



Société de Gériatrie
de l'Ouest et du Centre

55^{es} JOURNÉES

de formation et de recherche
de **GÉRONTOLOGIE**
de l'Ouest et du Centre

ANTIBIOTHERAPIE EN FIN DE VIE

Thibaut FRAISSE



14-15
JUIN
2024
POITIERS

Centre
HOSPITALIER
Alès • Cévennes



Lien d'intérêt

► Orateur Pfizer ce jour



Challenges

- ▶ **Définir la fin de vie**
- ▶ Diagnostic et prédiction de la fin de vie?
- ▶ Diagnostic d'une infection en fin de vie
- ▶ Épidémiologie des infections et antibiothérapie en fin de vie
- ▶ Antibiothérapie: traiter ou non?
 - ▶ Décision éthique
 - ▶ Futilité?

Définition de la fin de vie

Pas de consensus pour une évidence

Lamont, *J Palliat Med*, 2005³

Review article

End-of-life: "In clinical medicine, the 'end of life' can be thought of as the period preceding an individual's natural death from a process that is unlikely to be arrested by medical care."
End-of-life: "For insurance purposes, the 'end of life' has been operationalized to represent the last 6 months of a patient's life."

Reference	Actively Dying		End of Life
Print dictionaries			
<i>McGraw-Hill Allied Medical Dictionary</i> (2008)	No entry	No entry	
<i>Dorland's Illustrated Medical Dictionary</i> (2007)	No entry	No entry	
<i>Black's Medical Dictionary</i> (2009)	No entry	No entry	
<i>Mosby's Medical Dictionary</i> (2009)	No entry	No entry	
<i>Stedman's Medical Dictionary</i> (2006)	No entry	No entry	
<i>Taber's Cyclopedic Medical Dictionary</i> (2009)	No entry	No entry	
Online dictionaries			
<i>MediLexicon</i> (2011)	No entry	No entry	
<i>Medical Dictionary</i> (WebMD, 2011)	No entry	No entry	
<i>MedlinePlus Medical Dictionary</i> (2011)	No entry	No entry	
<i>The Free Dictionary: Medical Dictionary</i> (2011)	No entry	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.



Définition de la fin de vie



Pas de définition consensuelle même en France?



> [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, Lise Dubois Marion Gallois, Emmanuel de Larivière, Séverine Lamie, Delphine Peyrat-Apicella, Pierre Vezy, Régis Aubry, Francis Guillemin, Sandrine Dabakuyo-Yonli, Pascal Auquier

PMID: 34553864 DOI: [10.3917/spub.212.0191](#)



Consensus Delphi
1463 acteurs de soins palliatifs

=> Deux définitions

Approche temporelle: espérance de vie de 15 à 30 jours

Approche centrée sur la maladie: phase terminale d'une maladie incurable

Définitions de la fin de vie politique?

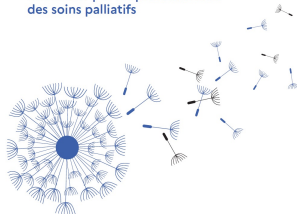
2023

2024

MINISTÈRE
CHARGÉ DE L'ORGANISATION
TERRITORIALE ET DES
PROFESSIONS DE SANTÉ

FIN DE VIE

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



N° 2634

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958
SEIZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 18 mai 2024.

RAPPORT

FAIT

AU NOM DE LA COMMISSION SPÉCIALE CHARGÉE D'EXAMINER LE PROJET DE LOI
relatif à l'accompagnement des malades et de la fin de vie.

Par M. OLIVIER FALORNI,
Rapporteur général

et

Mme LAURENCE CRISTOL, Mme CAROLINE FIAT,
Mme LAURENCE MAILLART-MEHAIGNERIE et M. DIDIER MARTIN,
Rapporteurs thématiques

TOME I

AVANT-PROPOS, COMMENTAIRE DES ARTICLES ET ANNEXES

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.

Article 6 : Conditions d'accès de l'aide à mourir

Remplacement de la condition, pour accéder à l'aide à mourir, d'être atteint « d'une affection grave et incurable engageant [le] pronostic vital à court ou moyen terme » par celle d'être atteint « d'une affection grave et incurable en phase avancée ou terminale » [amendements identiques CS659 de M. Delautrette (SOC) et CS1558 de Mme Petel (RE)]

Remplacement de la condition relative à l'existence d'une « souffrance physique ou psychologique » par celle consistant en une « souffrance physique accompagnée éventuellement d'une

Remplacement « d'une affection grave et incurable engageant le pronostic vital à court ou moyen terme » par celle « d'une affection grave et incurable en phase avancée ou terminale »,

HUFFPOST

POLITIQUE FRANCE INTERNATIONALE ENVIRONNEMENT LIFE CULTURE DIVERTISSEMENT

Politique 10/06/2024 09:58 | Actualisé le 10/06/2024 16:32

**Dissolution de l'Assemblée :
Fin de vie, protection des
enfants... Tous ces sujets mis
sur pause (voire plus)**

La dissolution de l'Assemblée nationale va avoir des conséquences très concrètes pour les travaux parlementaires en cours.

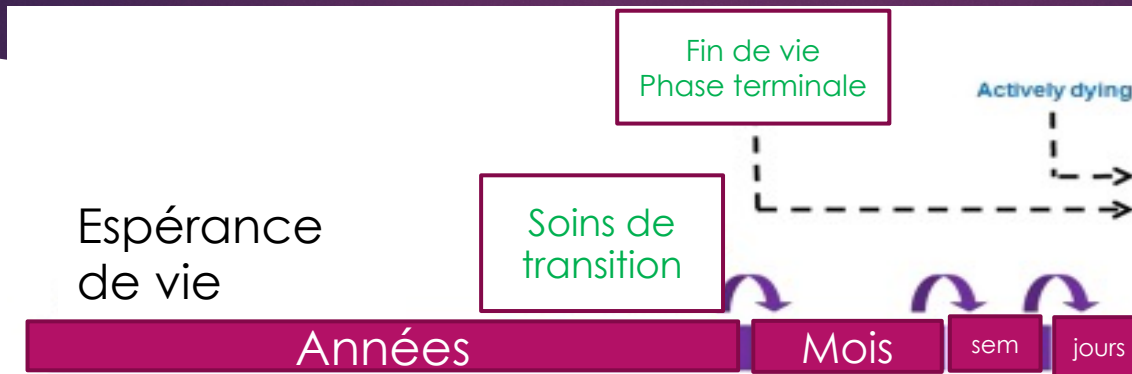
Par Lucile Oriol



Challenges

- ▶ Définir la fin de vie
- ▶ **Diagnostic et prédiction de la fin de vie?**
- ▶ Diagnostic d'une infection en fin de vie
- ▶ Épidémiologie des infections et antibiothérapie en fin de vie
- ▶ Antibiothérapie: traiter ou non?
 - ▶ Décision éthique
 - ▶ Futilité?

Diagnostic de la fin de vie



D Hui J of Pain and
Symptom Management
2014

Maladie(s)
aigue(s)



Comorbidités



Déclin
fonctionnel



Médicaments



Fin de vie

En temps réel...

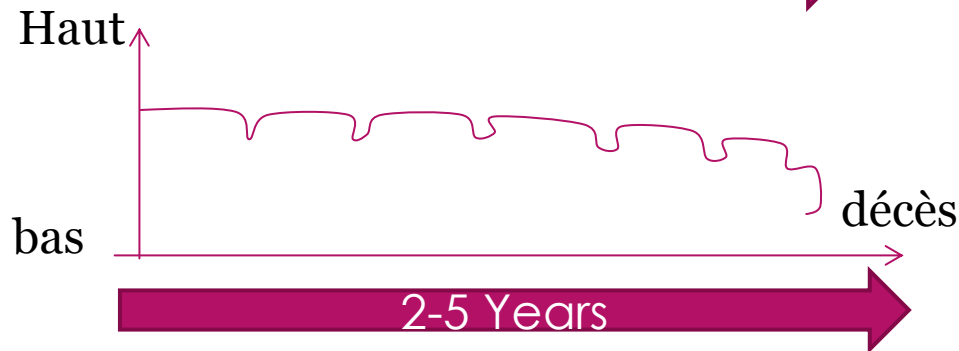
Trajectoires de fin de vie

Murray et al BMJ 2005

fonction



Déclin évident sur une courte période
Exple= cancer
Approche palliative « classique »



Épisodes intermittents sévères
(H) avec +/- récupération
Décès « inattendu »
Exple: BPCO, I cardiaque



Détérioration progressive
Exple = trouble neurocognitifs
Décès des suites d'un évènement mineur (virose, fracture du fémur)

Quelle est la précision des médecins pour pronostiquer la fin de vie?



Imprécis et optimistes

50%

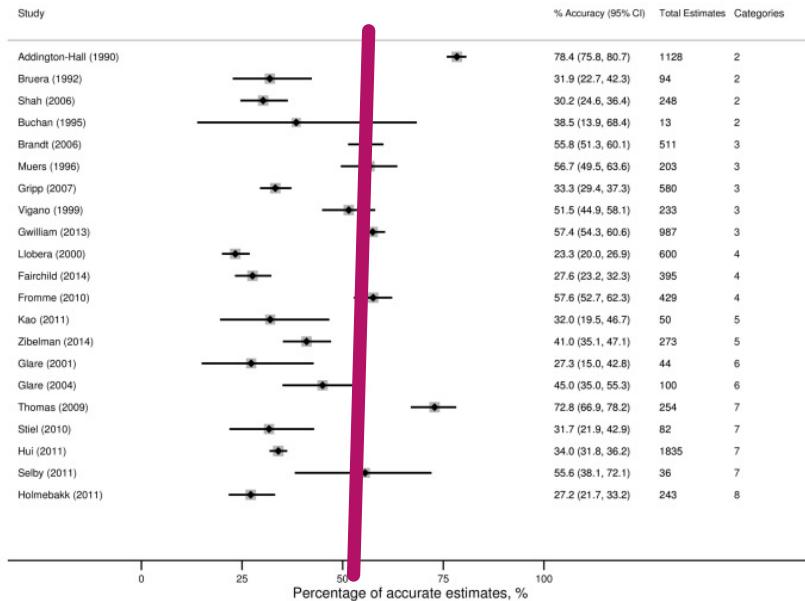


Fig 2. Summary data from studies in which clinicians provided categorical survival estimates (grouped by number of categories). The data represented is the percentage of accurate estimates given out of the total number of estimates given. Note: The study by Gwilliam et al (2013) included doctor, nurse and MDT estimates. However, since the estimates were not independent of each other, only the MDT estimates have been presented here.

% précision de l'estimation



OPEN ACCESS

Citation: White N, Reid F, Harris A, Harries P, Stone P (2016) A Systematic Review of Predictions of Survival in Palliative Care: How Accurate Are Clinicians and Who Are the Experts? PLoS ONE 11 (8): e0161407. doi:10.1371/journal.pone.0161407



Fig 3. Professional Error Score (PES) of clinicians' estimates of survival those studies where clinicians were asked to provide a continuous temporal estimate of survival. The black bar in this figure indicates the overall accuracy of the clinicians' estimates (0 indicates perfect accuracy, positive values indicate over-estimates and negative values indicate under-estimates).

doi:10.1371/journal.pone.0161407.g003

Estimation de la survie

Pronostiquer le décès?

- ▶ Scores pour prédire la survie (≈évaluation gériatrique, MPI) et score de décès « imminents » (P3dS, PPS...)
- ▶ Évaluation dynamique multifactorielle
 - ▶ Déclin fonctionnel rapide (Palliative performance scale... ≈ADL) intérêt chez patient confiné au lit?
 - ▶ Insuffisance d'organe majeure
 - ▶ Signes « vitaux » (TA basse, oligurie, cachexie, pause respiratoire, trouble de la vigilance...)



Echelle de Prédiction clinique (clinical prediction scale)



- ▶ **Approche temporelle** : « Combien de temps ce patient va-t-il vivre ? »
 - ▶ Précision: 20-30%
- ▶ **Approche probabiliste**: « Quelle est la probabilité de survie entre (0-100%) à 24h, 48h, 1 semaine, 1 an ? »
 - ▶ Médecin = IDE sauf prédiction à 24/48h IDE >>> Médecins
- ▶ **Utilisation de catégories de temps?** « Est-ce que mon patient va survivre à 1 jour? 1-14 jours? 15-42 jours? >43 jours? »
 - ▶ Score de précision approchant le Palliative score pour la mortalité à 10j
- ▶ **« question Surprise »** : « Est-ce que je serai surpris si on m'annonçait le décès de mon patient à 1 an, x mois ou x jours ? »
 - ▶ Précision de 74,8% (68-80%) meta-analyse,
 - ▶ Grande hétérogénéité, plus précis en oncologie

SCORES



- ▶ Clinique imprécise
- ▶ Nombreux scores +/- adaptés aux situations rencontrées
- ▶ Limites: Longs, complexes, pluridisciplinaires....
- ▶ Index pronostics pour prédire la mortalité basé sur les données d'admission= plus précis que la clinique dans des cohortes

PREDICTING PROGNOSIS

Index
Pronostic vs
IDE
Décès à 7j

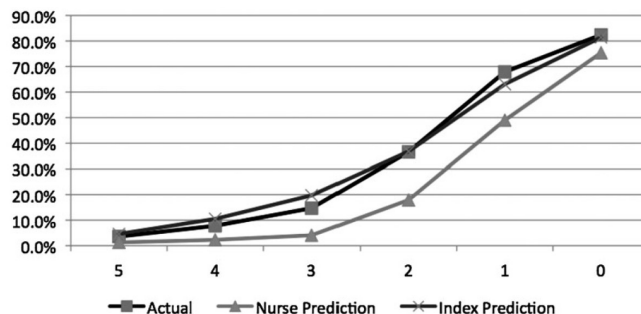
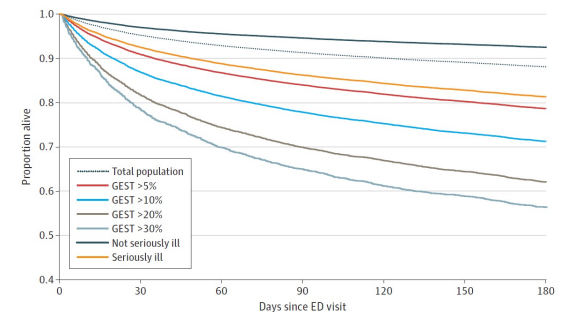


FIG. 1. Seven-day mortality of hospice patients in the validation sample ($n=12,578$), by index score (0–5).

Paramètres: lieu de vie, sexe, PPS

Geriatric
End of life
Screening
Tool

Figure 1. Survival Curves for 6 Months Following the First Emergency Department (ED) Encounter of Each Patient in the Study Period



Paramètres: age, biologie (Hb, urée...), constantes, nb passage urg, O2, pathologies....

SCORES SPECIFIQUES

Patient characteristic at diagnosis		Assigned points
Sex	SEXE	
• Female		0
• Male		2
Respiratory rate, per min	FR	
• < 21		0
• 21-30		1
• 31-40		2
• > 40		3
Respiratory difficulty	Difficulté resp	
• Absent		0
• Present		3
Pulse rate, per min	FC	
• < 76		0
• 76-95		2
• 96-115		4
• > 115		6
Decreased alertness	Tble vigilance	
• Absent		0
• Present		3
Fluid intake, average during last wk	Prise Hydrique	
• Sufficient (≥ 1.5 L/d)		0
• Insufficient (< 1.5 L/d)		3
Eating dependency	alimentation	
• Independent		0
• Requires assistance		4
• Fully dependent		8
Pressure sores	escarre	
• Absent		0
• Present		3
Total assigned points prognostic score		0-31

- Score Pronostic du risque de décès à 14j d'un patient ayant des antibiotiques pour une infection respiratoire basse atteint d'un trouble neurocognitif majeur

Total assigned points	0-6	7-11	12-16	17-21	22-31
Approximate risk of death within 14 d when treated with antibiotics	2%	6%	16%	34%	> 50%

©2008 EMGO Institute for Health and Care Research, VU University Medical Center, Amsterdam, the Netherlands. Reproduced from van der Steen et al,¹⁵ with permission from the EMGO Institute for Health and Care Research. Available from: www.emgo.nl/quality-of-our-research/research-tools/prognotische-score.

M Arcand, Can Fam Physician 2015

AGGIR+qSOFA

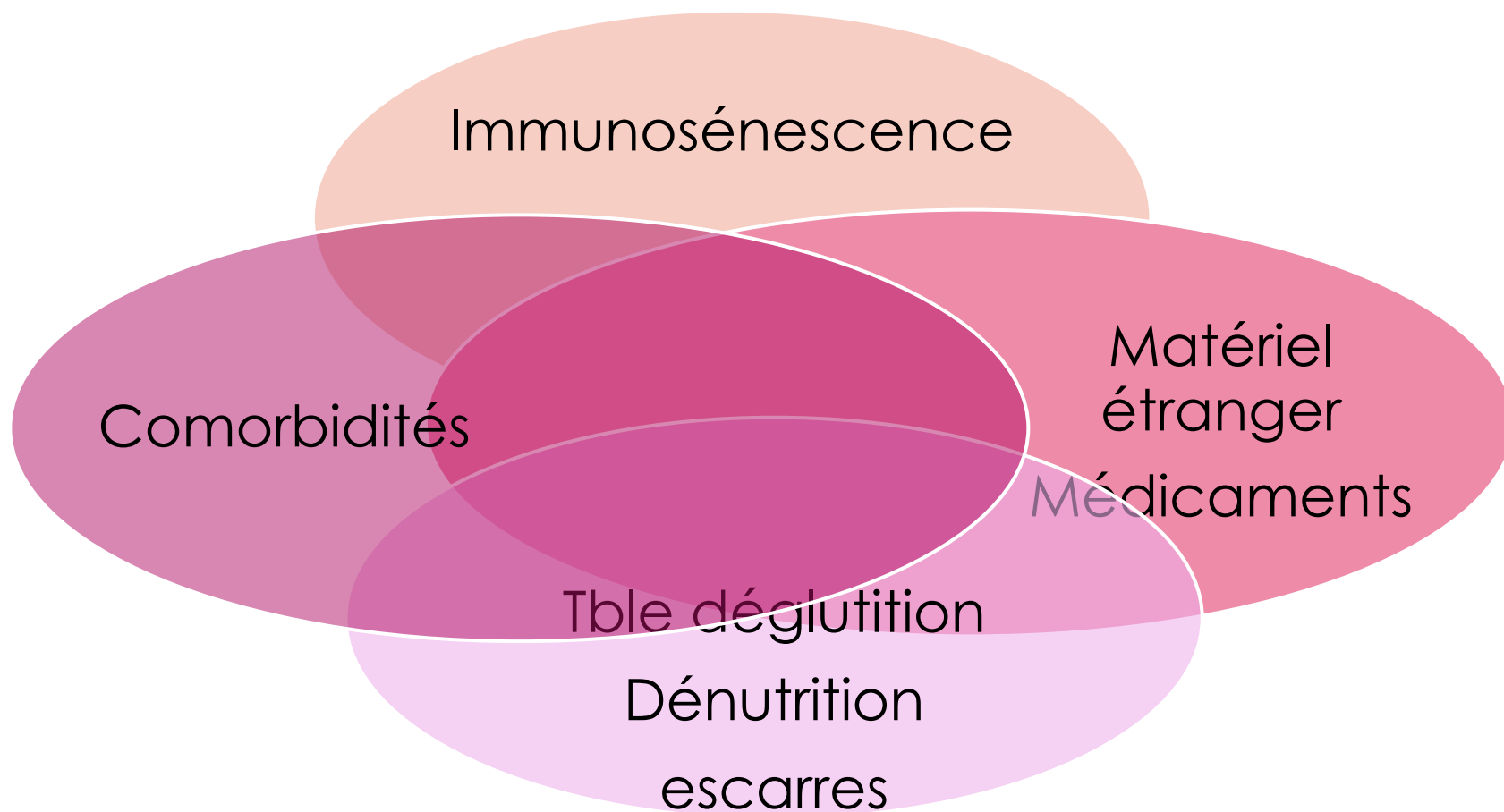
Diagnostiquer la fin de vie

- ▶ Des situations complexes
- ▶ Clinique peu précise +/- aidée par scores
- ▶ Pas d'examen complémentaire
- ▶ Contexte individuel
- ▶ Charge émotionnelle pour le patient et les soignants (peur, culpabilité, colère, tristesse)
- ▶ Intérêt d'une multidisciplinarité

Challenges

- ▶ Définir la fin de vie
- ▶ Diagnostic et prédiction de la fin de vie?
- ▶ **Diagnostic d'une infection en fin de vie**
- ▶ Épidémiologie des infections et antibiothérapie en fin de vie
- ▶ Antibiothérapie: traiter ou non?
 - ▶ Décision éthique
 - ▶ Futilité?

Infections fréquentes en fin de vie



Difficultés diagnostic en fin de vie

► Nombreux diagnostic différentiels

symptomes	
Rales bronchiques	I cardiaque, surcharge hydrique, stase salivaire, râles agoniques
Désaturation	E pulmonaire, I Cardiaque, atelectasie, bronchospasme,...
Fièvre	Paranéoplasique, MTE, médicaments, arthrite microcristalline
Urines foncées/malodorantes	Oligurie (fin de vie), ictère, médicaments
Douleur abdominale	Ulcère, globe, fécalome, carcinose...

Difficultés diagnostic

- ▶ Le plus souvent basé sur le jugement clinique
- ▶ Moyens diagnostics limités
 - ▶ Éviter les examens invasifs
 - ▶ Limiter les déplacements
 - ▶ Utiliser ceux modifiant la prise en charge et la qualité de vie
- ▶ Des examens peu contributifs (ECBU)

Exemples critères diagnostics pneumonie en fin de vie

Swiss Medical Forum 2022

- ▶ Toux+ au moins un signe
 - ▶ Dyspnée
 - ▶ Tachypnée
 - ▶ Fièvre
 - ▶ Nouvelle anomalie auscultatoire
- ▶ Si nécessaire et pas inconfortable, confirmer par imagerie thoracique

APIC HICPAC (USA) 2008

- ▶ Toux (Nouvelle ou Aggravation)
- ▶ Expectoration (N/A)
- ▶ Crachat purulents (N/A)
- ▶ Fièvre
- ▶ Douleur pleurale
- ▶ Signes physiques (N/I):
 - ▶ Rales
 - ▶ Ronchi
 - ▶ Rales bronchique
- ▶ Modification de l'état respiratoire
 - ▶ dyspnée(N/I)
 - ▶ RR >25
 - ▶ Aggravation tble vigilance

Éliminer d'autres cause comme l'I cardiaque
Diagnostic confirmé par la radiologie

Challenges

- ▶ Définir la fin de vie
- ▶ Diagnostic et prédiction de la fin de vie?
- ▶ Diagnostic d'une infection en fin de vie
- ▶ **Épidémiologie des infections et antibiothérapie en fin de vie**
- ▶ Antibiothérapie: traiter ou non?
 - ▶ Décision éthique
 - ▶ Futilité?

Infections en fin de vie



						
Année	2000	2000	2003/05	2013	2015	2024
auteur	L Vitetta	J Homs	P White R Reinboldt	J Albrecht	Y Gyung Kwak	B Festou
lieu	hospice	cancer	Cancer	hospices	Soin aigus	Hopital >75ans
I urinaire	42,5%	66%	41,9%	4%	26,7	20,1%
I respi	22,5%	21%	34,9%	7%	4%	43,3%
I cut	12,5%		9,3%	3%	2,6%	6,1%
Bactériémie	12,5%	31%	3,9%			

Utilisation des antibiotiques en fin de vie

									
étude	Prosp	retrosp	Prosp	Retros.	Prosp	Prosp	Pop Base	rétrosp	rétrosp
auteur	JT Van Der Steen	JS Albrecht	S Klapwijk	S Merel	Y Gyung Kwak	JT Van Der Steen	NM Stall	R Fedorowski	B Festou
Pub. Y	2009	2013	2014	2016	2016	2018	2019	2019	2024
lieu	EHPAD	Hospi	EHPAD	Soin aigu	Soin aigu	EHPAD	EHPAD	Soins aigus	Soin aigu
n	505	3884	24	711	303	109	27243	932	338
Cause décès	Pnp	Tout décès	Pnp	Pnp	Tout décès	Pnp	Tout décès	Tout décès	Tout décès
% AB	46%	27%	25%	77% (d1) 19% (CCO)	87,5%	90%	36,2%	74% AB EOL avec DA	70%(J-7) 54,4% †

Challenges

- ▶ Définir la fin de vie
- ▶ Diagnostic et prédiction de la fin de vie?
- ▶ Diagnostic d'une infection en fin de vie
- ▶ Épidémiologie des infections et antibiothérapie en fin de vie
- ▶ **Antibiothérapie: traiter ou non?**
 - ▶ Décision éthique
 - ▶ Futilité?

Antibiotique traiter ou pas

- ▶ Pas de recommandations
- ▶ Principes de la bioéthique médicale
 - ▶ Bienfaisance
 - ▶ Non malfaisance
 - ▶ Autonomie
 - ▶ Justice

(Beauchamp and Childress)

bienfaisance

- ▶ Objectifs du traitement antibiotique d'une infection bactérienne:
 - ▶ Soulager les symptômes
 - ▶ Améliorer la survie en cas d'infection grave

Bienfaisance

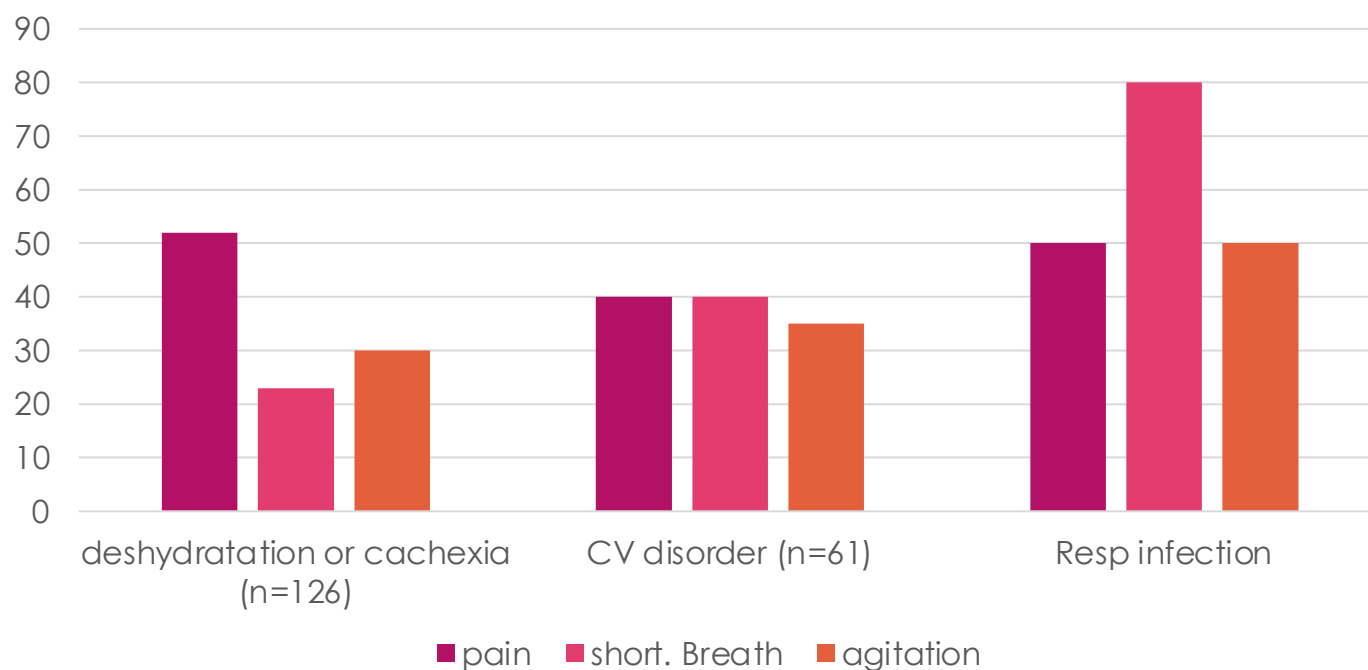
► Les raisons pour lesquelles sont prescrits les AB

				
Auteur (année)	V der steen (2018)	B Henri (2022)	J Larnard (2022)	Scottish Antimicrobial Prescribing Group
Réduire les symptômes	89%	82%	62%	Most
Prolonger la vie	34%	None	-	To do something
Traiter une infection	-	8,6%	15%	30%
Répondre à la famille	-	5%	78%	Few
Rendre la mort plus douce	3%	-		

Pneumonia: the old man best friend?

330 Dutch Nursing Home residents

% de symptomes la dernière semaine de vie selon la cause du décès



Bienfaisance

► Les antibiotiques soulagent-ils les symptômes?

- Peu de données sur le bénéfice des AB durant la fin de vie
- Données souvent discordantes,
- faible niveau de preuve (série de cas...)
- Pas de comparaison avec les traitements symptomatiques/palliatifs (antipyrétiques, analgésie, O₂, stop hydratation)

Bienfaisance

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 »

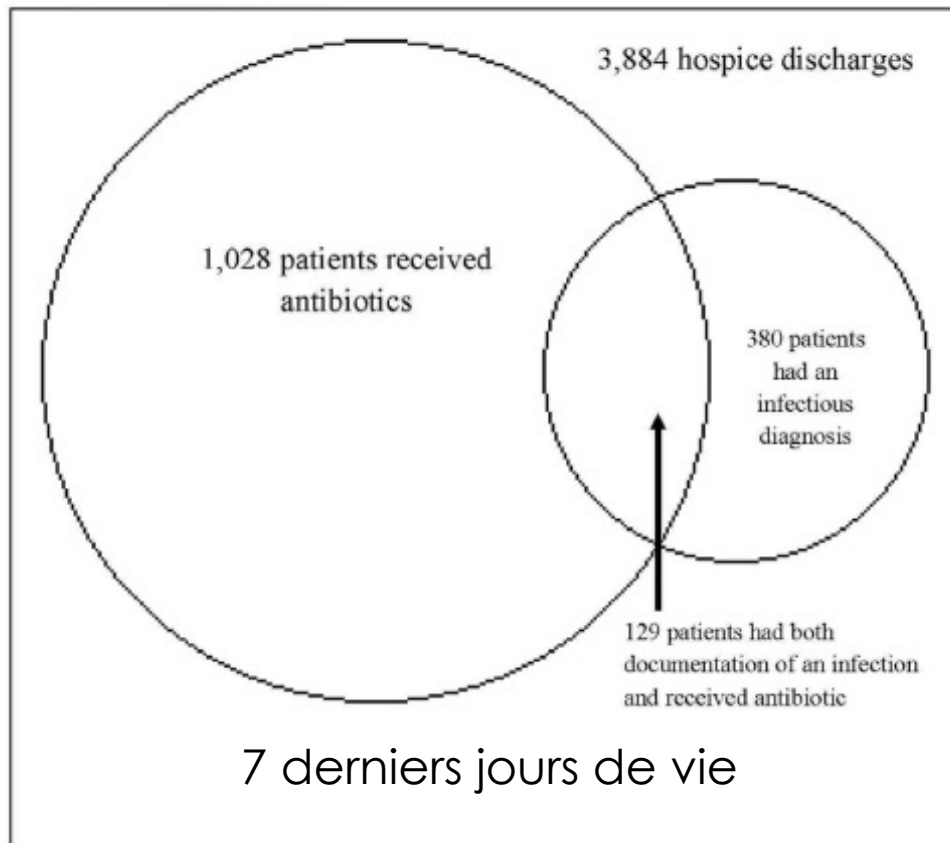
Bienfaisance: Focus sur Pneumonie en fin de vie

Author	Journal	Study	N	results
Van der steen	JAGS 2002	Prosp cohort	662	Inconfort important à l'arrêt des AB CCL : la pneumonie est source d'inconfort important indépendamment de la mise sous antibiotiques
White	J Pain S Man 2003	Prospect	177	45 pneumonies, Taux de réponse 50% avec TMP/SMX ou levofloxacin, 33% with Azythromycine
Reinbolt	J Pain S Man 2005	Cancer	633	221 Inf respiratoire: 43% améliorés
Van der steen	Scan Inf dis J 2009	Prosp cohort	314	AB (prise orale) diminue l'inconfort avant l décès mais le décès d'une pneumonie est plus inconfortable que les autres causes de décès
Van der Maaden	JAMDA 2016	Prop cohort	193	Pas de différence AB ou non sur le niveau de souffrance ou l'endormissement
M Helde-Frankling	Cancers 2016	Cohort sub	160	77 reçoivent des AB, soulagement global des symptômes 37% global
S Lopez	AmJ H Pall Care 2021	Retrospect. Acute care	133	Pas de différence sur la douleur, la fièvre, la léthargie ou la dyspnée

Bienfaisance

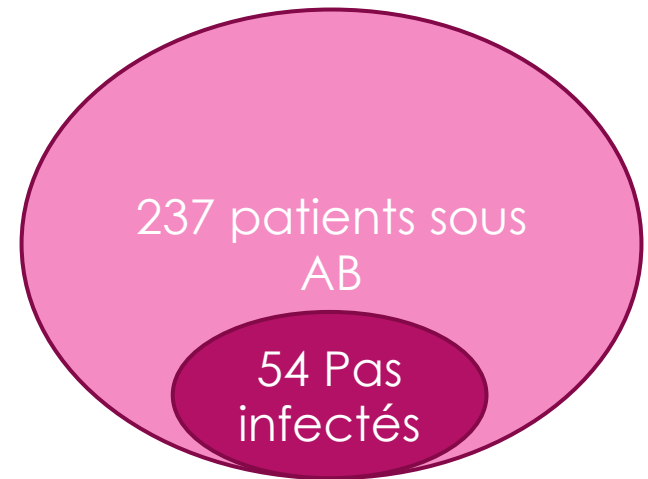
- ▶ Amélioration de la survie:
 - ▶ Oui sous antibiotique la survie est souvent plus longue
 - ▶ Est-ce l'objectif chez un patient en fin de vie?
 - ▶ Quelle est la qualité de cette fin de vie?
 - ▶ Patient ayant une pneumonie en fin de vie et « démence »
 - ▶ Survie plus longue sous AB vs sans antibiotique
 - ▶ 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?)

Bienfaisance: Bien fait?



Albrecht J Pain Manag 2013

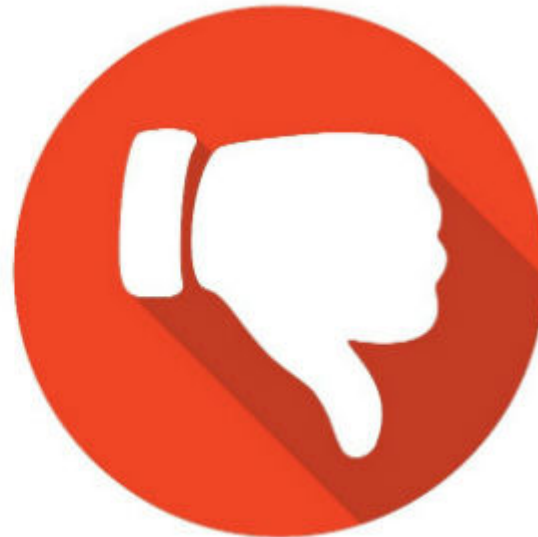
338 décès de patients hospitalisés >75 ans



B Festou Research Square 2024

Principe de non malfaisance

- ▶ Même si les antibiotiques ont une efficacité modeste, ils ont peu d'inconvénients en fin de vie.



Non Malfaisance

- ▶ Effets indésirables: 4-35%
 - ▶ Allergie, néphrotoxicité, hépatotoxicité, infection (C difficile, MRSA, VRE...)
 - ▶ AB les plus impliqués: pénicilline et vancomycine
- ▶ Gestes invasifs (IV, hospitalisation) => mauvaise qualité de vie (dément +++)
- ▶ Prolonge durée d'hospitalisation
- ▶ Retarde une prise en charge palliative pure (sédation, ↑ hydrat)
- ▶ Prolonger la survie?

Ne pas nuire

- ▶ Antibiotiques bien tolérés (marge thérapeutique large)
- ▶ Facilité d'administration (PO, SC +++)
- ▶ Limiter les déplacements
- ▶ Ne doit pas faire retarder d'autres traitements symptomatiques ou la décision d'une sédation profonde et continue

Autonomie: le choix du patient?

Original Article

Antimicrobial Use in Patients with Advanced Cancer Receiving Hospice Care

Patrick H. White, BS, Heather L. Kuhlenschmidt, BS, Benjamin G. Vancura, BA,

Table 3

Patient Choices and Antimicrobial Use

Patient Choices and Antimicrobial Use	<i>n</i> (%)
Full Use (A)	53 (20.8)
Symptomatic Use (B)	123 (48.2)
No Antimicrobials (C)	79 (31.0)
Actual Antimicrobial Use	<i>n</i> (%)
Option A	30 (56.6)
Option B	45 (36.6)
Option C	2 (2.5)

- ▶ 255 patients age moyen 63 ans
- ▶ Choix option B ou C
- ▶ Patients significativement plus âgés et dépendants

Perception de l'antibiothérapie

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

pop	n	Scenario	Arret AB	Arret MCE
Medecins (Australie)	1588	DTA avec IDM	55%	96%
Medecins sce med USA	444	K meta Fièvre et confus (Dir Ant sur les AB N/O)	28% 80%	90%
Medecins hospit (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 terminal	14% 26% 51% 75%	77% 92% 96% 99%

Autonomie choix du patient



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

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

Characteristic	Value
Age, mean $\pm$ standard deviation	63.6 $\pm$ 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%

Score préférentiel
MCE < SNG < Chirurgie < AB et voie IV

Autonomie: Patient ce choix du patient?

Patient hors d'état de donner son avis

► Directives anticipées

- Tout ne peut pas être planifié (Boston: 88% DNR, 17% no AB IV, 7% no AB per os)
- Les AB ne sont pas toujours perçus comme un soin lourd

► Place de la personne de confiance/proches?

► **France**

MG demande à famille 39,7% Medecin en institution 36,1%.

► **EHPAD Boston**

37,8% famille ont donné un avis

56% discussions tracées dans le dossier

Autonomie: choix du patient?

Est-ce que le patient ou sa famille sait ce qu'est un antibiotique?

Original Article

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

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

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

201 patients 58% > 65 years

Have medical staffs explained antibiotics?

Yes	139 (69.2)
No	62 (30.8)

Do you understand what antibiotics are?

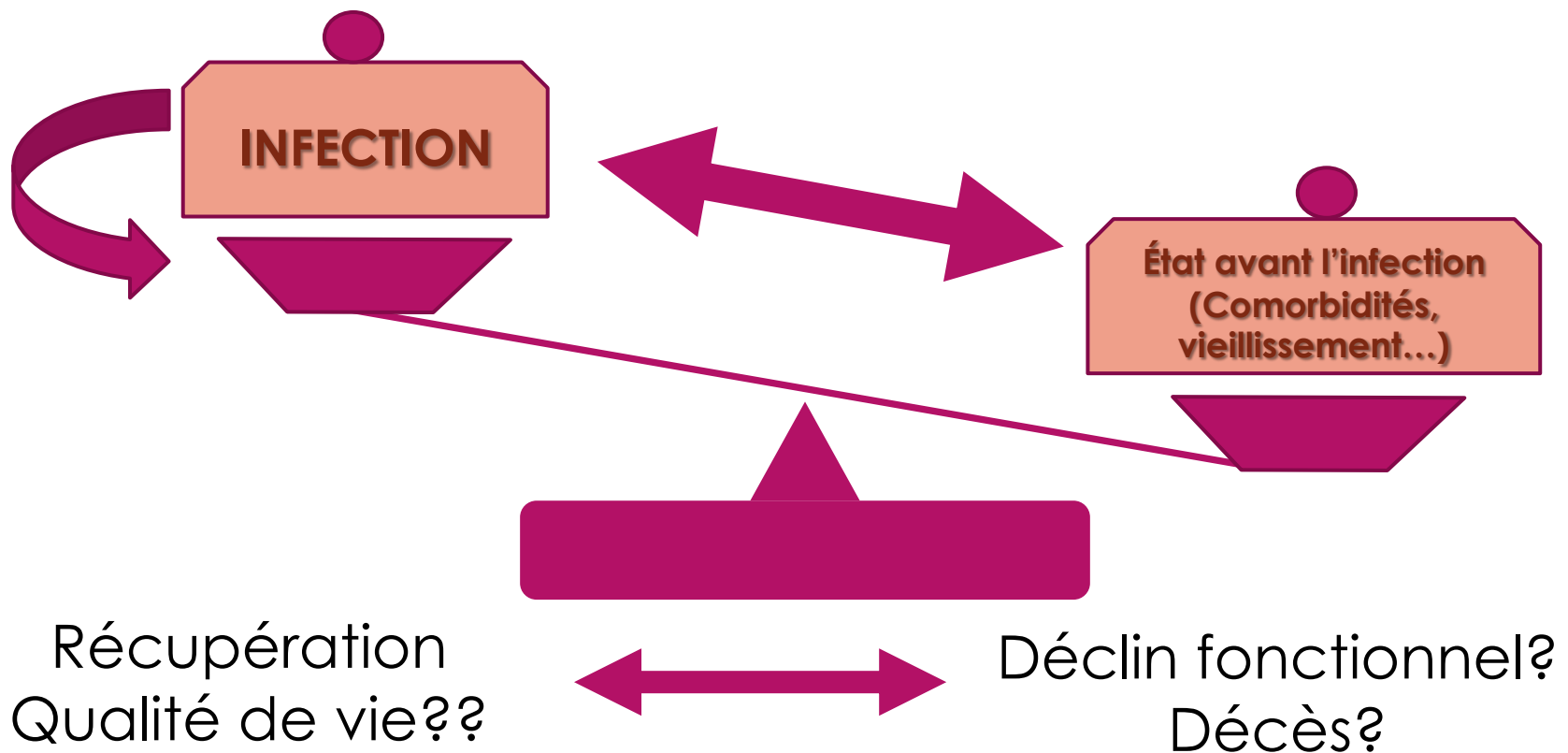
Very clearly	15 (7.5)
Clearly	58 (28.9)
Somewhat	63 (31.3)
Not clearly	65 (32.3)

Wishes to use antibiotics	% (n)
Yes	45.8 (92)
No	26.4 (53)
Not clear	27.8 (56)

Justice

- ▶ Cout de l'antibiothérapie? Hospitalisation?...
- ▶ Fardeau de l'antibio-résistance.
 - ▶ Y Gyung Kwak et al PlosOne 2016
 - 303 patients hopital Corée
 - 87,5% recoivent une antibiothérapie avant leur décès
 - 25,7% colonisé à BMR > ceux qui n'ont pas eu AB**

Quel est la part de l'infection dans le pronostic et l'inconfort?



Femme 82 years

Autonome

Atrial fibrillation

Apixaban/bisoprolol

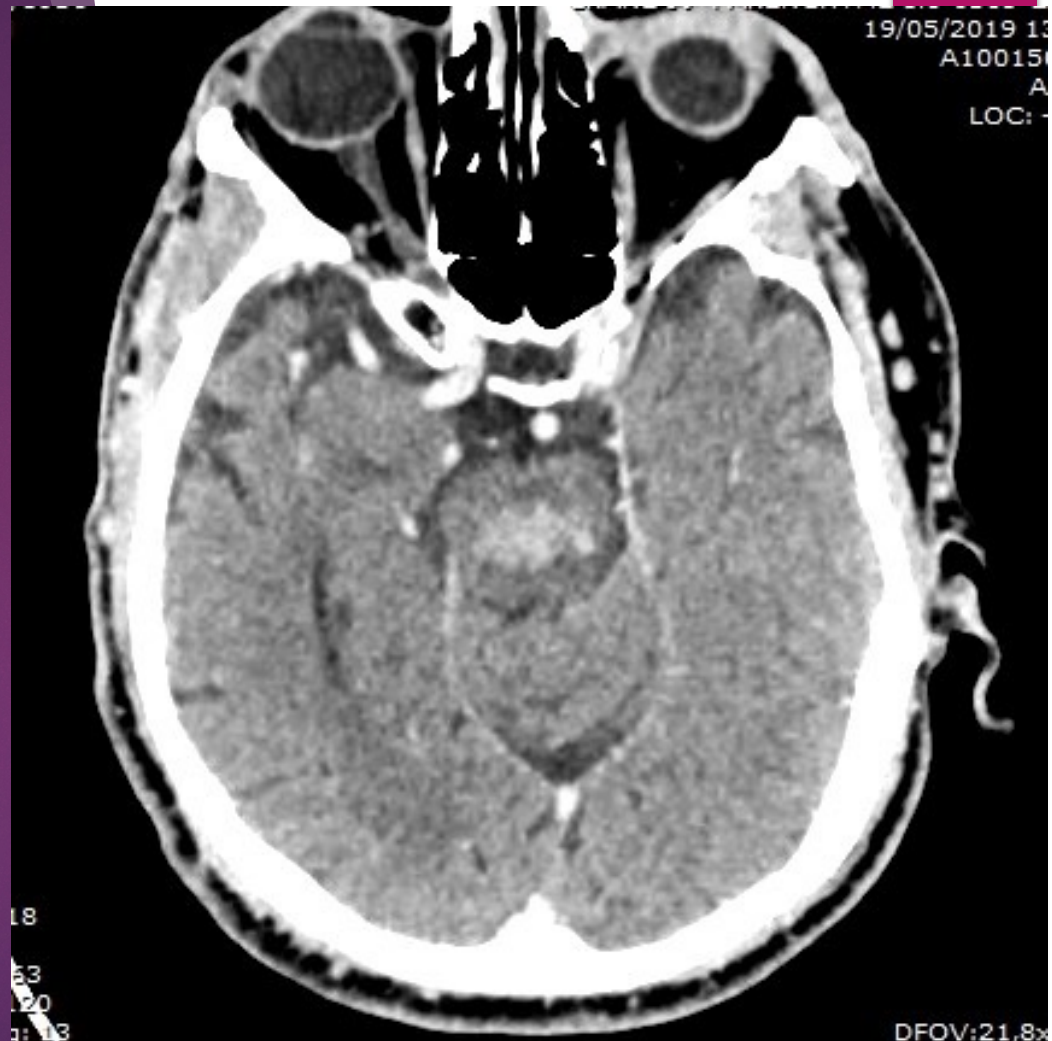
En vacances en Cévennes

Céphalées brutales

- Coma
- Détresse respiratoire

(RR 40, SaO2 85% O2 at 15 l/mn)

- T°39,5



ANTIBIOTHERAPIE?

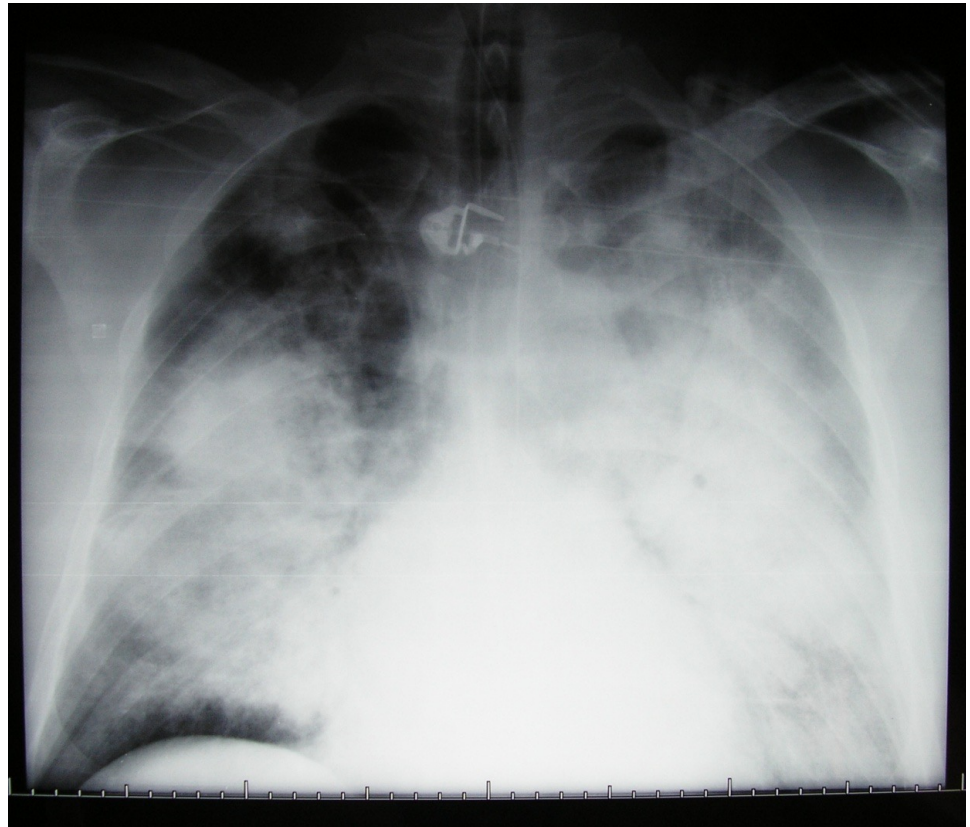
Homme 89 ans

K prostate avec localisations osseuses asymptomatiques sous hormonothérapie (PSA s'élève lentement)

Diabète type II

I rénale chronique

- Confusion Gw 10
- Fr 35 sous 6l/min
- SaO2 89%
- Ag légionella +



ANTIBIOTHERAPIE?

Homme 84 ans

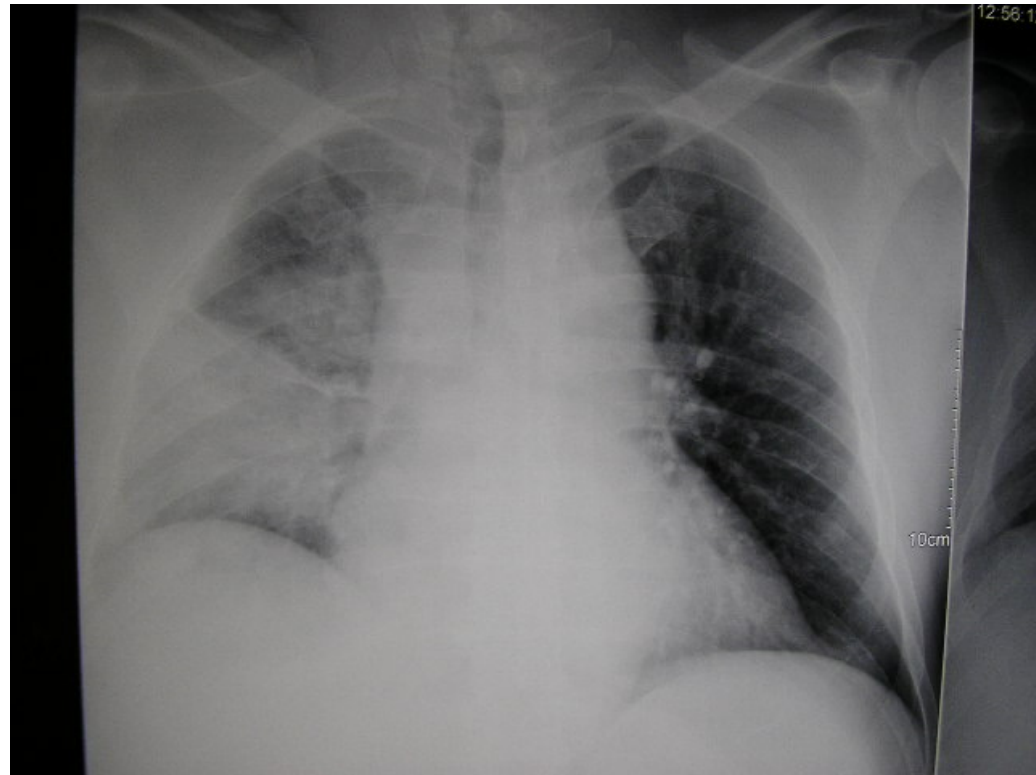
Perte complète
d'indépendance
fonctionnelle sur trouble
cognitifs majeurs

Contact verbal limité

Vit en EHPAD

Minor stroke

- Paralysie brachiofaciale
avec trouble déglutition il
y a 48h
- Hyper Natrémie 165
mmol/l
- Rales bronchiques
- (T°38,5- CRP 120)



ANTIBIOTHERAPIE?

Estimer la futilité du traitement AB

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

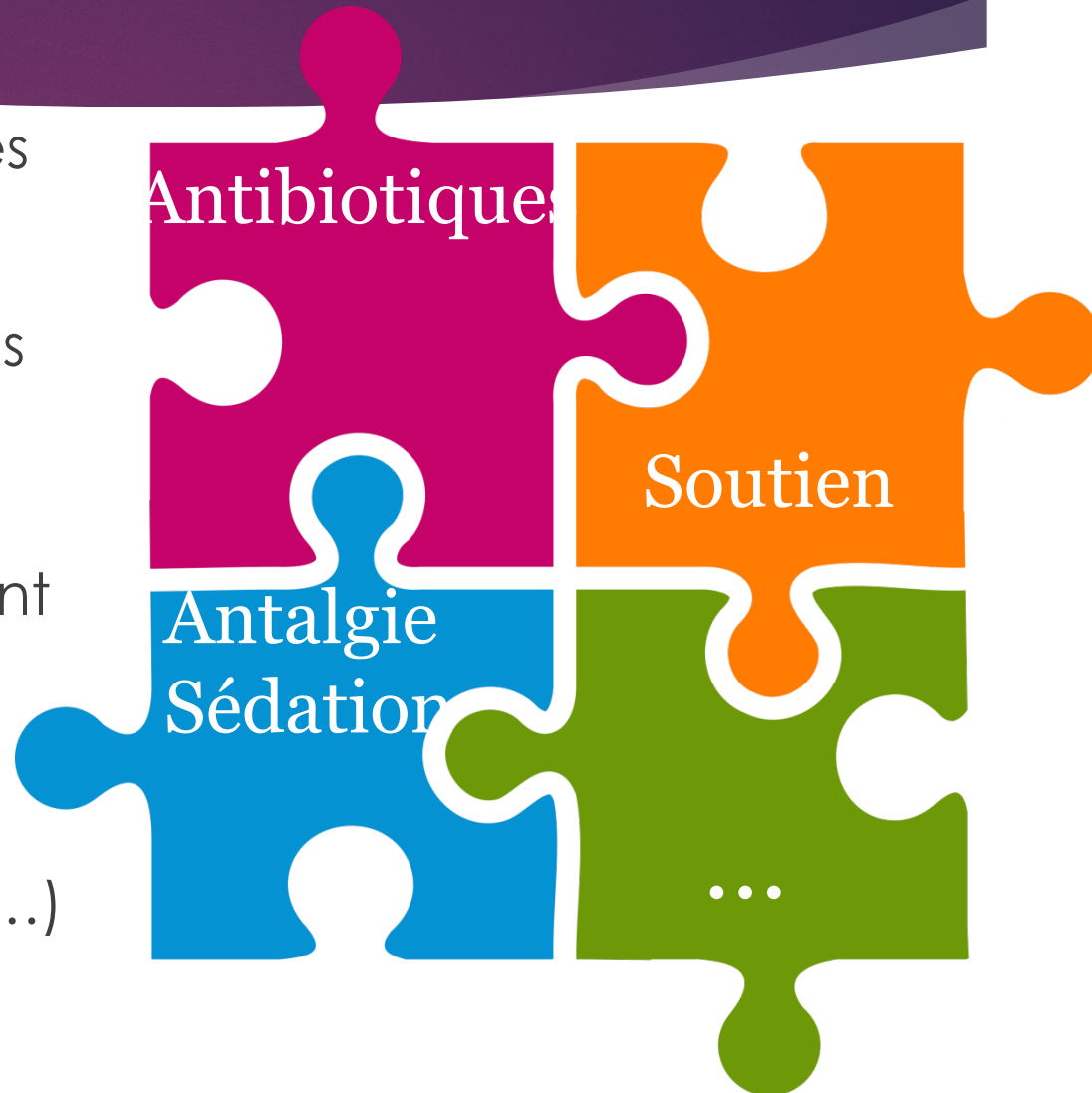
Le jugement de la futilité revient en principe au patient.

CONCEPT DE L'ANTIBIOTHERAPIE D'ATTENTE (TIME LIMITED TRIAL)

- ▶ Expliquer la situation clinique au patient (et son entourage) et évaluer ses objectifs de soins
- ▶ Évaluer ses objectifs de soins pour aligner nos perspectives de soins avec lui
- ▶ Définir des éléments objectifs indiquant une amélioration ou au contraire une détérioration (exemple besoin en O2...)
- ▶ Se mettre d'accord sur un délai d'évaluation de l'efficacité de l'antibiothérapie (48-72h)
- ▶ Définir ce qu'on va mettre en place le jour de la réévaluation en cas d'échec (autre ligne d'antibiotique, arrêt des antibiotiques, sédation...)

Points à connaître

- ▶ Les antibiotiques sont très (trop) utilisés en situation de fin de vie
- ▶ Les données scientifiques sont peu nombreuses et hétérogènes sur leur bénéfice/risque
- ▶ Les effets indésirables sont possibles
- ▶ Le respect des choix du patient est crucial (directives anticipées, personne de confiance...)



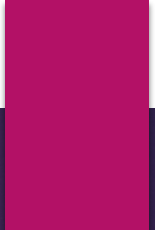
Avant de prescrire un AB chez un patient en fin de vie

6

choses
à ne pas oublier

- ▶ Un traitement individualisé
- ▶ Traiter uniquement les patients symptomatiques
- ▶ Définir un objectif clair avec le patient/proches
- ▶ Anticiper l'arrêt de l'AB au moment de la prescription
- ▶ Évaluation quotidienne de la tolérance et l'efficacité du traitement
- ▶ Ne pas retarder les traitements symptomatiques (sédation...)

D'après Thèse Dr M . Durand (Montpellier 2017)



Une médecine « personnalisée » plus
que basée sur des preuves scientifiques

« Statistiquement tout s'explique
Personnellement tout se
complique »

D PENNAC ,
CHAGRIN D'ÉCOLE



Merci pour votre attention

dr.fraisse@ch-ales.fr

