

Monsieur,

L'[article](#) dû à un lecteur Médecin m'a surprise et j'ai été quelque peu choquée.

Diplômée de 3eme cycle en Pharmacologie et ayant un DIU de Soins Palliatifs, ancien il est vrai car datant de la Loi Léonetti et non pas de la loi Léonetti Clays, qui, je me souviens, avait choqué la majorité des présents au Congrès de Soins Palliatifs d'Angers l'année du passage de cette loi inique à mon sens de chrétienne.

Sur cet article, je suis en accord avec certains passages.

L'article de la loi Léonetti Clays est exact : « En France, la loi la plus récente sur la sédation terminale remonte à février 2016, et s'inspire directement des recommandations de la SFAP. Elle déclare que *« toute personne a droit à une fin de vie digne et accompagnée du meilleur apaisement possible de la souffrance. La loi reconnaît ainsi le droit du patient à une sédation profonde et continue jusqu'au décès, associé à une analgésie. L'objectif est de soulager une personne malade qui présente une situation de souffrance vécue comme insupportable alors que le décès est imminent et inévitable »*

*« L'usage des analgésiques [en toute rigueur de classes médicamenteuses, il faudrait ajouter : et des hypnotiques et anxiolytiques] pour alléger les souffrances du moribond, même au risque d'abrégé ses jours, peut être moralement conforme à la dignité humaine si la mort n'est pas voulue, ni comme fin ni comme moyen, mais seulement prévue et tolérée comme inévitable. Les soins palliatifs constituent une forme privilégiée de charité désintéressée. A ce titre ils doivent être encouragés ».* »

Le problème est que ces « soins » (utilisés chez M. Vincent Lambert), sont utilisés comme moyen et comme fin et peuvent être évitables, si la douleur totale est bien prise en charge. J'ai travaillé en milieu hospitalier pendant près de 10 ans en soins palliatifs (SP), je puis vous le confirmer !

*« Certains patients vont s'éteindre doucement, sans souffrance particulière. D'autres vont présenter une souffrance physique (et/ou parfois morale) intense »*

C'est exact : mais une prise en charge de la douleur psychologique (« je vois dans les yeux de l'Autre que je ne suis pas digne de vivre »), de la douleur sociale (« on me considère comme inutile et couteux », entre autres), de la douleur de l'entourage (si la famille et les amis sont dans la peine, si le personnel soignant est malheureux, désemparé ou surchargé, le malade le ressent et culpabilise), de la douleur spirituelle (à quoi sert la Vie, à quoi sert ma vie, qu'ai-je fais de ma Vie, qu'y a-t-il après la mort ? etc., etc. Depuis quelques années, « on » appelle cela douleurs existentielles, tant le mot spirituel est tabou !)

C'était, entre autres, mon travail.

*« Il s'agit ni plus ni moins que de leur dire : « Je ne suis pas capable de diminuer votre douleur, qui est réfractaire à tout ce que j'ai pu mettre en place jusque-là. J'ai épuisé toutes les alternatives raisonnables pour vous soulager. La seule chose que je puisse vous proposer est de supprimer la perception que vous en avez en diminuant votre état de conscience ».*

*« L'échec progressif des thérapeutiques antalgiques est monnaie courante en cancérologie, en phase terminale, et met les équipes en difficulté, à cause d'un sentiment d'échec. En*

*situation terminale, la sédation profonde et continue reste l'arme de dernier recours pour soulager un patient d'un symptôme intolérable, quel qu'il soit »*

Je constate depuis quelques années, que, plutôt que de se casser la tête à rechercher le bon médicament, à revoir les interactions, les effets secondaires, « on » cherche la simplicité : on « sédate » et hop, on est tranquille, et à part le passage de l'infirmière pour vérifier l'état du malade, on n'a plus besoin de se poser, et communiquer avec lui, de façon verbale et non verbale, avec le cœur, l'âme et l'esprit !

Un travail statistique s'était fait aux USA, à l'époque de mes études en SP, sur plusieurs milliers de personnes de tous âges, en fin de vie (non terminale).

Majoritairement, les personnes voulaient continuer à vivre, demandaient des soins, mais avouaient demander la mort « pour faire plaisir à la famille et aux soignants » !!!

A faire réfléchir, n'est-ce pas ?

*« En pratique, une infirmière passe régulièrement pour ajuster la dose d'hypnotique. »*

Curieux car ce genre de produit, toxique, nécessite une prescription donc une posologie indiquée par le médecin. (Protocole à outrance ???)

*« **Progressivement, un coma calme va survenir, pour deux raisons : les médicaments sédatifs et analgésiques employés d'un côté, et la défaillance multi-viscérale de l'autre.** En effet, il s'agit de patients en fin de vie, chez qui le foie, les reins, etc. vont progressivement ne plus faire leur travail d'épuration. L'accumulation de métabolites toxiques va engendrer une toxicité cérébrale, source de coma. **Le décès surviendra rapidement, le plus souvent par défaillance multi-viscérale, et non en raison de l'effet (moralement admissible) des médicaments employés.** »*

C'est là, où mon désaccord est tangible.

Ces médicaments vont, du fait des pathologies sous-jacentes, provoquer des effets indésirables, en augmentant la défaillance des organes atteints, et le décès survient alors rapidement (en moyenne, 3 jours, à savoir que les médecins donnent le bulletin d'aggravation au moment de la mise sous ces produits).

*« Le médicament de choix pour une sédation terminale est le midazolam (HYPNOVEL®), qui est sédatif, peu dépressur respiratoire à faible dose (autour du milligramme par heure) »*

Ceci est faux.

Tant pour le midazolam (contre-indication)

Que pour le rivotril : effet secondaire majorant la pathologie initiale selon Thériaque, Voire

Contre indication selon l'ANSM:

Je vous joins un copié-collé (j'ai effacé les données ne concernant pas la pathologie du Coronavirus pour vous en faciliter la lecture), afin de vous montrer ce que disent les documents professionnels sur ce sujet (ici : Thériaque, la « bible » des pharmaciens hospitaliers) :

*« Des alternatives médicamenteuses sont possibles pour une sédation terminale, notamment avec du RIVOTRIL® (benzodiazépine, comme l'HYPNOVEL®), dont l'emploi est plus compliqué (demi-vie longue, ajustement de la dose moins simple, etc.) »*

*« **La décision gouvernementale précise que cette prescription est possible « en cas de détresse respiratoire, chez les patients dont l'état clinique le justifie** ».* En langage médical,

*c'est la description d'une sédation terminale : cette prescription n'a de sens que chez des patients infectés au-delà de toute ressource thérapeutique. »*

Ah bon ???

**Le principal effet secondaire étant : dépression respiratoire !!!!**

Et que, d'après l'ANSM, l'insuffisance respiratoire est une contre-indication !

(<http://agence-http://agence-prd.anism.sante.fr/php/ecodex/frames.php?specid=63523836&typedoc=R&ref=R0319799.html>  
[rd.anism.sante.fr/php/ecodex/frames.php?specid=63523836&typedoc=R&ref=R0319799.html](http://rd.anism.sante.fr/php/ecodex/frames.php?specid=63523836&typedoc=R&ref=R0319799.html))

**(Ce médicament ne doit jamais être utilisé dans les situations suivantes :**

-hypersensibilité au clonazépam, aux benzodiazépines ou à l'un des excipients mentionnés à la rubrique 6.1,

- **insuffisance respiratoire sévère**, syndrome d'apnée du sommeil,

- insuffisance hépatique sévère, aiguë ou chronique (risque de survenue d'une encéphalopathie),

- myasthénie

Il est vrai que lorsqu'on considère qu'un besoin fondamental comme celui de s'alimenter et de s'hydrater est devenu un « traitement » que l'on peut arrêter chez un patient handicapé mais non en fin vie, il faut s'attendre à tout.

C'est pourquoi, je maintiens que, cette façon de faire est une euthanasie déguisée, habillée de bons sentiments et non d'obtenir une fin de vie digne (comme si mourir avec un bon traitement antidouleur et des soins de bien être appropriés n'était pas digne)

Ceci cache, bien sûr, un manque de moyens tant financiers (impossibilité d'acheter le matériel et les appareillages nécessaires) que de personnels (diminution du nombre de personnels soignants) que d'outils (médicaments, masques, test) et de lits, puisque ces 2 derniers gouvernements ont fermé un nombre de lits inimaginables.

Je ne dis pas que votre lecteur est de mauvaise foi.

Je tenais simplement à vous donner mon point de vue, en tant que professionnelle du médicament ET des Soins Palliatifs, en retraite depuis plus de 2 ans.

Cordialement

H.R.

PJ : le copié collé dont je vous ai parlé.

## **MIDAZOLAM**

### Sédation

- En Cas De Procedure A Visee Diagnostique
- En Cas De Procedure A Visee Therapeutiqu
- Chez L'adulte
- Chez L'enfant

Ce Médicament Est Un Hypnotique Et Un Sédatif A Action Rapide Dont Les Indications Sont

\* Chez L'adulte

- Sédation Vigile, avant et pendant les procédures a visée diagnostique ou thérapeutique, avec ou sans anesthésie locale.

- Premédication Avant Anesthésie Générale Chez L'adulte et Chez L'enfant

- Anesthésie

- Agent sédatif en association avec d'autres agents anesthésiques/analgésiques.

- Sédation en soins intensifs chez l'adulte chez l'enfant.

- **Sédation En Unité De Soins Intensifs.**

Le Midazolam est un agent sédatif puissant qui nécessite d'être administré lentement et en appliquant la méthode de titration. La titration est fortement recommandée pour obtenir le niveau de sédation recherché en fonction du besoin clinique, de l'état physique, de l'âge et des médicaments associés. **Chez l'adulte âgé de plus de 60 ans, ou l'adulte en mauvais état général ou l'adulte atteint de maladie chronique, la posologie doit être déterminée avec prudence et les facteurs de risque individuels doivent être pris en compte systématiquement.**

**Voie(S) D'administration**

- Intraveineuse

**Terrain(S) Physio-Pathologique(S)**

- Adulte
- Sujet Age
- Sédation

**Indication(S)**

- **En Soins Intensifs**

**Posologie Attaque**

**Dose**

De 0,03 Mg/Kg/Traitement A  
0,3 Mg/Kg/Traitement

**Fréquence Maximale**

Adapter

- Espacer Administ De 2 Minutes
- La Première Prise

**Durée De Traitement**

**Posologie Entretien**

**Dose**

De 0,03 Mg/Kg/Heure A 0,2 Mg/Kg/Heure

**Fréquence Maximale**

Adapter

**Durée De Traitement**

- Adapter selon rapport bénéfice/risque
- Adapter en fct état clinique
- Adapter en fct âge du patient
- Adapter en fct poids du patient
- Adapter en fct autres thérapeutiques

**Adaptation Posologique**

**Recommandation(S)**

- **Utiliser Dosage Le Mieux Adapte**

\* Posologies Standard

Le Midazolam est un agent sédatif puissant qui nécessite d'être administré lentement et en appliquant la méthode de titration. **la titration est fortement recommandée pour obtenir le niveau de sédation recherché en fonction du besoin clinique, de l'état physique, de l'âge et des médicaments associés. chez l'adulte âgé de plus de 60 ans, ou l'adulte en mauvais état**

général ou l'adulte atteint de maladie chronique, **la posologie doit être déterminée avec prudence et les facteurs de risque individuels doivent être pris en compte systématiquement**. les posologies standard sont fournies ci-dessous a titre indicatif.

- Adultes

La Dose de charge iv de 0,03 à 0,3 mg/kg doit être administrée lentement par fractions. Chaque fraction de 1 à 2,5 mg doit être injectée en 20 à 30 secondes en attendant 2 minutes entre deux injections successives. Chez les patients en hypovolémie, ou en vasoconstriction, ou en hypothermie, la dose de charge doit être réduite ou supprimée.

Lorsque le Midazolam est associé à des analgésiques puissants, ces derniers doivent être administrés en premier de façon à ce que l'effet sédatif du midazolam puisse être **Contrôlé par titration** par rapport à la sédation provoquée par les analgésiques.

**Dose D'entretien Iv** : Les doses peuvent être comprises Entre 0,03 Et 0,2 Mg/Kg/Heure. Chez les patients en hypovolémie, en vasoconstriction, ou en hypothermie, la dose d'entretien doit être réduite. Le Niveau De Sédation doit être réévalué régulièrement. **Lors d'une sédation prolongée, un phénomène d'échappement thérapeutique peut se développer et une augmentation de la dose peut être nécessaire.**

### **Contre-Indication Absolue : Insuffisance Respiratoire**

- **Insuff Respiratoire Aigue**
- **Insuff Respiratoire Severe**

L'administration Concomitante Du Midazolam avec d'autres sédatifs/hypnotiques et déprimeurs du snc, dont l'alcool, peut entraîner un accroissement de la sédation et de la dépression respiratoire.

Exemples : Dérivés Opiacés (Administrés A Titre D'antalgiques, D'antitussifs Ou De Traitements De Substitution), Antipsychotiques, Autres Benzodiazépines Administrées A Titre D'anxiolytiques Ou D'hypnotiques, Barbituriques, Propofol, Kétamine, Etomidate ; Antidépresseurs Sédatifs, Anciens Anti-Histaminiques Et Antihypertenseurs D'action Centrale.

Le Midazolam Diminue La Concentration Alvéolaire Minimum (Cam/Mac) Des Anesthésiques Inhalés.

### **Effets Indésirables A Dose Thérapeutique**

#### **Effets Indésirables Cliniques**

##### **Troubles De L'état General**

- Asthenie

##### **Troubles Mentaux Et Du Comportement**

- Agitation, Agressivite, Cauchemar, Confusion Mentale, Conscience-Trouble, Delire,, Hallucination, Insomnie, Psychose, Sommeil-Trouble, Trouble Psychocomportemental

##### **Troubles Du Systeme Immunitaire**

- **Bradycardie**, **Bronchospasme / Asthme**, Choc Anaphylactique, Eruption Cutanée, Erythème, Prurit, Reaction Allergique, Tachycardie, Urticaire

##### **Troubles Affectant Plusieurs Organes**

- Agitation, Anxiété, Céphalée, **Convulsion**, Douleur Abdominale, Fragilité émotionnelle, Hallucination, Irritabilité, Myalgie, Nausée Vomissement, **Palpitations**, Tremblement
- Trouble Psychocomportemental

### Troubles Gastro-Intestinaux

- Nausée Vomissement, **Sècheresse Buccale**

### Troubles Cardio-Vasculaires

- Arrêt Cardiaque, Arythmie, Bradycardie, Insuffisance Cardiaque, Tachycardie,

### Troubles Respiratoires

- Apnée, **Arrêt Respiratoire**, Bradypnée, **Dépression Respiratoire**, Dyspnée, Hypersecretion Voie Respiratoire Sup, Hypoxie, Laryngospasme

### Effets Indésirables En Cas De Surdosage

#### - Effets Indésirables Cliniques

- Agitation, Apnée, Areflexie, Ataxie, Coma, Confusion Mentale
- **Decès / Mortalité**
- **Depression Myocardique**
- **Depression Respiratoire**
- Hypnose
- Hypotension Artérielle, Hypotonie Musculaire

## RIVOTRIL

### Indication

#### Etat de mal épileptique

- Chez l'adulte
- Chez l'enfant
- Traitement d'urgence

Ce médicament est indiqué dans le traitement d'urgence de l'état de mal épileptique de l'adulte et de l'enfant.

D'où le fait que ce produit est utilisé hors AMM !!!!

Les effets secondaires sont les mêmes que ceux du Midazolam.

A savoir, entre autres,

#### **troubles cardio-vasculaires**

- arrêt cardiaque, arythmie, bradycardie, hypotension artérielle, insuffisance cardiaque, tachycardie, vasodilatation périphérique

#### **troubles respiratoires**

- apnée, bradypnée, **dépression respiratoire**, dyspnée, hypersécrétion voie respiratoire sup
- hypoxie
- laryngospasme

#### - effets indésirables paracliniques

#### **troubles systèmes sanguin et lymphatique**

- anémie
- leucopénie
- thrombocytopénie

C'est pourquoi, ce produit est, forcément un produit euthanasique dans les conditions de son utilisation dans une maladie provoquant des troubles cardiaques et surtout respiratoires.