



Situations complexes des infections banales

Antibiothérapie chez le patient en fin de vie

Dr Thibaut Fraisse
CH ALES CEVENNES
12 Juin 2025



Déclaration de liens d'intérêt avec les industriels de santé
en rapport avec le thème de la présentation (loi du 04/03/2002) :

L'orateur ne
souhaite
pas répondre

☐

- **Intervenant** : Fraisse Thibaut
- **Titre** : Antibiothérapie chez le patient en fin de vie

- Consultant ou membre d'un conseil scientifique ☐ OUI ☒ NON
- Conférencier ou auteur/rédacteur rémunéré d'articles ou documents ☒ OUI ☐ NON
- Prise en charge de frais de voyage, d'hébergement
ou d'inscription à des congrès ou autres manifestations ☒ OUI ☐ NON
- Investigateur principal d'une recherche ou d'une étude clinique ☐ OUI ☒ NON



Déclaration d'intérêt de 2014 à 2024

- Intérêts financiers : aucun
- Liens durables ou permanents : aucun
- Interventions ponctuelles : Sanofi (2025) Pfizer (2024), Gilead (2019), Novartis (2015)
- Intérêts indirects : aucun

Antibiothérapie chez le patient en fin de vie

- ❖ Introduction Définition du patient en fin de vie
- ❖ Utilisation des antibiotiques en fin de vie, Pourquoi les infectiologues sont concernés?:
 - Épidémiologie
 - Efficacité
 - Impact de l'antibiothérapie
- ❖ Propositions pour aider à mieux prescrire les antibiotiques en fin de vie: Pistes pour améliorer le Bon Usage des antibiotiques
 - Informer/éduquer
 - Apporter son expertise en pluridisciplinaire
 - Pas à Pas jusqu'au Traitement Antibiotique d'attente (Time Limited Trial Treatment)
- ❖ Conclusion

Définition de la fin de vie

Définir la fin de vie: « Une évidence inévidente »

Jankélévitch

Reference	Actively Dying	End of Life
Print dictionaries		
McGraw-Hill Allied Medical Dictionary (2008)	No entry	No entry
Dorland's Illustrated Medical Dictionary (2007)	No entry	No entry
Black's Medical Dictionary (2009)	No entry	No entry
Mosby's Medical Dictionary (2009)	No entry	No entry
Online dictionaries		
Stedman's Medical Dictionary (2006)	No entry	No entry
Taber's Cyclopedic Medical Dictionary (2009)	No entry	No entry
MediLexicon (2011)	No entry	No entry
Medical Dictionary (WebMD, 2011)	No entry	No entry
MedlinePlus Medical Dictionary (2011)	No entry	No entry
The Free Dictionary: Medical Dictionary (2011)	No entry	End of life. (Medtalk) adjective: Referring to a final period—hours, days, weeks, months in a person's life in which it is medically obvious that death is imminent or a terminal moribund state cannot be prevented.



D Hui JPSM 2014

FIN DE VIE

Les chercheurs et les autorités publiques, notamment la Haute Autorité de santé, retiennent habituellement deux définitions de cette notion :

- La première associe la fin de vie à une estimation de la durée de vie restante : le pronostic vital est engagé à court ou moyen terme. Le Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé (CCNE) relève, dans son avis n° 139, que le cadre juridique actuel est adapté aux pronostics de court terme (quelques heures à quelques jours) mais pas de moyen terme (quelques semaines à quelques mois)
- La seconde associe la fin de vie à l'évolution d'une pathologie grave qui rentre en phase avancée, potentiellement mortelle (cancer, défaillance d'organes, maladie neurodégénérative, etc.).

Ces définitions confirment la possibilité d'une double lecture, celle du temps qu'il reste à vivre et celle de la trajectoire de fin de vie, qui fait appel à un temps variable.

> Sante Publique. 2021 March-April;33(2):191-198. doi: 10.3917/spub.212.0191.

Recherche sur la fin de vie, la nécessité d'un consensus : premiers résultats

[Article in French]

Cécile Bernard, Zeinab Hamidou, Oumar Billa, Lionel Dany, Valérie Amoureux-Gorsse Marion Gallois, Emmanuel de Larivière, Séverine Lamie, Delphine Peyrat-Apicella, Pie Régis Aubry, Francis Guillemin, Sandrine Dabakuyo-Yonli, Pascal Auquier

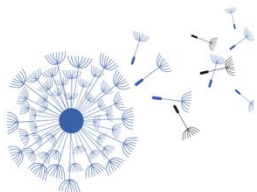
PMID: 34553864 DOI: 10.3917/spub.212.0191



2021 Consensus Delphi
1463 acteurs de soins palliatifs

FIN DE VIE

Mots et formulations de l'accompagnement définis juridiquement ou d'usage courant par les professionnels des soins palliatifs

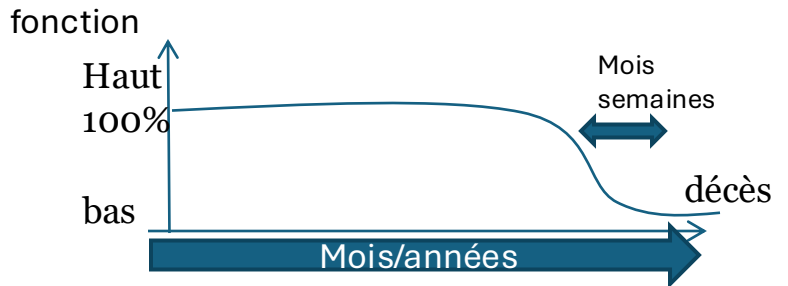


2 visions:

-temporelle

-
physiopathologique

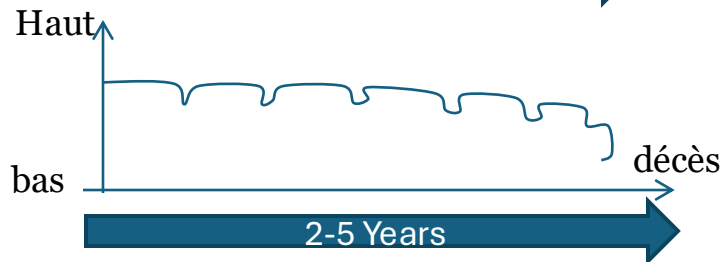
Trajectoires de fin de vie



Déclin évident sur une courte période

Exple= cancer

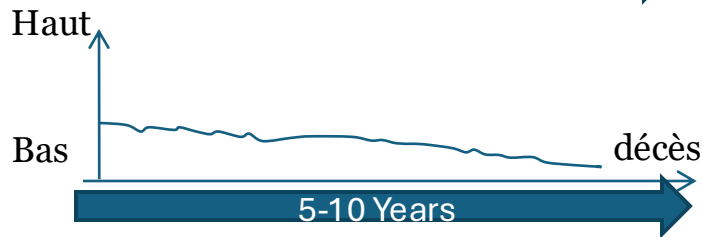
Approche palliative « classique »



Épisodes intermittents sévères

Décès « inattendu »

Exple: BPCO, I cardiaque



Détérioration progressive

Exple = trouble neurocognitifs

Décès des suites d'un évènement mineur
(virose, fracture du fémur)

Définir la fin de vie : Loi sur la Fin de vie et l'aide à mourir

❖ HAS 30 avril 2025 et Communiqué de presse 6 Mai 2025



RECOMMANDER LES BONNES PRATIQUES

AVIS

Pronostic vital engagé à moyen terme / phase avancée

Adopté par le Collège le 30 avril 2025

A l'occasion de la reprise des travaux parlementaires relatifs à la fin de vie, le ministère de la Santé a saisi la Haute Autorité de Santé afin d'« éclairer les professionnels de santé sur l'évaluation de la notion de pronostic vital engagé à moyen terme » dans le cadre d'une demande d'accès d'aide à mourir¹, puis a élargi ses travaux « à la définition de la notion de phase avancée pour en préciser les contours et disposer de critères objectifs »².

A cet effet, la HAS a mis en place un groupe d'experts, composé de différents professionnels de santé et associations d'usagers, réuni pour la première fois le 28 janvier 2025. Son travail s'est appuyé sur une analyse de la littérature existante au niveau national et international, sur plusieurs auditions d'experts français et internationaux de différentes disciplines médicales et de sciences humaines et sociales et, enfin, sur des échanges entre les membres du groupe de travail. Les propositions du groupe d'experts ont été débattues par la commission recommandations, pertinence, parcours et indicateurs (CRPPI), puis examinées par le collège de la HAS dans sa séance du 30 avril 2025.

Impossibilité de définir objectivement un pronostic temporel à l'échelle individuelle

L'examen de la littérature scientifique montre qu'il n'existe pas de consensus médical sur la définition du pronostic vital engagé à « moyen terme », ni sur la notion de « phase avancée » lorsqu'elle est envisagée dans une approche individuelle de pronostic temporel. La notion d'engagement du pronostic vital à moyen terme n'est pas réductible à une pathologie ou à des scores pronostiques. Le pronostic vital dépend non seulement des différentes trajectoires évolutives possibles des maladies, mais au moins également de nombreux paramètres individuels, eux-mêmes potentiellement modifiables et évolutifs : présence de symptômes physiques ou psychiques, facteurs sociaux, en respectant le consentement libre et éclairé aux traitements et aux soins proposés.

¹ Lettre de Mme la ministre Catherine Vautrin du 22 avril 2024 ayant pour objet : « Saisine de la Haute Autorité de Santé relative à l'évaluation du pronostic médical engagé à moyen terme par le médecin dans le cadre d'une demande d'accès à l'aide à mourir »

² Lettre de Mme la ministre Geneviève Darrieussecq du 7 novembre 2024

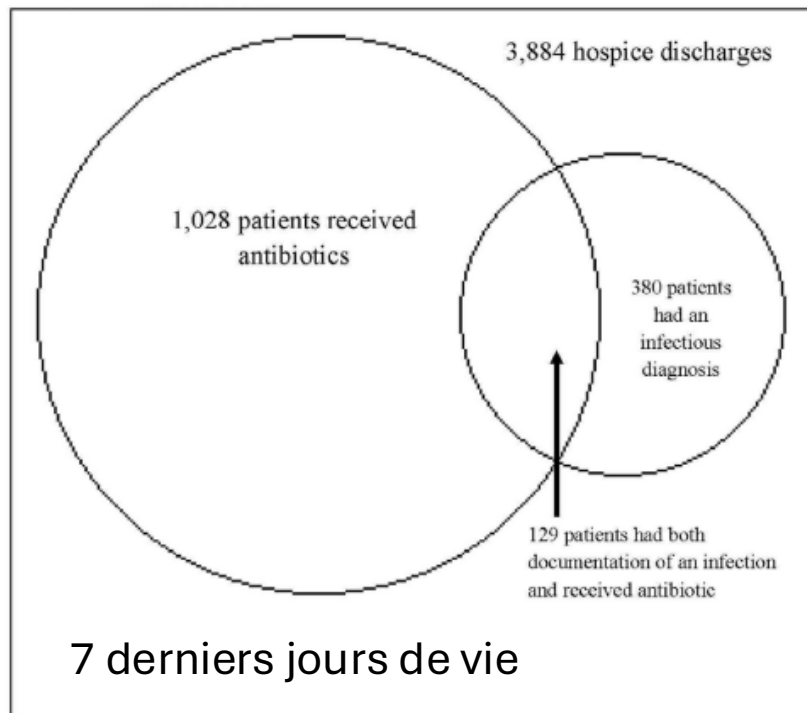
L'examen de la littérature scientifique montre **qu'il n'existe pas de consensus médical sur la définition du pronostic vital engagé à « moyen terme », ni sur la notion de « phase avancée » lorsqu'elle est envisagée dans une approche individuelle de pronostic temporel.** La notion d'engagement du pronostic vital à moyen terme **n'est pas réductible à une pathologie ou à des scores pronostiques.** Le pronostic vital dépend non seulement des ***différentes trajectoires évolutives possibles des maladies,*** mais au moins ***également de nombreux paramètres individuels, eux-mêmes potentiellement modifiables et évolutifs*** : présence de symptômes physiques ou psychiques, facteurs sociaux, en respectant le consentement libre et éclairé aux traitements et aux soins proposés.

Utilisation des antibiotiques chez le patient en fin de vie, pourquoi les infectiologues sont concernés?

Antibiotiques en fin de vie: épidémiologie

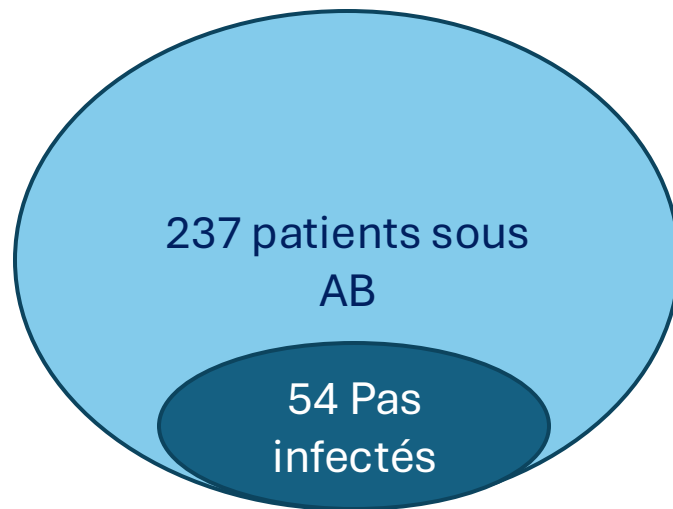
										
type	Prosp	Retro	Prosp	Retro	Prosp	Prosp	Pop Base	Rétro	Rétro	Rétro
Auteur	JT Van Der Steen	JS Albrecht	S Klapwijk	S Merel	Y Gyung Kwak	JT Van Der Steen	NM Stall	R Fedorowski	Y Tagashira	B Festou
An	2009	2013	2014	2016	2016	2018	2019	2019	2018	2024
lieu	EHPAD	Hosp. (SP)	EHPAD	Soins aigus	Soins aigus	EHPAD	EHPAD	Soins aigus	Hopital	Soins aigus
n	505	3884	24	711	303	109	27243	932	260	338
Cause décès	Pnp	Tout décès	Pnp	Pnp	Tout décès	Pnp	Tout décès	Tout décès	Décès (74% K)	Tout décès
% AB	46%	27%	25%	77% (d1)	87,5%	90%	36,2%	74%	52,3%	70%(J-7) 54,4% †

Des antibiotiques pour traiter des infections en fin de vie?



Albrecht J Pain Manag 2013

338 décès de patients hospitalisés >75 ans



B Festou Research Square 2024

Pourquoi les médecins prescrivent des antibiotiques?

						
Auteur (année)	V der steen (2018)	CE Gaw (2018)	B Henri (2022)	J Larnard (2022)	I Harpaz (2024)	Scottish Antimicrob Presc Group
Réduire les symptômes	89%	89% douleur 79% dyspnée 60% autres	82%	62%	86%	La plupart
Prolonger la vie	34%		Aucun	-	13,7%	Pour faire quelque chose
Traiter une infection	-	72%	8,6%	15%	-	30%
Répondre à la famille	-	74,6% 86% (Pt)	5%	78%	-	Peu
Rendre la mort	3%	Pratique	-	-	-	-

Utilisation des antibiotiques en fin de vie: efficacité?

Les antibiotiques soulagent les symptômes?

Les antibiotiques améliorent la survie?

- Peu de données sur le bénéfice des AB
- Données souvent discordantes (positives ou néfastes)
- Faible niveau de preuve (série de cas...)
- Pas de comparaison avec les traitements symptomatiques

EFFET DES ANTIBIOTIQUES SUR LES SYMPTOMES



Plutôt NON

- Signes respiratoires
- Fièvre
- Plaies infectées



Plutôt OUI

- Signes fonctionnels urinaires (70-92%)
- Gêne buccale candidose
- « état général »

Efficacité: Focus sur **Pneumonie** en fin de vie

Auteur	étude	N	résultats
Van der steen (2002)	Prosp cohort	662	Inconfort à l'arrêt des AB Inconfort important indépendamment des AB
White (2003)	Prospect	177	45 pneumonies, Taux de réponse 50% avec TMP/SMX ou levofloxacin 33% avec Azithromycine
Reinbolt (2005)	Cancer	633	221 Inf respiratoire: 43% améliorés
Van der steen (2009)	Prosp cohort	314	AB (PO) diminue l'inconfort avant décès mais le décès d'une pneumonie est plus inconfortable que les autres causes de décès
Van der Maaden (2016)	Prop cohort	193	Pas de différence AB ou non sur le niveau de souffrance ou l'endormissement
M Helde-Frankling (2016)	Cohort sub	160	77 sous AB, soulagement global des symptômes 37%
S Lopez (2021)	Retrospectif	133	Pas de ≠ douleur, fièvre, léthargie ou la dyspnée

Efficacité des antibiotiques sur la survie

- ❖ Oui la survie est souvent plus longue
- ❖ Est-ce l'objectif principal chez un patient en fin de vie?
- ❖ Quelle est la qualité de cette fin de vie?
 - Patient ayant une pneumonie en fin de vie et « démence »
 - Survie plus longue sous AB vs sans antibiotique
 - Confort moindre sous AB vs sans antibiotique (PO, IM ou IV)
 - Patient ayant une suspicion d'infection urinaire en fin de vie et « démence »
 - Pas de bénéfice de survie sous AB vs sans. (bactériuries asymptomatiques? cystites?)

Impact des antibiotiques en fin de vie

INDIVIDUEL

- ❖ Effets indésirables: 4-35%
 - Allergies, Toxicité, surinfection (C difficile, candida, BMR...)
 - AB les plus impliqués: pénicillines et vancomycine
- ❖ Gestes invasifs (IV, H)=> mauvaise qualité de vie (Trouble cog +++)
- ❖ Prolonge durée d'hospitalisation
- ❖ Retarde une prise en charge palliative pure (sédation, ↑ hydrat)
- ❖ Prolonger la survie?

COLLECTIF

- ❖ Cout de l'antibiothérapie? Financier et Temps...
- ❖ Fardeau de l'antibio-résistance.
 - 303 patients Corée
 - 87,5% reçoivent une antibiothérapie avant leur décès
 - 25,7% colonisés à BMR > ceux qui n'ont pas eu AB**

Y Gyung Kwak et al PlosOne 2016

M Helde Frankling Cancers 2016 R Datta, Palliat Med 2023

Givens et al Arch Int Med 2010

DR Mehr The Gerontologist 2003

Antibiotique en fin de vie et bon usage des AB

- ❖ Situation fréquente avec surutilisation des antibiotiques
- ❖ Situation complexe (diagnostic, iatrogénie...)
- ❖ Peu de données scientifiques et Pas de recommandations de bon usage
- ❖ Un impact individuel et collectif

2019, USA enquête Antibiotic Stewardship (36/94 hopitaux)

- 23 (64%) surveillent l'utilisation des AB en fin de vie
- 13 (36%) apportent une aide pour les patients en soins de confort

Pistes de travail pour améliorer
le BUA en fin de vie

1. Informer/éduquer

- ❖ Les médecins et les soignants
- ❖ Les patients et leurs proches
- ❖ Variations culturelles, religieuses, sociales, législatives selon pays...

Perception de l'antibiothérapie par les soignants

- ❖ Antibiotique souvent considéré comme « bénin », soin courant à la différence de traitement assurant le maintien artificiel en vie (nutrition, dialyse, MCE...)

pop	n	Scenario	Arret AB	Arret MCE
Medecins (Australie)	1588	DTA avec IDM	55%	96%
Medecins H USA	444	K meta Fièvre et confus (Dir Ant sur les AB N/O)	28% 80%	90%
Medecins H (GB)	833	K meta terminal	84%	----
Directeur EHPAD (USA)	33	Resident stable Resident term	27% 64%	66% 94%
IDE en EHPAD USA	102	85 ans robuste Dément Dément+ com Phase terminale	14% 26% 51% 75%	77% 92% 96% 99%
Médecins Corée	1296 P	Patients avec décision d'arrêt des soins maintenant en vie	82% AB avant arrêt des soins 90% AB après arrêt des soins dont 40% Bithérapie	

Perception de l'antibiothérapie en fin de vie: Patients



Figure 2. Severe dementia.



Figure 6. Terminal cancer with pain.



Figure 5. Severe stroke with a slight chance of recovery.

342 patients âgés
Taiwan
6 situations
Score préférentiel
MCE< SNG< Chirurgie < AB et voieIV

Table 1. Characteristics of Participants Discharged to Hospice Care with Prescription for Antibiotics (N = 149)

Characteristic	Value
Age, mean ± standard deviation	63.6 ± 14.2
Male, n (%)	78 (52.4)
Charlson Comorbidity Index score, median (interquartile range)	8.0 (5.0–10.0)
Cancer as hospice admission diagnosis, n (%)	91 (61.1)
Discharged to inpatient hospice, n (%)	28 (18.8)
Palliative care consultation upon index admission, n (%)	128 (84.8)
Length of index hospital stay >7 days, n (%)	69 (46.4)
POLST form completed and on file with medical record, n (%)	92 (61.7)
Specific POLST orders	
Cardiopulmonary resuscitation	
Attempt	11 (12.0)
Do not attempt	81 (88.0)
Medical interventions (n = 90)	
Comfort measures only	58 (64.4)
Limited treatment	24 (26.7)
Full treatment	8 (8.9)
Artificially administered nutrition (n = 83)	
Long-term artificial nutrition by tube	9 (10.8)
Defined trial period of artificial nutrition by tube	12 (14.5)
No artificial nutrition by tube	62 (74.7)
Antibiotics (n = 72)	
Use antibiotics when medically indicated	34 (47.2)
Determine use and limitation of antibiotics when infection occurs	31 (43.1)
No antibiotics; use other measures to relieve symptoms	7 (9.7)

POLST, Physician Orders for Life Sustaining Treatment.

149 patients
78 ans

refus

MCE 88%

SNG 74,7%

AB 9,7%

Le patient (famille) sait il ce qu'est un antibiotique?

Original Article

Wishes of Patients With Terminal Cancer and Influencing Factors Toward the Use of Antibiotics in Taiwan

Chien-An Yao, MD¹, Meng-Yun Hsieh, MD¹,

American Journal of Hospice
& Palliative Medicine®
2015, Vol. 32(5) 537-543
© The Author(s) 2014
Reprints and permission:
sagepub.com/journalsPermissions.nav
DOI: 10.1177/1049909114540033
ajhp.sagepub.com
SAGE

201 patients 58% > 65 ans

Have medical staffs explained antibiotics?

Yes	139 (69.2)
No	62 (30.8)

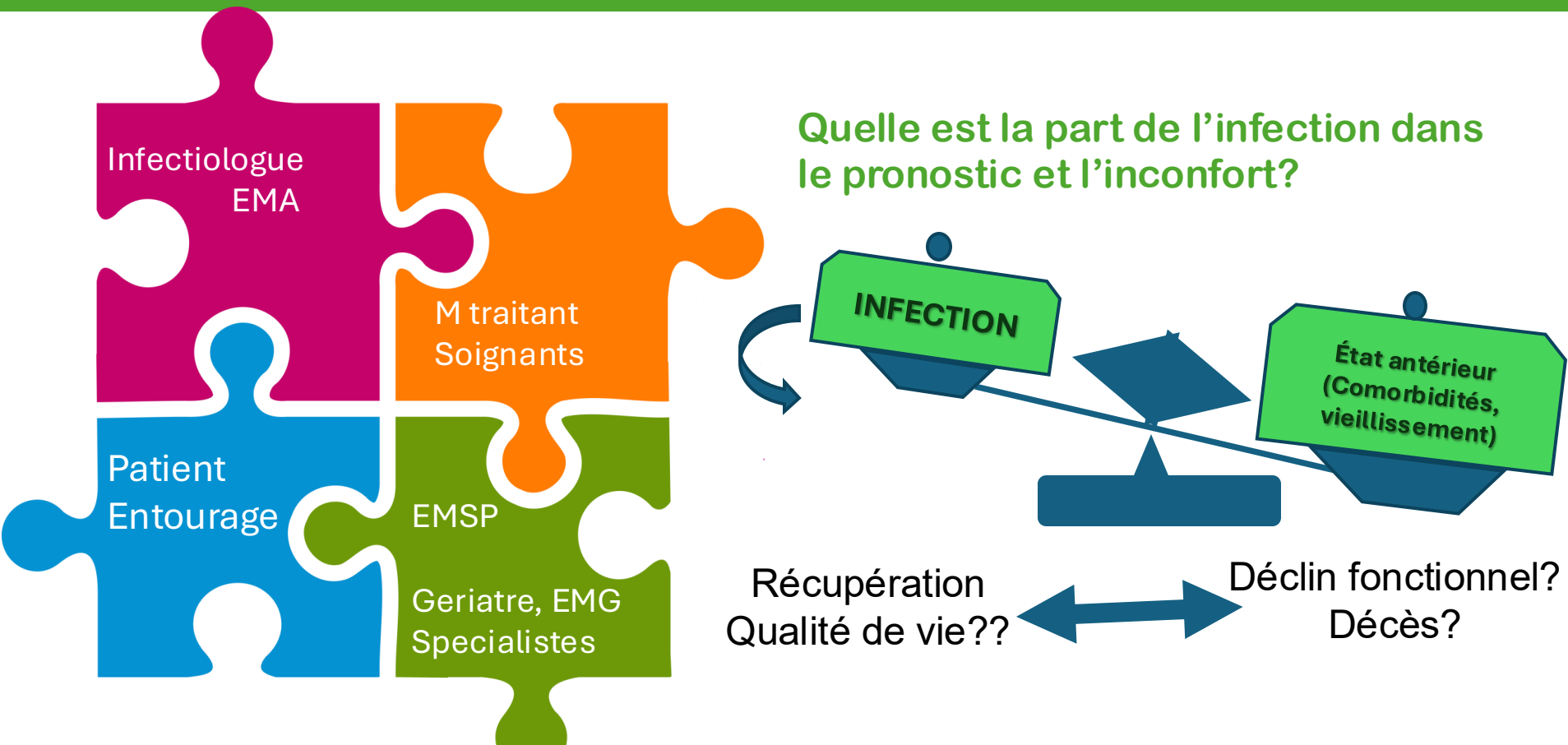
Do you understand what antibiotics are?

Very clearly	15 (7.5)
Clearly	58 (28.9)
Somewhat	63 (31.3)
Not clearly	65 (32.3)

Wishes to use antibiotics

	% (n)
Yes	45.8 (92)
No	26.4 (53)
Not clear	27.8 (56)

2. Expert en support dans une PEC pluridisciplinaire



2 Expertise pluridisciplinaire: apports infectiologue

- ❖ Expertise diagnostic Infection
- ❖ Expertise pronostic Infection
- ❖ Expertise gestion antibiothérapie (EI...)
- ❖ Expertise communication infection complexe, accompagnement du patient chronique

- ❖ Évaluer la futilité du traitement antibiotique:
 - **Physiologique:** Antibiotique pour une infection virale
 - **Quantitative:** probabilité de succès du traitement (AB signes de décès imminent, AB et péritonite stercorale)
 - **Qualitative:** malgré un effet attendu quel sera l'impact sur la qualité de vie du patient?

Le jugement de la futilité qualitative revient en principe au patient

2 Expertise pluridisciplinaire: apport infectiologue?



Mais souvent les patients qui ont eu un avis infectieux ont reçu plus d'antibiotiques en fin de vie R Fedorowsky Inf Control HospEpid 2019 ($\neq$ EMSP JH Kim JAC 2023)

3. Une approche PAS à PAS

T Fraise et al Exp Rev Resp Med 2025

① Quels sont les objectifs de soins?

Identifier les symptômes,
évaluer les souhaits du patient et sa qualité de vie

Questions utiles

- Existe-t-il des directives anticipées?(Mention AB?)
- Est-ce que les symptômes sont plus probablement liés à une autre cause que l'infection?
- Est-ce qu'il y a des signes de mort imminente?

② Est-ce que la prolongation de la survie est futile?

NO
N

OUI

Time Limited Trial Antibiotic
(avis référent AB)

1. Optionnel : Documenter infection (imagerie...) et éliminer les diagnostics différentiels (PCR virale...)
2. Choisir un antibiotique au spectre le + étroit avec la voie la moins invasive (orale)
3. **Débuter les soins de confort en parallèle si besoin**
4. **Prévoir l'arrêt des antibiotiques**

③ Est-ce qu'il y a des signes d'inconfort en lien avec l'infection?

OUI

NON

**Discuter
Antibiothérapie**

Apporte-t-elle un confort en plus des soins de confort?

Pas d'antibiothérapie

**Soins de
confort
(EMSP)**

④ Vérification quotidienne efficacité et tolérance?

OK ✓

Traiter 3-7j

**Aggravation ou
EI**



AB +

- Antipyrétiques, antalgique
- Arrêt hydratation, scopolamine
- Oxygénothérapie
- Anxiolytiques et sédatifs
- Autres soins de support

Conclusion

- ❖ Les antibiotiques sont très (trop) utilisés en situation de fin de vie
- ❖ Les données scientifiques sont peu nombreuses et hétérogènes sur leur bénéfice/risque
- ❖ Une réflexion individualisée basée sur la bioéthique en équipe
- ❖ Perspectives:
 - Information/éducation
 - Évaluation des TTT
 - Recommandations (écosse)





« Statistiquement tout s'explique
Personnellement tout se complique »

D Pennac ,
chagrin d'école