



# Antibiothérapie en fin de vie

**Dr Geneviève PINGANAUD, gériatre (CHU Bordeaux)**

**Mme Corinne BOURY, cadre de santé (CHU Bordeaux)**



# Récit clinique (1)

- **Patient âgé de 87 ans, admis aux urgences pour accident de la voie publique (vélo/auto)**
  - Polytraumatisme grave (membres, thorax, crâne)
  - Prise en charge en réanimation :
    - Sédation de courte durée
    - Pneumopathie acquise sous ventilation mécanique
    - État pauci relationnel, absence de déficit moteur
    - Transféré en gériatrie à J 30
    - Limitations thérapeutiques posées : informations données aux proches ?
- **Absence d'antécédent majeur, traitement HTA, totalement autonome**
- **Mode de vie : domicile avec sa compagne et un fils**



## Récit clinique (2)

- **A l'admission en médecine gériatrique :**
  - Patient conscient, suit du regard, répond parfois aux ordres simples
  - Encombrement respiratoire modéré
  - SNG pour alimentation assistée (troubles de la déglutition)
  - Sonde vésicale
  - Relativement confortable
  - Proches très présents, discours « très médicalisé », fortes attentes
- **Évolution :**
  - Pneumopathie d'inhalation à J 2 : suspension de l'alimentation, plusieurs antibiothérapies successives
  - Escarre sacrum
  - Baisse du niveau de vigilance, dégradation de l'état général
  - J 10 : détresse respiratoire



# Récit clinique (3)

## • Situation problématique :

- Hypovigilance quasi continue, inconfort physique
- État infectieux persistant malgré les antibiotiques, extension de l'escarre
- Mauvaise tolérance de la SNG (ablation), voie veineuse précaire
- Évaluation par les rééducateurs : pronostic fonctionnel incertain
- Famille en attente d'une médicalisation optimale, souffrance explicite

### Questions

- ❖ Faut-il poursuivre l'antibiothérapie et sous quelles modalités?
- ❖ Faut-il poursuivre l'alimentation et sous quelles modalités?
- ❖ Jusqu'où prendre en compte les besoins et attentes de la famille ?



# Fin de vie et personne âgée

- **L'expression « fin de vie » recouvre, en ce qui concerne les personnes âgées, des notions variées et variables selon les interlocuteurs :**
  - Grande vieillesse : fin du parcours de vie
  - Maladie grave incurable en phase palliative avancée
  - Personne mourante
  - Agonie
- **Particularités gériatriques de la fin de vie :**
  - Profil pathologique : polypathologie et dépendance lourde
  - Difficultés à recueillir la volonté et le consentement aux soins en situation d'altération des fonctions cognitives, de troubles neurologiques...

→ Où en sommes-nous dans la prise en soins ?



**Incertitude pour définir l'entrée en phase palliative ou terminale**



# Les trajectoires de fin de vie

(Murray SA, BMJ, 2005)

- **Une trajectoire de déclin lent**
  - Perte progressive des capacités fonctionnelles et cognitive
  - Personnes âgées fragiles ou DTA
  - **Environ 12 % des PA**
- **Une trajectoire de déclin graduel**
  - Épisodes de détérioration aigus alternant avec des temps de récupération, mort parfois inattendue
  - Défaillances d'organes
  - **Environ 40 % des PA**
- **Une trajectoire de déclin rapide**
  - Evolution plus ou moins rapide vers une phase terminale
  - Cancer
  - **Environ 50 % des PA**





## Récit clinique (4)

- J 12: espace de réflexion éthique sollicité

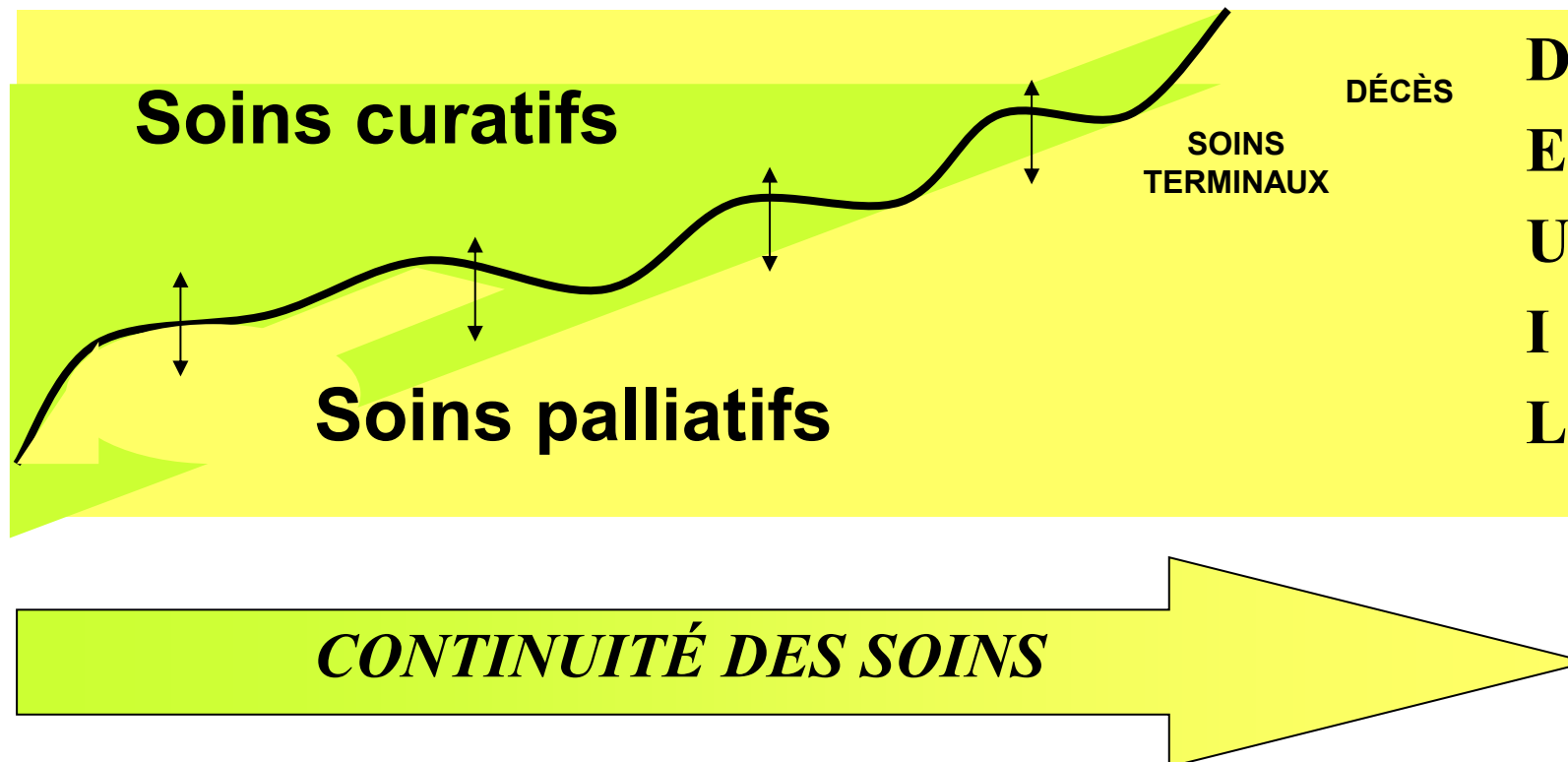
### Préconisations

- Pose d'une voie veineuse profonde pour antibiothérapie ajustée aux résultats bactériologiques et alimentation
- Perspective de gastrostomie (GPE) en fonction de l'évolution de la situation
  - ➡ Argument principal : accident récent et pronostic neurologique incertain selon les rééducateurs



# Antibiothérapie en fin de vie (1)

Les soins palliatifs dépassent largement les soins terminaux.







# Antibiothérapie en fin de vie (2)

- **Quel(s) bénéfice(s) ?**

- Cible de la prise en soin : Curatif ? Palliatif symptomatique ? Palliatif terminal ?
- Impact du traitement ATB : Qualité de vie ? Infection ?

- **Quel(s) inconvénients ?**

- Évènements indésirables : effets secondaires, toxicité, infection à Clostridium D
- Contraintes : hospitalisation, investigations préalables, voie d'administration

**Respect des principes éthiques fondamentaux : bienfaisance,  
non-malfaisance, autonomie**

**Indication : contrôle des symptômes liés à l'infection (fièvre, douleur,  
encombrement...)**

**Attitude de réévaluation systématique : respect de la proportionnalité  
des soins**



# Les outils décisionnels

## La grille de questionnement éthique de R. Sebag-Lanoé

- Quelle est la maladie principale de ce patient ?
- Quel est son degré d'évolution ?
- Quelle est la nature de l'épisode actuel surajouté ?
- Est-il facilement curable ou non ?
- Y a-t-il eu répétition récente d'épisodes aigus rapprochés ou une multiplicité d'atteintes pathologiques diverses ?
- Que dit le malade, s'il peut le faire ?
- Qu'exprime-t-il à travers son comportement corporel et sa coopération aux soins ?
- Quelle est la qualité de son confort actuel ?
- Qu'en pense la famille ? (tenir compte de...)
- Qu'en pensent les soignants qui le côtoient le plus souvent ?



## Récit clinique (5)

- **Évolution :**

- **Le patient et la pathologie :**

- Douleur à la mobilisation et lors des soins, peu réactif, encombré
    - Episodes infectieux à répétition traités : pneumopathie, abcès du psoas, colite à *Clostridium difficile*
    - Voie veineuse profonde en place
    - GPE posée en contexte de régression des signes infectieux : reprise de l'encombrement respiratoire → suspension de l'alimentation (J 15)

- **La famille : rencontrée à plusieurs reprises**

- Dénier de situation
    - Demande d'informations techniques
    - Souhait d'une médicalisation maximale



## Récit clinique (6)

- **J 38 : 2<sup>ème</sup> présentation de la situation en espace éthique**
  - Traitement symptomatique du syndrome infectieux
  - Suspension de l'alimentation entérale
  - Accompagnement de la famille vers une démarche palliative

➡ **Changement de stratégie**

Arguments : état neurologique fixé, obstination déraisonnable



## Récit clinique (7)

- **La famille est revue après la 2<sup>ème</sup> réunion de l'espace éthique :**
  - Parcours de la maladie
  - Caractère délétère des soins à visée curative pour le patient
  - Vécu des soignants : maltraitance
  - Information du changement de stratégie : prise en soin centrée sur le confort
  - Reconnaissance de la souffrance familiale
- **Le patient est transféré en lit identifié de soin palliatif où il décèdera au bout d'une semaine**
  - À presque 3 mois de son hospitalisation en gériatrie
  - Sans symptôme d'inconfort
  - Famille partiellement apaisée





# Place de la réflexion éthique

- L'éthique est une interrogation sur le sens et les limites de notre action
- L'éthique invite à se poser en situation les questions suivantes :
  - Pourquoi ? **INTENTIONNALITÉ / JUSTIFICATION**
  - Pour qui ? **FINALITÉ**
  - Comment ? **NIVEAU D'EXPERTISE**

Que dois-je faire?  
Quand je peux  
faire, dois-je faire?  
Comment faire?

Comprendre nos conflits de valeurs / Identifier les dilemmes





# L'enjeu d'un travail sur le questionnement éthique

- **Faire émerger les principes mise en tension à partir du récit des problèmes :**
  - Autonomie/bienfaisance, autonomie/justice, bienfaisance/non malfaisance
- **Repérer les situations d'injonctions paradoxales, les valeurs et les positions conflictuelles :**
  - **Sécurité, protection et respect des libertés individuelles**
  - Soins personnalisés et contraintes de la vie en collectivité
  - Place des proches et limites de leur implication
  - Respect de la volonté du patient/résident et qualité du consentement aux soins
- **Distinguer un affrontement de logiques :**
  - Logique de choix/logique de soin(s)
  - Logique de soin/logique économique

**DONNER DU SENS AUX PRATIQUES**



# Les enjeux de la démarche éthique

**Comprendre et décider**  
**Comprendre et soutenir**  
**Comprendre et apprendre**

Comprendre :  
« Saisir le sens de »



# Analyse du récit clinique

- **Le patient :**

- Dans l'incapacité d'exprimer sa volonté, de donner son consentement ou de refuser
- Absence de personne de confiance désignée
- Pas de directives anticipées

- **Les proches :**

- État de sidération psychique : refus de la situation
- Vécu d'injustice occultant l'état clinique du patient
- **Pari à priori, positif, sur la vie : exigence d'une médicalisation maximale**

À la croisée des points  
de vue ?

- **L'équipe soignante :**

- Vécu de maltraitance : soins devenant de l'obstination déraisonnable
- Ressenti d'instrumentalisation
- **Pari à priori, négatif : fin de vie à court terme**



# Mise en perspective

- **Le questionnement éthique naît d'un malaise**

**RESSENTIR UN DÉCALAGE ENTRE LES BESOINS DU MALADE ET LES ATTENTES DES PROCHES**

- **Tension entre plusieurs principes éthiques :**

- Bienfaisance / Non malfaisance
- Bienfaisance / justice

- **La meilleure réponse éthique émerge de la discussion :**

- En collégialité : prise de distance face à la situation, légitimité de la décision ➡ **Éthique de la discussion**
- En équipe : cohérence dans le discours
- Avec les proches : accompagnement vers un consensus à défaut d'une acceptation



# Bibliographie

1. Fraisse *et al*, Expert Review of Respiratory Medicine, 2025
2. Karlin *et al*, CID, 2024
3. Clark *et al*, American Journal of Hospice & Palliative Medicine, 2022
4. Gaw *et al*, Infect Control Hosp Epidemiol, 2018
5. Béziaud *et al*, Presse Med, 2009