine de par sa réputation de drogue réservée aux cancéreux ou à la sédation et l'hypnovel au cœur des débats depuis la parution de la nouvelle loi Leonetti-Claeys sur la sédation profonde. Or, nous avons de l'expérience avec ces thérapeutiques, elles ont déjà été associées en médecine sans pour autant provoquer délibérément la mort. Prenons l'exemple de l'anesthésie générale qui consiste à endormir le patient. La phase d'induction peut se faire par inhalation d'un gaz halogéné ou par injection intraveineuse d'un hypnotique, d'un opioïde et d'un curare. Le but étant respectivement de maintenir dans l'inconscience, diminuer le retentissement d'un acte douloureux et de relâcher la musculature ce qui facilitera le geste chirurgical. Cet acte nécessite une surveillance de l'état général et des constantes de façon à traiter d'éventuelles complications. Il n'y a pas de « bonne » ou « mauvaise façon » de faire car chaque fin de vie est différente. C'est dans ce sens que les recommandations de la SFAP ont vu le jour afin de guider la pratique clinique et d'assurer à son patient la voie la « moins mauvaise » possible (31, 36). Nous avons omis dans notre enquête d'évaluer les connaissances sur les recommandations de la SFAP et de la loi. Peut-être que leur meilleure connaissance permettrait aux médecins de ne plus considérer la morphine et l'hypnovel comme des accélérateurs de la mort mais comme des thérapeutiques de l'inconfort en fin de vie.

CONCLUSION

En fin de vie les médecins font face à une prise en charge complexe à laquelle ils ne sont pas toujours préparés. Le médecin doit composer avec la réalité de la mort, sa capacité à accompagner le patient et ses proches et doit reconnaître et accepter sa limite en tant que soignant. Chaque soignant reste un individu soumis à ses propres interrogations, affects et limites. Il est humain avant tout, façonné par son éducation, son vécu, sa formation et ses expériences. Autant de facteurs susceptibles d'influencer ses représentations, réflexions et comportements. Comprendre leurs représentations en ce qui concerne les soins palliatifs et la souffrance en fin de vie permet de comprendre les différents phénomènes susceptibles d'interférer sur la prescription de la morphine et de l'hypnovel. Dans notre étude, nous avons cherché à les comprendre. Nous avons d'abord mis en évidence la reconnaissance de la propriété antalgique de la morphine rapportés par l'ensemble de la population générale, cependant, il existe encore des représentations associées à la dépendance, la modification de la conscience et l'altération du pronostic vital. De la même manière, l'hypnovel sédatif reconnu reste encore méconnu en pratique et son effet conduit à l'assimiler à l'euthanasie. Nous avons souligné dans cette étude, que ces phénomènes peuvent créer des ambivalences voire des résistances sur l'utilisation de ces thérapeutiques. L'étude de ces représentations dans ce contexte de patients en fin de vie retrouve une fréquence de peur à l'égard de la morphine et de l'hypnovel. On voit que les « mythes et croyances » les plus souvent évoqués sont l'addiction, la sédation et le raccourcissement de la vie. Les effets indésirables ne sont cités que de manière générale. Cependant aucun lien de cause à effet n'a été démontré à ce jour. Les médecins doivent pouvoir corriger leurs propres représentations sur l'image de la morphine et de l'hypnovel dans le cadre des soins palliatifs. Cela passe par la formation et l'information. De nombreux travaux de recherches indiquent que la démarche palliative doit faire partie des stratégies de prise en charge des patients. Elle est indispensable car accompagner la fin de la vie fait appel à des pratiques et des attitudes bien différentes de celles que requière la médecine curative (70). Ayant ainsi démontré dans le département d'Eure-et-Loir l'importance des mythes et des croyances sur ces thérapeutiques, il semble évident qu'une des priorités reste la formation des médecins à la culture palliative. Elle doit s'ancrer dans les pratiques médicales quotidiennes. Bien entendu, il ne s'agit pas de former aux soins palliatifs en tant que tels mais plutôt de former au raisonnement qui fonde cette démarche palliative et d'approfondir les connaissances sur l'utilisation, les bienfaits et les risques limités de la morphine et de l'hypnovel en soins palliatifs.

Dans une étude ultérieure, il serait intéressant d'évaluer les représentations des soignants en fonction des différentes formations suivies, ou celles des patients et d'observer leur comportements (ressenti, observance, effet...).

BIBLIOGRAPHIE

1. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
2. Loi n°99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs et à l'accompagnement.
3. Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie
4. Article R.4127-37 du code de santé publique, Soulagement des souffrances/non obstination déraisonnable
5. loi n°2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droit des malades et à la fin de vie », consultable sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2005/4/22/SANX0407815L/jo/texte>
6. Loi n° 2016-87 du 2 février 2016 consultable sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2016/2/2/2016-87/jo/texte>
7. « Souffrance ». Larousse, Dictionnaire.
8. Etymologie « soins » et « Palliatif » consultable sur : <https://fr.wiktionary.org/>
9. Bases neurophysiologiques et évaluation de la douleur aiguë et chronique selon l'OMS
10. SFAP. Définition des soins palliatifs selon l'OMS.1999
11. SFAP. Définition des soins palliatifs selon l'OMS.2002
12. Saunders C, Baines M., la vie aidant la mort. 2eme edition. Arnette-Blackwel, 1995. 80p
13. Kübler Ross,E., les derniers instants de vie, Labor et Fidès, Genève, 1975 : 96-97.
14. SHMESP (éd.), la mort au moyen âge.Actes du colloque tenu à Strasbourg du 6 au 7 juin 1975,Strasbourg, Istra, 1977.
- 15.Erlande-Brandenburg A., le roi est mort : étude sur les funérailles, les sepultures et les tombeaux des rois de France jusqu'à la fin du XIIIè siecle, Paris,Droz,1975.
- 16.Aries P., Essais sur l'histoire de la mort en occident : du moyen âge à nos jours, Paris, Seuil, 1975.
17. Soins palliatifs : spécificités d'utilisation des médicaments courants hors antalgiques, AFSSAPS 2002.
18. Pr Régis Aubry. « Etat des lieux du développement des soins palliatifs en France en 2010». Rapport à M. Le Président de la République. Avril 2011.

19. Sicard D. Pense solidairement la fin de vie. Commission de réflexion sur la fin de vie en France.2012
- 20 .Historique des soins palliatifs – Association pour le développement des Soins palliatifs (ASP) Tarn. Consultable sur : <http://www.asp-tarn.fr/doc/historique.pdf>
21. Lamau, M., Manuel des soins palliatifs. ed. E. Privat. 1994.
22. Blanchet, V et al., Soins palliatifs: réflexions et pratiques. ed. Formation et développement. 2000.
23. Delbecque, H., Les soins palliatifs et l'accompagnement des malades en fin de vie, ed. L.D. Française. 1993.
24. Couvreur, c., Les soins palliatifs. ed. Medsi/Mac Graw-Hill.1989.
25. Chabrun-Robert, C., La loi sur les soins palliatifs. Le concours médical, 1999.21(30): p. 2337-2338.
26. Noel, K., Hinglis E., et Devictor D., Opinions de médecins généralistes face aux fins de vie à domicile. La Presse médicale, 1999.28: p. 692-694.
27. Sebag-Lanoë, R., Les soins palliatifs et de confort. La revue du praticien, 2000. 50: p. 675-678.
28. De Broca, A., Douleurs, soins palliatifs, deuils, ed. E. Masson. 2002.
29. Yver-Elleaume, C. et Larue F., Les soins palliatifs et de confort. La Revue médicale, 1997.47: p. 415-421.
30. De Hennezel, M., Mission "Fin de vie et accompagnement". 2003. Consultable sur <http://www.sfap.org>
31. Les recommandations de bonne pratique. Douleur rebelle en situation palliative avancée de l'adulte, AFSSAPS. 2002
32. Organisation des soins palliatifs en France. SFAP. Consultable sur : <http://www.sfap.org> > Documentation > Les documents et les textes officiels (accès le 23 décembre 2014).
- 33 : L'hospitalisation à domicile (HAD) - Ministère de la santé. Consultable sur : <http://www.sante.gouv.fr> > Hospitalisation à domicile (accès le 23 décembre 2014).
34. OMS. Traitement de la douleur cancéreuse et des soins palliatifs. Série de rapports techniques 804, Genève.1990.
35. Gilloots E, « Souffrance et douleur », GESTALT, 1/2006 (n° 30), p. 23-32.
36. Les recommandations sur la sédation. SFAP

37. Ben Diane, M.-K., Pegliasco H, et Galinier A, Prise en charge des malades en fin de vie en médecine générale et spécialisée. La Presse médicale, 2003.
38. Neuwirth, L., Rapport d'information sur les soins palliatifs et l'accompagnement. 1998-1999.
39. Vatani, N., Soins palliatifs en milieu rural. La revue du praticien. Médecine générale, 2003.616(17): p. 792-794.
40. Peyrard C. Douleur et morphine: évolution des idées et des pratiques. Revue internationale de soins palliatifs. 2006;21:10 à 11.
41. Reneaux C, - Représentations des traitements morphiniques chez les patients en situation palliative – (thèse de médecine générale) - Nancy: Université Henri Poincaré Nancy 1 ; 2012
42. Birmelé B, Lemoine M. Éducation thérapeutique : transmission de connaissances ou de croyances ? Éthique & Santé. 2009;6:66-72
43. Fino-Delcroix M. Les soins palliatifs et le médecin généraliste. Thèse présentée et soutenue publiquement le 14 septembre 2012.
44. Morphine. Vidal. 2016.
45. Le Marec C. Histoire de l'opium médicinal: Du pavot aux alcaloïdes de l'opium. Douleurs: Evaluation - Diagnostic - Traitement. 2004 avr; 5(2):83-98.
46. Petite histoire de la douleur et de la morphine. Le Courrier de l'algologie (3), no 2, avril/mai/juin 2004
47. La Noire Idole, étude sur la Morphinomanie, Albert Messein, 1907, 36 p.
48. Porter J, Jick H. addiction rare in patients treated with narcotics. New England Journal of Medicine. 1980;302(2).
49. Jodelet D. Place de l'expérience vécue dans le processus de formation des représentations sociales. Les savoirs du quotidien. Transmission, Appropriations, Représentations. 2006.
50. Beaudouin Bianchi S, Guenot C. Influence des représentations sur le respect des prescriptions et de l'administration de morphine. Paris: AP-HP; 2004 déc
51. Paris P. Morphine ou « mort fine ». 2008.
52. Midazolam ou « hypnovel ». Vidal. 2016.

53. Gerecke M, Pieri L. Le midazolam. Données chimiques et neuropharmacologie expérimentale Midazolam. Chemical properties and experimental neuropharmacology. Ann. Fr. Anesth. Réanim., 1984; 3:155-1611
54. Du Cailar J. Anesthésie Reanimation. 1984;3(3):151-152.
55. Hatterer E. Utilisation des benzodiazépines en médecine d'urgence. Urgence Pratique. 2011.
56. Viillard ML., Aubry R., Blanchet V., Sédation en médecine palliative : recommandations chez l'adulte et spécificités au domicile et en gériatrie. Médecine palliative — Soins de support - Ethique. 2010 ; 9 : 59-70.
57. Bonnet F, Lescot T. Analgésie et sédation en réanimation. Springer, 2010
58. Collado V, Faulks D, Hennequin M. Choisir la procédure de sédation en fonction des besoins du patient. Realités cliniques. 2005; 16(3):201-219.
59. Burucoa B et al., Pour une sédation vigile non euthanasique. Midazolam et méthotriméprazine, alternative à l'euthanasie. Info kara 1996 ; 43 : 21-29.
60. Decoster C. Etat des lieux et perspectives d'amélioration de la prise en charge d'un patient relevant de soins palliatifs à domicile par le médecin généraliste. Thèse présentée et soutenue publiquement le 5 Juin 2013.
61. Rouscoulet D. Analyse de prescription des morphiniques auprès des généralistes du Val de Marne. (thèse de médecine générale) - Créteil ; 2008
62. Salvato C., Aretini G., Serraglia D., Terrazzani G., Debetto P., Giusti P., Opioid prescription for terminally ill outpatients in a district of northern Italy: a retrospective survey. Pharmacol Res. 2003;48:75-82
63. M. Jakobsson, P. Strang, Midazolam (Dormicum) in terminal anxiety and agitation. The last choice alternative in palliative care. Lakartidningen. 1999; (96)17: 2079-81.
64. Valerz, J., Aubry R., Les croyances du médecin sur la douleur en fin de vie. European Journal of Palliative Care, 2000.7: p. 178-182.
65. Ah. Navigante et al., Le midazolam comme thérapeutique adjuvante de la morphine dans le contrôle de la dyspnée sévère chez les patients présentant un cancer avancé. Journal of Pain and Symptom management 2006 ; 31 : 38-47.
66. Guirimand, F., Dacuhy S., Laval G., « Quelques précisions et commentaires du Comité scientifique de la SFAP à propos des recommandations sur la sédation en soins palliatifs ». Médecine Palliat. 2010. n°9, p. 214-218.

67. Giroud M., utilisation du midazolam dans les services cliniques du CHU de Grenoble : étude rétrospective et analyse des pratiques
68. Trouillet H. Soins palliatifs et fin de vie à domicile
69. Birot E. Ressenti de médecins généralistes face à la prise en charge palliative dans le cadre de l'hôpital à domicile. Thèse présentée et soutenue publiquement le 6 avril 2010.
70. Boespflug O. Le médecin face au malade en fin de vie : enquête auprès du corps médical sur la formation aux soins palliatifs et l'accompagnement des malades en fin de vie. Médecine palliative 2012 - Vol. 4 - N° 4 - p. 165-171.
71. Texier G. et al. Refus de prise en charge du patient en soins palliatifs (en phase terminale) à domicile par son médecin généraliste. Médecine palliative. 2012.
72. Article 11 du Code de Déontologie Médicale
73. Cordonnier P., la formation continue des médecins généralistes, à l'aube du développement professionnel continu
74. Loi n° 71-575 du 16 juillet 1971 portant organisation de la formation professionnelle continue dans le cadre de l'éducation permanente
75. Musi M, Bionaz A. Les mythes de la morphine: une étude auprès de la population générale, des infirmières, des infirmiers et des médecins en vallée d'Aoste. Revue internationale de soins palliatifs. 2005.
76. Article sur la suspension des exécutions au midazolam dans l'Oklahoma consultable sur : http://www.peinedemort.org/document/7968/Suspension_executions_midazolam_l-Oklahoma
77. article concernant le témoignage du Dr Tournigand Christophe sur l'hypnovel ,Consultable sur : http://www.lemonde.fr/societe/article/2011/09/07/on-pose-des-antidouleurs-au-risque-d-endormir-et-de-hater-le-deces_1568829_3224.html
78. article concernant l'affaire Nicolas Bonnemaison ,Consultable sur : <http://www.leparisien.fr/magazine/grand-angle/justice-un-medecin-qui-leur-voulait-du-bien-05-06-2014-3899097.php>

ANNEXES

Annexe 1

<input type="checkbox"/> Homme	<input type="checkbox"/> Femme
<input type="checkbox"/> Activité libérale	<input type="checkbox"/> Activité hospitalière
Age :	Service :

1) Avez-vous déjà suivi ou suivez-vous actuellement une formation en soins palliatifs

oui non

Si non pourquoi ? (Plusieurs réponses possibles)

manque de disponibilité manque de ressources manque d'informations
 manque d'intérêt peur de la mort autre précisez :

2) Avez-vous déjà été au contact d'une équipe de soins palliatifs ?

oui non

Si non, pourquoi ? (plusieurs réponses possibles)

aucune utilité manque d'informations manque de disponibilité
 appréhension face à la fin de vie autre précisez :

3) Avez-vous déjà été confronté à la prise en charge d'une fin de vie ?

oui non

Si non, pourquoi ?

manque de ressources manque de disponibilité manque de formation
 peur de la mort autre précisez :

4) Pour vous, qu'est ce que la Morphine ?

	oui	non	je ne sais pas
Une drogue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un antalgique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un dépresseur respiratoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un puissant anesthésiant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un anxiolytique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Un myorelaxant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un euphorisant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Autre précisez :

5) Avez-vous eu recours à la Morphine pour : **oui** **non**

Prémédication aux soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Induction anesthésie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anxiolyse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soulager une douleur physique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sédation d'urgence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sédation terminale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accélérer une fin de vie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6) Utilisez-vous de la morphine en fin de vie?

toujours souvent rarement jamais

6A) Lorsque vous avez eu recours à la Morphine, avez-vous :

prescrit préparé injecté assisté

6B) Par quelles voies utilisé vous la Morphine ?

per os intraveineuse sous-cutanée transcutanée autre précisez :

7) Avez-vous rencontrés des difficultés à sa mise en place ?

oui non

Si oui, quelles sont ces difficultés ? (plusieurs réponses possibles)

peur d'altérer la vigilance peur d'accélérer le processus par une dépression respiratoire

peur de la dépendance peur d'accélérer la mort autre précisez :

8) Pour vous, qu'est ce que l'Hypnovel ? **oui** **non** **je ne sais pas**

Un anxiolytique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un sédatif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un anticonvulsivant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un hypnotique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un anesthésiant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un dépresseur respiratoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Autre : précisez

9) Avez-vous eu recours à l'Hypnovel pour :	oui	non
Prémédication aux soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Induction anesthésie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anxiolyse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soulager une douleur physique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sédation d'urgence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sédation terminale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accélérer une fin de vie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10) Utilisez-vous de l'Hypnovel en fin de vie ?

toujours souvent rarement jamais

10A) Lorsque vous avez eu recours à l'Hypnovel, avez-vous :

prescrit préparé injecté assisté

10B) Par quelles voies avez-vous utilisé l'Hypnovel ?

intraveineuse sous-cutanée sublinguale nasale autre

11) Par quel moyen avez-vous eu recours à l'Hypnovel ?

pharmacie hospitalière HAD (hospitalisation à domicile) ou prestataire de service
 structure de soins palliatifs (réseaux, Equipe Départementale de Soins Palliatifs...) aucun

12) Avez-vous rencontré des difficultés à sa mise en place ?

oui non

Si oui, quelles sont ces difficultés ? (plusieurs réponses possibles)

accessibilité du produit manque de formation sur son utilisation
 manque d'expérience sur l'utilisation du produit peur d'utilisation du produit
 autre précisez :

13) Pensez-vous que le couple Morphine/ Hypnovel est indispensable en fin de vie ? Si oui pourquoi ? Si non pourquoi ?

Annexe 2

SOLBIAC Débora

Interne en médecine générale

deborasolbiac@gmail.com

Le 27/02/2017

Objet : enquête dans le cadre de ma thèse

« L'utilisation de la Morphine et de l'Hypnovel en fin de vie peut-elle précipiter la mort ? »

Cette question a suscité mon intérêt, notamment lors de mon stage au sein de l'équipe mobile de soins palliatifs de Dreux et de l'équipe d'appui départementale.

A partir de ce questionnement, j'ai décidé de réaliser une étude dans le cadre de ma thèse.

Votre avis est primordial pour moi. Il ne s'agit en aucun cas d'un jugement concernant votre pratique mais de comprendre la perception de la morphine et de l'hypnovel par les médecins au cours de la prise en charge de patients en fin de vie. Vous trouverez ci-joint un questionnaire assez rapide à compléter car j'ai bien conscience que votre temps est limité.

Merci de nous retourner le questionnaire au plus tard le 27/03/2017.

Je vous prie, en cas de non réponse, de nous retourner le questionnaire en précisant le motif de votre refus de participation.

Pour tout renseignement, n'hésitez pas à me contacter.

Bien respectueusement
Débora.

SOLBIAC Débora

59 pages – 24 figures – 2 annexes

Résumé :

La fin de vie est un sujet délicat qui touche aussi bien le corps médical, le malade que son entourage, et qui interroge chacun dans ses valeurs, ses croyances, ses représentations, son rapport à la souffrance et à la mort. Nous avons constaté que la souffrance en fin de vie regroupe plusieurs composantes, on parle alors de souffrance totale. Bien que la réponse à cette souffrance soit globale et pluridisciplinaire, il existe des thérapeutiques permettant de répondre aux douleurs physique et morale. Il s'agit respectivement de la morphine et de l'hypnovel. Cependant, les mythes et les croyances les concernant ont créé des représentations chez les médecins. Ce qui expliquerait probablement pourquoi leur utilisation fait l'objet de nombreuses réserves dans les situations de fin de vie en Eure-et-Loir. A partir d'une étude semi-quantitative, nous avons tenté de répondre à la question : Quelles sont les représentations des médecins dans le département d'Eure-et-loir concernant l'usage de la morphine et de l'hypnovel chez les patients en fin vie ? Notre population se constituait exclusivement de médecins généralistes libéraux et de médecins hospitaliers. Nous avons sélectionnés les médecins libéraux en leur adressant un courrier postal et les hospitaliers en leur remettant un questionnaire en main propre. Les données récoltées résultaient d'un questionnaire, composé de questions fermées et d'une question ouverte, que nous avons préalablement conçu. Au total, 64 réponses ont été recueillies. Les résultats révèlent qu'il existe encore des confusions entre les soins de confort et l'euthanasie. Afin d'améliorer la prise en charge de la souffrance en fin de vie et corriger les représentations erronées, les médecins ont besoin de se former davantage à la culture palliative.

Mots clés : fin de vie, souffrance globale, morphine, hypnovel, représentations, mythes, croyances, soins palliatifs.

Jury :

Président du Jury :	Professeur Patrice DIOT
<u>Directeur de thèse :</u>	<u>Docteur Stéphanie DOKITCH</u>
Membres du Jury :	Professeur Annabel MARUANI
	Professeur Vincent CAMUS

Date de soutenance : le 30 octobre 2017