

2024-2025

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Qualification en Médecine Générale

Facteurs influençant la prescription d'antibiotiques chez les patients présentant une infection urinaire ou respiratoire en situation palliative terminale

MOTTIER Hugo

Né le 23 Août 1997 à Saint-Cyr l'école (78)

Sous la direction du Docteur PETIT Marie et Co-direction du Docteur
L'HUILLIER Marie-Lys

Membres du jury

Monsieur le Professeur URBAN Thierry	Président
Madame le Docteur PETIT Marie	Directrice
Madame le Docteur L'HUILLIER Marie-Lys	Codirectrice
Monsieur le Docteur LANDRON Cédric	Membre

Soutenue publiquement le :
28 mars 2025

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je soussigné, Mottier Hugo
déclare être pleinement conscient que le plagiat de documents ou d'une
partie d'un document publiés sur toutes formes de support, y compris l'internet,
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées
pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiant le **12/02/2025**

SERMENT D'HIPPOCRATE

« Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque ».

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE SANTÉ D'ANGERS

Doyen de la Faculté : Professeur Cédric ANNWEILER

Vice-Doyen de la Faculté et directeur du département de pharmacie :
Professeur Sébastien FAURE

Directeur du département de médecine : Professeur Vincent DUBEE

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	PHYSIOLOGIE	Médecine
ANGOULVANT Cécile	MEDECINE GENERALE	Médecine
ANNWEILER Cédric	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT	Médecine
ASFAR Pierre	REANIMATION	Médecine
AUBE Christophe	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine
AUGUSTO Jean-François	NEPHROLOGIE	Médecine
BAUFRETON Christophe	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE	Médecine
BELLANGER William	MEDECINE GENERALE	Médecine
BELONCLE François	REANIMATION	Médecine
BIERE Loïc	CARDIOLOGIE	Médecine
BIGOT Pierre	UROLOGIE	Médecine
BONNEAU Dominique	GENETIQUE	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE	Médecine
BOUET Pierre-Emmanuel	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
BOURSIER Jérôme	GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE	Médecine
BOUVARD Béatrice	RHUMATOLOGIE	Médecine
BRIET Marie	PHARMACOLOGIE	Médecine
CAMPONE Mario	CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE	Médecine
CAROLI-BOSC François-Xavier	GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE	Médecine
CASSEREAU Julien	NEUROLOGIE	Médecine
CLERE Nicolas	PHARMACOLOGIE / PHYSIOLOGIE	Pharmacie
COLIN Estelle	GENETIQUE	Médecine
CONNAN Laurent	MEDECINE GENERALE	Médecine
COPIN Marie-Christine	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
COUTANT Régis	PEDIATRIE	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	PHYSIOLOGIE	Médecine
CRAUSTE-MANCIET Sylvie	PHARMACOTECHNIE HOSPITALIERE	Pharmacie
DE CASABIANCA Catherine	MEDECINE GENERALE	Médecine
DERBRE Séverine	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
DESCAMPS Philippe	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
D'ESCATHA Alexis	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine

DINOMAIS Mickaël	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION	Médecine
DUBEE Vincent	MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES	Médecine
DUCANCELLE Alexandra	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE	Médecine
DUVERGER Philippe	PEDOPSYCHIATRIE	Médecine
EVEILLARD Matthieu	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Pharmacie
FAURE Sébastien	PHARMACOLOGIE PHYSIOLOGIE	Pharmacie
FOURNIER Henri-Dominique	ANATOMIE	Médecine
FOUQUET Olivier	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE	Médecine
FURBER Alain	CARDIOLOGIE	Médecine
GAGNADOUX Frédéric	PNEUMOLOGIE	Médecine
GOHIER Bénédicte	PSYCHIATRIE D'ADULTES	Médecine
GUARDIOLA Philippe	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
GUILET David	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
HUNAUULT-BERGER Mathilde	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
JEANNIN Pascale	IMMUNOLOGIE	Médecine
KAZOUR François	PSYCHIATRIE	Médecine
KEMPF Marie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE	Médecine
KUN-DARBOIS Daniel	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE	Médecine
LACOEUILLE FRANCK	RADIOPHARMACIE	Pharmacie
LACCOURREYE Laurent	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE	Médecine
LAGARCE Frédéric	BIOPHARMACIE	Pharmacie
LANDREAU Anne	BOTANIQUE/ MYCOLOGIE	Pharmacie
LASOCKI Sigismond	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION	Médecine
LEBDAI Souhil	UROLOGIE	Médecine
LEGENDRE Guillaume	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
LEGRAND Erick	RHUMATOLOGIE	Médecine
LEMEE Jean-Michel	NEUROCHIRURGIE	Médecine
LERMITE Emilie	CHIRURGIE GENERALE	Médecine
LEROLLE Nicolas	REANIMATION	Médecine
LIBOUBAN Hélène	HISTOLOGIE	Médecine
LUQUE PAZ Damien	HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE	Médecine
MARCHAIS Véronique	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Pharmacie
MARTIN Ludovic	DERMATO-VERERELOGIE	Médecine
MAY-PANLOUP Pascale	BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION	Médecine
MENEI Philippe	NEUROCHIRURGIE	Médecine
MERCAT Alain	REANIMATION	Médecine
ORVAIN Corentin	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
PAISANT Anita	RADIOLOGIE	Médecine
PAPON Nicolas	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE	Pharmacie

PASSIRANI Catherine	CHIMIE GENERALE	Pharmacie
PELLIER Isabelle	PEDIATRIE	Médecine
PETIT Audrey	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
PICQUET Jean	CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE	Médecine
PODEVIN Guillaume	CHIRURGIE INFANTILE	Médecine
PROCACCIO Vincent	GENETIQUE	Médecine
PRUNIER Delphine	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
PRUNIER Fabrice	CARDIOLOGIE	Médecine
PY Thibaut	MEDECINE GENERALE	Médecine
RAMOND-ROQUIN Aline	MEDECINE GENERALE	Médecine
REYNIER Pascal	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
RIOU Jérémie	BIostatistique	Pharmacie
RINEAU Emmanuel	ANESTHESIOLOGIE REANIMATION	Médecine
RIQUIN Elise	PEDOPSYCHIATRIE ; ADDICTOLOGIE	Médecine
RODIEN Patrice	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES	Médecine
ROQUELAURE Yves	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
ROUGE-MAILLART Clotilde	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE	Médecine
ROUSSEAU Audrey	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
ROUSSEAU Pascal	CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE	Médecine
ROUSSELET Marie-Christine	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
ROY Pierre-Marie	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
SAULNIER Patrick	BIOPHYSIQUE ET BIOSTATISTIQUES	Pharmacie
SERAPHIN Denis	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie
SCHMIDT Aline	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
TESSIER-CAZENEUVE Christine	MEDECINE GENERALE	Médecine
TRZEPIZUR Wojciech	PNEUMOLOGIE	Médecine
UGO Valérie	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
URBAN Thierry	PNEUMOLOGIE	Médecine
VAN BOGAERT Patrick	PEDIATRIE	Médecine
VENARA Aurélien	CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE	Médecine
VENIER-JULIENNE Marie-Claire	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
VERNY Christophe	NEUROLOGIE	Médecine
WILLOTEAUX Serge	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

AMMI Myriam	CHIRURGIE VASCULAIRE ET THORACIQUE	Médecine
BAGLIN Isabelle	CHIMIE THERAPEUTIQUE	Pharmacie

BASTIAT Guillaume	BIOPHYSIQUE ET BIOSTATISTIQUES	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	IMMUNOLOGIE	Médecine
BEGUE Cyril	MEDECINE GENERALE	Médecine
BELIZNA Cristina	MEDECINE INTERNE	Médecine
BENOIT Jacqueline	PHARMACOLOGIE	Pharmacie
BERNARD Florian	ANATOMIE	Médecine
BESSAGUET Flavien	PHYSIOLOGIE PHARMACOLOGIE	Pharmacie
BLANCHET Odile	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
BOISARD Séverine	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
BOUCHER Sophie	ORL	Médecine
BRIET Claire	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES	Médecine
BRILLAND Benoit	NEPHROLOGIE	Médecine
BRIS Céline	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Pharmacie
BRUGUIERE Antoine	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
CAPITAIN Olivier	CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE	Médecine
CHABRUN Floris	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Pharmacie
CHAO DE LA BARCA Juan- Manuel	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
CHOPIN Matthieu	MEDEECINE GENERALE	
CODRON Philippe	NEUROLOGIE	Médecine
DEMAS Josselin	SCIENCES DE LA READAPTATION	Médecine
DESHAYES Caroline	BACTERIOLOGIE VIROLOGIE	Pharmacie
DOUILLET Delphine	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
FERRE Marc	BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
FORTRAT Jacques-Olivier	PHYSIOLOGIE	Médecine
GHALI Maria	MEDECINE GENERALE	Médecine
GUELFF Jessica	MEDECINE GENERALE	Médecine
HADJ MAHMOUD Dorra	IMMUNOLOGIE	Pharma
HAMEL Jean-François	BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE	Médicale
HAMON Cédric	MEDECINE GENERALE	Médecine
HELESBEUX Jean-Jacques	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie
HERIVAUX Anaïs	BIOTECHNOLOGIE	Pharmacie
HINDRE François	BIOPHYSIQUE	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE	Médecine
JUDALET-ILLAND Ghislaine	MEDECINE GENERALE	Médecine
KHIATI Salim	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
LEFEUVRE Caroline	BACTERIOLOGIE ; VIROLOGIE	Médecine
LEGEAY Samuel	PHARMACOCINETIQUE	Pharmacie
LEPELTIER Elise	CHIMIE GENERALE	Pharmacie
LETOURNEL Franck	BIOLOGIE CELLULAIRE	Médecine
MABILLEAU Guillaume	HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE	Médecine
MALLET Sabine	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
MAROT Agnès	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE	Pharmacie
MESLIER Nicole	PHYSIOLOGIE	Médecine
MIOT Charline	IMMUNOLOGIE	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	PHILOSOPHIE	Médecine

AUTRES ENSEIGNANTS

ATER		
BARAKAT Fatima	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
ATCHADE Constantin	GALENIQUE	Pharmacie
PRCE		
AUTRET Erwan	ANGLAIS	Santé
BARBEROUSSE Michel	INFORMATIQUE	Santé
COYNE Ashley	ANGLAIS	Santé
O'SULLIVAN Kayleigh	ANGLAIS	Santé
RIVEAU Hélène	ANGLAIS	
PAST-MAST		
AUBRUCHET Hélène		
BEAUVAIS Vincent	OFFICINE	Pharmacie
BRAUD Cathie	OFFICINE	Pharmacie
CAVAILLON Pascal	PHARMACIE INDUSTRIELLE	Pharmacie
DILÉ Nathalie	OFFICINE	Pharmacie
GUILLET Anne-Françoise	PHARMACIE DEUST PREPARATEUR	Pharmacie
MOAL Frédéric	PHARMACIE CLINIQUE	Pharmacie
CHAMPAGNE Romain	MEECINE PHYSIQUE ET READAPTATION	Médecine
KAASSIS Mehdi	GASTRO-ENTEROLOGIE	Médecine
GUITTON Christophe	MEDECINE INTENSIVE-REANIMATION	Médecine
LAVIGNE Christian	MEDECINE INTERNE	Médecine
PICCOLI Giorgina	NEPHROLOGIE	Médecine

POMMIER Pascal	CANCEROLOGIE-RADIOTHERAPIE	Médecine
SAVARY Dominique	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
PLP		
CHIKH Yamina	ECONOMIE-GESTION	Médecine

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Thierry URBAN

Je tiens à vous exprimer ma profonde gratitude pour avoir accepté la présidence de mon jury de thèse. Votre présence et votre engagement témoignent de l'intérêt que vous portez à mon travail, et c'est un honneur de vous compter parmi les experts qui l'évalueront.

A Madame le Docteur Marie PETIT

Merci d'avoir accepté de diriger cette thèse et de m'avoir accompagné tout au long de ce travail. Ta bienveillance, ta disponibilité et ton expertise dans le domaine ont été d'une aide précieuse, me guidant avec justesse et encouragement à chaque étape. Ce fut un honneur et un plaisir de travailler sous ta direction, et je te suis sincèrement reconnaissant pour ton soutien et tes conseils avisés.

A Madame le Docteur Marie-Lys L'HUILLIER

Je te remercie tout particulièrement de m'avoir fait découvrir l'univers des soins palliatifs et d'avoir été une véritable source d'inspiration par l'attrait que tu portes à cette spécialité. Ton engagement et ta passion ont grandement nourri ma réflexion tout au long de ce travail. Merci d'avoir accepté de co-diriger cette thèse et de m'avoir présenté à Marie, rendant ainsi cette aventure possible.

A Monsieur le Docteur Cédric LANDRON

Merci d'avoir accepté de siéger dans mon jury de thèse. C'est un immense honneur pour moi de te compter parmi ceux qui évaluent ce travail. Tu as été bien plus qu'un chef de service : tu as su me transmettre ton enthousiasme pour la médecine polyvalente et m'inspirer au quotidien. Ta bienveillance, ton exigence et ton incroyable savoir ont marqué mon parcours bien au-delà de cette thèse. Je suis fier et heureux de travailler à tes côtés, et je te remercie sincèrement pour tout ce que tu m'as appris.

Aux médecins ayant accepté de participer à cette étude

Je vous remercie sincèrement pour votre participation ainsi que pour la richesse des échanges que nous avons pu partager.

A mes parents, à Pauline et Kilian

Je ne serais jamais arrivé jusque-là sans vous. Vous avez toujours été présents quand j'en avais besoin, et chacun à votre manière, vous m'avez soutenu, changé les idées dans les moments difficiles et offert des instants de famille inoubliables. Une pensée particulière pour Laurence, qui, de là où elle est, doit bien rire en me voyant écrire ces lignes. Elle a été une immense source de motivation pour moi durant la première année de médecine et a joué un rôle précieux dans mon parcours. Je vous aime.

A mes grands-parents, à mes cousins/cousines

Merci d'avoir contribué à faire de moi la personne que je suis aujourd'hui. J'espère être à la hauteur de vos attentes et vous rendre fiers. En tout cas, je suis profondément heureux de vous avoir à mes côtés, et j'espère que cela durera le plus longtemps possible !

A mes amis de toujours, Julien, Mathilde, Sophie

Merci d'avoir toujours été là. Votre amitié m'a porté tout au long de ces années, et c'est en partie grâce à vous que j'en suis là aujourd'hui. J'espère qu'on aura plus d'occasions de nous retrouver et de partager encore de beaux moments ensemble.

À mes amis du lycée, aux Bronzés qui vont bronzer

Merci d'avoir su faire vivre notre amitié malgré la distance et nos chemins de vie différents. Chaque retrouvaille est une bouffée d'oxygène, et je suis heureux de voir que, malgré les années, notre complicité reste intacte. Hâte de partager encore plein de souvenirs avec vous !

A la Dream Team

Ces six années d'externat auraient été bien plus compliquées sans vous. Grâce à vous, j'ai pu rester concentré, travailler efficacement, que ce soit en stage ou à la fac... mais surtout, j'ai beaucoup ri ! Je suis fier de vous tous (sauf un, qui se reconnaîtra) et heureux de vous compter parmi mes amis. J'ai hâte de voir où nos chemins nous mèneront, et j'espère que, malgré les distances et nos carrières à venir, on trouvera toujours le temps de se retrouver comme avant.

A mes co-internes de la Davière

Merci pour ces 6 mois passés ensemble en coloc'. Vous avez rendu ce stage aux urgences beaucoup plus agréable, et vous êtes devenus bien plus que des co-internes, de véritables amis.

A Elina

Comme on dit, le meilleur pour la fin ! Je ne te remercierai jamais assez pour tout ce que tu m'apportes, et ce, depuis la seconde. Merci pour notre complicité incroyable, pour tous ces moments de bonheur partagés. Merci de m'avoir aidé et soutenu durant toutes ces années. Merci d'avoir accepté de m'accompagner dans la réalisation de cette thèse, avec tes multiples casquettes. Merci d'être là, d'être toi, et d'être celle qui partage ma vie.

Et surtout, merci d'être ma future femme (et de prendre mon nom...). Je t'aime.

Liste des abréviations

[illegible]

Plan

SERMENT D'HIPPOCRATE

RESUME

INTRODUCTION

MATERIEL ET MÉTHODES

RÉSULTATS

- 1. Description de l'échantillon**
- 2. Amélioration du confort**
- 3. Prescriptions différentes en fonction de l'environnement**
- 4. Facilités à prescrire**
- 5. Pronostic du patient**
- 6. Choix du patient**

DISCUSSION

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

LISTE DES TABLEAUX

TABLE DES MATIERES

ANNEXES

- 1. Guide d'entretien des focus groups**
- 2. Formulaire de consentement**

RESUME

Introduction : Les soins palliatifs, en constante évolution, visent à améliorer la qualité de vie des patients, notamment en phase terminale. Cette phase est marquée par une prévalence élevée d'infections urinaires et respiratoires. L'usage des antibiotiques, bien que courant en phase terminale (40-90% des cas), soulève des enjeux éthiques, cliniques, écologiques et financiers. L'absence de recommandations spécifiques complique la prise de décision thérapeutique. Cette étude analyse les facteurs influençant la prescription d'antibiotiques dans ces infections en phase terminale afin d'optimiser la prise en charge des patients.

Matériel et méthode : Etude qualitative par focus groups avec regroupant des médecins hospitaliers et libéraux du Maine-et-Loire impliqués dans la prise en charge des patients en soins palliatifs. L'échantillonnage a été réalisé en variation raisonnée, et le recrutement effectué par courriel auprès des médecins hospitaliers du CHU d'Angers et des médecins libéraux via l'URML. Les entretiens ont été enregistrés, retranscrits et anonymisés. L'analyse thématique, basée sur la théorisation ancrée, a permis de coder, catégoriser et interpréter les données.

Résultats : Trois focus groups ont été réalisés avec 11 médecins (8 femmes, 3 hommes, âge médian : 47 ans). L'amélioration du confort des patients était la principale motivation de prescription. Toutefois, plusieurs facteurs influencent les décisions thérapeutiques : l'environnement de travail, les ressources disponibles, la charge et les conditions de travail ainsi que l'entourage du patient et les équipes paramédicales. Les décisions de traitement dépendent aussi de l'état clinique du patient, du pronostic et de ses projets de vie. Le dialogue avec ce dernier reste insuffisant, rendant difficile la clarification des choix, notamment en ce qui concerne les antibiotiques et les directives anticipées.

Conclusion : L'étude révèle la complexité des décisions de prescription d'antibiotiques en phase terminale de soins palliatifs, influencées, en partie par des facteurs externes au patient. Les contraintes logistiques, la subjectivité du pronostic, les facteurs psychologiques médicaux, l'expérience médicale et les ressources disponibles sont des éléments déterminants dans ces décisions.

INTRODUCTION

Les soins palliatifs connaissent une évolution constante depuis plusieurs décennies et concernent la plupart des spécialités médicales et chirurgicales, hospitalières comme libérales. Ils sont définis comme « des soins actifs délivrés dans une approche globale de la personne atteinte d'une maladie grave, évolutive ou terminale. L'objectif des soins palliatifs est de soulager les douleurs physiques et les autres symptômes mais aussi de prendre en compte la souffrance psychique, sociale et spirituelle ».¹

Plusieurs lois ont permis l'accès aux soins palliatifs en France durant ces trois dernières décennies, avec notamment la Loi Leonetti-Claeys du 02 février 2016 qui donne le droit à une sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès, pour répondre à la demande de la société à mourir dans la dignité. Cette loi a clarifié les conditions de l'arrêt des traitements au titre du refus de l'obstination déraisonnable, en réaffirmant le droit du malade à l'arrêt de tout traitement. Elle place le patient au cœur du processus décisionnel, en rendant ses directives anticipées contraignantes pour le médecin. Ainsi, les thérapeutiques jugées déraisonnables par le médecin et le patient peuvent être arrêtées ou ne pas être débutées.²

Les patients en soins palliatifs sont davantage sujets aux infections en raison de la plus grande prévalence d'immunosuppression, de multimorbidité, de troubles cognitifs, de la lourdeur des soins et de la technicité de ceux-ci. Les infections et les épisodes fébriles comptent d'ailleurs parmi les complications aiguës les plus courantes rencontrées par les patients en phase terminale. Plus de la moitié des patients hospitalisés en unité de soins palliatifs développent une ou plusieurs infections. Les principales localisations infectieuses sont, par ordre décroissant, urinaires, respiratoires puis sanguines.³

Les infections peuvent provoquer chez le patient des symptômes gênants, tels que fatigue, fièvre, douleur et inconfort.

L'usage des antibiotiques est important dans la population des patients en fin de vie. ⁴

Selon plusieurs études, entre 40% et 90% des patients en phase terminale de soins palliatifs se voient prescrire des antibiotiques au cours des deux dernières semaines de leur vie. ⁵⁻¹⁰

Cependant, cette pratique soulève des préoccupations croissantes dans le domaine médical. Elle pose des questions complexes relatives à l'équilibre entre la gestion des infections, la qualité de vie des patients en fin de vie, les principes éthiques des soins palliatifs, la résistance bactérienne émergente et les implications financières associées à la prescription médicale. ¹¹

En parallèle, l'utilisation sans restriction des antibiotiques chez les patients mourants peut être remise en question en raison des risques potentiels de réactions allergiques, de diarrhée associée aux antibiotiques et de la montée en puissance de bactéries multirésistantes. ¹²

Il est également possible que les antibiotiques ne soient pas efficaces en raison de modifications physiologiques chez le patient en fin de vie, telles qu'une diminution de la perfusion tissulaire, une augmentation du volume de distribution et un système immunitaire affaibli. Une autre implication pratique de l'utilisation d'antibiotiques est le besoin accru d'utilisation de dispositifs invasifs. ¹³

À la lumière de ces principes de base, la question se pose de savoir si les infections suspectées doivent être traitées ou non.

Certains articles s'accordent à dire que les antibiotiques améliorent le confort des patients présentant certaines infections, comme les infections respiratoires et urinaires contrairement à d'autres localisations (bactériémie par exemple).^{3,4}

Les infections pulmonaires et urinaires étant les deux principales complications infectieuses en soins palliatifs et l'antibiothérapie apportant significativement un confort dans ces deux localisations infectieuses, nous nous questionnerons uniquement sur ces localisations dans la suite de cette thèse.^{4,13}

Le processus décisionnel concernant le traitement ou le non-traitement d'une infection peut être complexe chez les patients en phase terminale et doit être individualisé.¹⁴

Le contrôle des symptômes est l'objectif principal dans la majorité des cas.³

Il n'existe pas à l'heure actuelle de recommandations concernant la prescription d'antibiotiques en soins palliatifs et plus particulièrement lors de la phase terminale de soins palliatifs. Dans la littérature, certains facteurs sont cependant significativement associés à la non prescription de traitement antibiotique en cas de fièvre en soins palliatifs, comme par exemple, un indice de karnofsky et un score de glasgow bas, une capacité de communication verbale altérée et un pronostic estimé sombre des patients au moment de la fièvre.¹⁵

La définition de « fin de vie » n'est pas standardisée et peut correspondre à de multiples situations. On parle de « phase terminale de soins palliatifs » ou « fin de vie » quand une personne se trouve « *en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable* ». Malgré les difficultés pour prédire la durée de vie d'une personne, nous nous accorderons ici sur le fait que la « fin de vie » correspond à la période des quelques jours ou semaines qui précède la mort d'un individu en situation palliative.

Ce travail questionnera donc les facteurs qui influencent les médecins dans la prescription d'antibiotiques chez des patients présentant une infection urinaire ou respiratoire en situation palliative terminale.

MATERIEL ET MÉTHODES

Design : Il s'agit d'une étude qualitative, réalisée à partir de focus groups. La population interrogée était constituée de médecins hospitaliers et libéraux exerçant en Maine-et-Loire étant amenés à prendre en charge des patients en soins palliatifs.

Stratégie d'échantillonnage et modalités de recrutement :

L'échantillon était en variation raisonnée. Pour constituer l'échantillon, nous avons diffusé un mail de recrutement à l'ensemble des médecins hospitaliers du CHU d'Angers, ainsi qu'à tous les médecins libéraux du Maine-et-Loire. L'Union Régionale de Médecine Libérale (URML) des Pays de la Loire a été sollicitée pour diffuser le mail de recrutement auprès des médecins libéraux. Les médecins hospitaliers ont été contactés individuellement via l'annuaire intranet du CHU d'Angers. Les médecins intéressés ont rempli un formulaire électronique pour indiquer leurs disponibilités, ce qui a permis de planifier les focus groups en fonction des dates concordantes. Le nombre de médecins inclus dans cette étude a été limité par le nombre de réponses au mail de recrutement.

Les critères d'inclusion ont été les suivants : médecins prenant en charge des patients en soins palliatifs et formulaire de consentement signé.

Les focus groups ont eu lieu dans des salles réservées à la Faculté de Médecine d'Angers. Les entretiens étaient animés par une interne de médecine générale de la Faculté d'Angers. Le thésard de cette étude avait le rôle d'observateur.

Un guide d'entretien semi-directif basé sur les données de la littérature, a été élaboré en amont des focus groups et ajusté après chaque session, afin d'optimiser les échanges et d'intégrer les points soulevés lors des entretiens précédents.

Un texte d'introduction basé sur les données de la littérature était lu avant chaque début de focus group (cf annexes), pour permettre aux participants de connaître le contexte de l'étude.

La première question était ouverte afin d'ouvrir le dialogue. Les questions suivantes étaient des questions de relance centrées sur les objectifs de l'étude, pouvant être faites par l'animatrice du groupe afin de recentrer le débat ou de faire préciser des réponses.

Avant chaque entretien, les participants ont rempli et signé un formulaire de consentement éclairé, assurant le respect de la confidentialité et de la vie privée des données recueillies. Les participants étaient libres d'arrêter le focus group à n'importe quel moment, sans avoir à se justifier.

Chaque focus group a fait l'objet d'enregistrements audio sur des smartphones, avec le consentement des participants. Les enregistrements ont ensuite été retranscrits intégralement en format texte. Les enregistrements audio ont été supprimés une fois la retranscription réalisée.

Les données recueillies ont été anonymisées en associant à chaque participant un numéro aléatoire de 1 à 11. Les transcriptions ont été analysées en verbatim selon une méthode inspirée de la théorisation ancrée, en analyse thématique, en suivant les étapes de codage, de catégorisation et d'interprétation des données. Les données ont été triangulées par les directrices de thèse.

L'avis du comité d'éthique n'a pas été nécessaire devant cette analyse de pratique. Selon les recommandations de la CNIL, les données seront sauvegardées pendant la durée de l'étude puis détruites.

RÉSULTATS

1. Description de l'échantillon

Nous avons interrogé onze médecins. Quatre médecins étaient présents dans les deux premiers focus group et trois médecins dans le dernier. La population était composée de 8 femmes et de 3 hommes. L'âge médian de la population était de 47 ans et l'âge moyen de 41.9 ans. Parmi ces médecins, il y avait 4 médecins généralistes, 2 infectiologues, 2 pneumologues, 2 gériatres et 1 interniste. Le nombre de médecins ayant une formation spécifique en soins palliatifs était de 3.

Le secteur d'activité était uniquement hospitalier pour 8 des participants, uniquement libéral pour 2 participants et mixte pour 1 participant. (Tableau I)

Tableau I : Caractéristiques de la population interrogée

Caractéristiques de la population	Nombres	Pourcentages
Sexe		
Hommes	3	27,27%
Femmes	8	72,73%
Âge		
> 45 ans	6	54,55%
< 45 ans	5	45,45%
Formation spécifique en soins palliatifs	3	27,27%
Secteur d'activité		
Libéral	2	18,18%
Hospitalier	8	72,73%
Mixte	1	9,09%

2. Amélioration du confort

Les personnes interrogées ont rapporté que l'amélioration du confort du patient était la principale préoccupation dans leur questionnaire sur la prescription d'antibiotiques chez les patients en soins palliatifs.

Les symptômes qui peuvent être atténués avec une antibiothérapie sont principalement l'encombrement bronchique, la confusion, la douleur et la fièvre.

Les symptômes urinaires ne sont que peu évoqués et sont par conséquent moins sources de prescriptions.

« À partir du moment où la personne ressent des symptômes et donc, pour moi, j'imagine, en tout cas, pas j'imagine, mais de l'inconfort, des douleurs des gênes respiratoires et tout, si j'estime que l'antibiotique à visée pulmonaire va lui permettre d'être moins encombrée. Je le ferai... » verbatim 153

Les antibiotiques sont souvent perçus comme une option permettant un soulagement plus efficace que d'autres traitements, en agissant sur la cause des symptômes et non leur conséquence.

Cependant, les médecins insistent sur le fait que l'imputabilité des symptômes à une infection n'est pas évidente. En effet, certaines pathologies évolutives peuvent avoir une symptomatologie similaire à celle d'une infection. C'est notamment le cas pour l'encombrement bronchique, souvent présent chez les patients en fin de vie ou ayant une pathologie pulmonaire évolutive (cancer, fibrose...). La fièvre peut également être attribuée à tort à une infection devant sa fréquence chez les patients ayant une néoplasie évoluée. Une antibiothérapie peut alors être initiée en cas d'incertitude diagnostique dans le but d'atténuer les symptômes, avec la possibilité de l'arrêter après 48 à 72 heures si aucune efficacité n'est constatée. Elle constitue alors un test thérapeutique sans réaliser d'explorations complémentaires.

« Souvent, je pense vraiment à la pneumopathie d'inhalation, on essaye trois jours, on voit si ça améliore, si justement, ça diminue l'encombrement. Et après, si ça ne va pas mieux, peut-être qu'on va chercher à diminuer tous nos volumes. » Verbatim 50

Le diagnostic d'infection repose sur des examens parfois invasifs, comme les bilans sanguins ou les prélèvements urinaires, soulevant des questions sur leur pertinence. D'autres, comme les examens d'imagerie, doivent parfois être réalisés hors du lieu de soin, impliquant une logistique importante, pouvant être source d'inconfort pour le patient. La lourdeur de ce parcours diagnostique peut constituer un frein à l'initiation d'une antibiothérapie.

« [...] parce que radio, ça veut dire prendre un transport, une demi-heure de route, aller dans un endroit qui sera... » Verbatim 285

Certains professionnels de santé préfèrent cesser les examens complémentaires pour se concentrer sur une prise en charge symptomatique et initier plus facilement une antibiothérapie.

Parfois, des examens révèlent des infections asymptomatiques comme dans le cas des infections urinaires détectées sur un ECBU, ce qui peut être source de sur-prescription.

La réévaluation thérapeutique, prévue dès l'initiation du traitement, permet de décider de la poursuite ou de l'arrêt des antibiotiques en fonction de l'évolution clinique et du soulagement des symptômes, garantissant ainsi une approche centrée sur le bénéfice réel pour le patient. L'interruption des antibiotiques peut être décidée en cas d'inefficacité symptomatique, d'impasse thérapeutique ou si la balance bénéfice/risque devient défavorable, notamment en présence d'effets secondaires importants ou d'une trop grande invasivité du traitement.

« On a vite fait de l'arrêter dans des situations non palliatives mais en palliatif encore plus. » Verbatim 163

3. Prescriptions différentes en fonction de l'environnement

L'environnement joue un rôle clé dans les décisions de prescription. Il existe des différences de point de vue en fonction du secteur d'activité des médecins interrogés. En effet, les moyens mobilisés et disponibles ainsi que la connaissance du patient en lui-même ne sont pas les mêmes entre un médecin généraliste, qui intervient au domicile du patient, et un médecin hospitalier, bien souvent en institution. Le spécialiste aura tendance à être plus prescripteur d'antibiotiques du fait des moyens à sa disposition alors que les ressources à domicile sont plus limitées.

On note également que les conditions de travail influencent les prescriptions, que ce soit en termes de charge de travail ou de temporalité.

« Même nous, sur un week-end, franchement, on a 60 patients sur l'astreinte de médecine interne, médecine po, soins palls. Moi, je ne me pose pas de questions parce qu'en fait, je préfère me reposer les questions à 48 heures parce qu'on est tout seul quand même, il faut avancer et c'est plus facile. » Verbatim 169

La prescription d'antibiotiques dépend aussi des moyens techniques disponibles. De nombreux patients ne peuvent pas prendre de traitement par voie orale. La présence d'une voie veineuse pérenne facilite l'administration d'antibiotiques, tandis qu'en cas d'agitation ou de confusion, son maintien peut conduire à reconsidérer la pertinence du traitement.

L'accessibilité des antibiotiques est également un facteur déterminant, car elle varie en fonction du lieu de vie du patient. Certains antibiotiques ne sont pas disponibles en ville, limitant leur utilisation.

« En cabinet, la Taso ou les pénèmes, je n'y ai pas accès » Verbatim 119

Les formes galéniques diffèrent aussi selon les structures. Par exemple, l'administration intraveineuse n'est pas réalisable en EHPAD, nécessitant alors une alternative thérapeutique, souvent limitée, ou un transfert vers un établissement hospitalier. Une hospitalisation peut devenir indispensable pour assurer une antibiothérapie appropriée. Certaines prescriptions sont effectuées hors AMM pour s'affranchir de ces contraintes.

L'expérience des équipes paramédicales dans l'accompagnement de la fin de vie influence la prescription d'antibiotiques. Dans certains cas, les médecins peuvent ressentir une pression de leur part, les incitant soit à initier un traitement, soit à le limiter.

Par ailleurs, le prescripteur remarque que le niveau de formation en soins palliatifs des équipes influence aussi leur participation à la décision de soin.

De plus, le contact privilégié des équipes paramédicales avec le patient offre une perspective plus large sur le projet de soins.

« [...] ça impliquait beaucoup plus les paramédicaux, et étant impliqués pour l'évaluation d'une douleur, d'une anxiété en fait, ils se mettent à être impliqués pour tout. Ils vont évaluer la pertinence d'une biologie, d'une prise de paramètres, etc » Verbatim 145

Enfin, l'entourage du patient peut influencer sur les prescriptions. Sa perception de la situation médicale étant parfois limitée, des incompréhensions peuvent émerger. Les proches perçoivent la situation à travers un prisme émotionnel et personnel, souvent différent de l'approche médicale, ce qui peut compliquer l'application des prescriptions. Ils peuvent ainsi demander une limitation des soins, y compris des traitements comme les antibiotiques, ou au contraire exercer une pression pour leur maintien.

« [...] il y a aussi les proches qui vont dire « ah il est vachement encombré », mais ça on peut aussi expliquer que les rôles en fin de vie c'est normal et que ça ne gêne pas forcément le patient... » Verbatim 160

4. Facilités à prescrire

En soins palliatifs, une hiérarchisation des traitements semble guider les décisions médicales. La prescription d'antibiotiques est souvent perçue comme plus simple et moins engageante que d'autres options thérapeutiques. En effet, leur utilisation semble moins contraignante en termes de mise en œuvre et de durée de traitement en comparaison avec d'autres traitements plus complexes ou chroniques.

La prescription d'antibiotiques, ancrée dans la pratique médicale, peut devenir une habitude difficile à modifier. L'un des freins majeurs est le sentiment de ne rien faire en s'abstenant de prescrire, source d'angoisse pour le médecin. Certains symptômes jugés inquiétants renforcent cette anxiété, le poussant à initier un traitement, parfois davantage pour se rassurer que par nécessité clinique.

Une autre difficulté pour le médecin est de s'abstenir de prescrire lorsqu'il sait qu'un antibiotique pourrait être efficace. Cela va à l'encontre des pratiques courantes. Il est difficile d'accepter qu'une infection soit la cause du décès.

« Je pense honnêtement que parfois, on traite pour faire quelque chose. C'est le médecin qui traite son anxiété en mettant quelque chose. Il y a la famille, il y a le patient et puis il y a nous aussi. » Verbatim 179

Les infections induites par les traitements antérieurs, souvent lourds, notamment en cancérologie, amènent aussi plus facilement les équipes à prescrire des antibiotiques, même en phase palliative, se sentant responsable et culpabilisant de la iatrogénie qui en découle.

« On a tendance à le provoquer beaucoup, c'est sûr, on prolonge les chimios très très longtemps, on immunodéprime les gens très très longtemps, on les épuise, et du coup, alors qu'on a fragilisé les gens, c'est compliqué pour nous de se dire maintenant on ne va rien faire. » Verbatim 243

Le niveau de formation en soins palliatifs et l'expérience du médecin influencent également les prescriptions. Il apparaît que plus la formation en soins palliatifs est avancée, plus la réflexion avant d'initier une antibiothérapie est minutieuse. La prise en compte des bénéfices/risques semble plus approfondie chez les médecins ayant une plus grande expérience clinique.

« Je dirais que sur cette question spécifique de l'antibiothérapie, l'expérience clinique et le fait de vieillir dans la pratique, je pense qu'effectivement, je tends plus à me poser la question de, est-ce que c'est raisonnable, est-ce que c'est futile, de la proportionnalité du soin, quand même. » Verbatim 295

Il semblerait qu'il soit plus chronophage de ne pas prescrire car l'absence de prescription d'antibiotique doit s'accompagner d'une argumentation auprès du patient, de l'entourage et de l'équipe soignante.

« [...] je pense que c'est beaucoup plus difficile de dire, oui, il a de la fièvre, mais on le laisse sans antibiothérapie, parce que c'est un peu moins dans la culture du service et des équipes et je pense qu'il y aurait, comme tu disais tout à l'heure, beaucoup plus de temps d'investissement pour ne pas le traiter. » Verbatim 67

En revanche, le coût des antibiotiques n'apparaît pas comme un facteur influençant la prescription. Globalement, leur coût est soit inconnu soit perçu comme raisonnable en comparaison avec d'autres traitements.

5. Pronostic du patient

Les décisions de traitement reposent sur l'état clinique, les défaillances organiques et la vigilance du patient, mais aussi sur l'âge et la qualité de vie perçue. L'évaluation, subjective, tient compte des projets de vie : un patient qui en a encore serait plus enclin à être traité. À l'inverse, une espérance de vie courte peut justifier une abstention thérapeutique, bien que son estimation reste jugée peu fiable.

*« Après, j'ai du mal parfois à essayer d'estimer la durée de vie du patient. » *tout le monde acquiesce* Verbatim 206*

Les participants interrogés se rejoignent à dire que les antibiotiques prolongent l'espérance de vie, en luttant contre une cause de décès évitable, prévenant ainsi un décès prématuré. C'est notamment le cas dans les infections respiratoires basses.

Par ailleurs, renoncer à initier une antibiothérapie s'avère plus aisé lorsque le processus de désescalade thérapeutique est déjà engagé et que les traitements se limitent aux traitements de confort.

« On achète assez facilement la désescalade thérapeutique et puis la non-prescription. Je pense que c'est plus facile comme ça. » Verbatim 34

6. Choix du patient

La majorité des participants juge le dialogue avec le patient insuffisant, sa volonté étant rarement questionnée au moment de la prise en charge.

« On est très nul pour savoir ce que veut le patient. [...] mais j'ai l'impression qu'on le questionne très, très peu, que ce soit médical ou paramédical. » Verbatim 71

Le patient est rarement sollicité, selon certains participants, pour éviter de le surcharger mentalement ou d'influencer ses réponses. Son ambivalence peut compliquer la décision, ses avis pouvant varier selon son interlocuteur. Les infections sont aussi peu abordées dans les directives anticipées, rendant la question de l'antibiothérapie souvent absente des discussions.

« Effectivement, dans les directives anticipées, souvent, les gens disent je veux pas d'acharnement thérapeutique mais pour eux, c'est la réa, l'intubation, les gros trucs comme ça et les antibiotiques, je pense qu'ils y pensent même pas. Effectivement, il faudrait tout détailler mais je l'ai pas pensé non plus. » Verbatim 250

Enfin, la dé-prescription d'antibiotiques semble être mal vécue par le patient, qui associe cette décision à une dégradation critique de son état. Les antibiotiques sont par conséquent parfois maintenus afin d'éviter un impact psychologique défavorable.

DISCUSSION

Points forts de l'étude

L'étude s'inscrit dans un contexte législatif et sociétal majeur, en abordant la question des soins palliatifs et de la fin de vie, un sujet hautement actuel et débattu.

Le recours à des focus groups permet de recueillir des données riches, nuancées et diversifiées, en donnant la parole directement aux médecins impliqués dans la prise en charge des patients en fin de vie.

Le panel de médecins interrogés se distingue par sa diversité, tant au niveau des modes d'exercice que des spécialités médicales. De plus, les différents focus groups étaient composés de profils variés, ce qui représente un atout majeur pour cette étude.

La triangulation des données renforce la validité des résultats.

L'étude met en lumière des aspects pratiques rarement étudiés, tels que les réflexes médicaux face à l'incertitude clinique, les contraintes organisationnelles, et les disparités entre les secteurs hospitalier et libéral.

Limites de l'étude

En raison de contraintes temporelles et du manque de participants, un quatrième focus group n'a pas pu être réalisé, ce qui a pu restreindre l'atteinte de la saturation des données.

Une autre limite de cette étude qualitative est la présence possible de l'effet halo, qui peut biaiser les résultats de plusieurs manières :

Les médecins perçus comme plus expérimentés, charismatiques ou occupant une position hiérarchique élevée pourraient influencer de manière disproportionnée les opinions des autres participants.

Les participants pourraient ajuster leurs réponses pour se conformer à des idées perçues comme dominantes ou socialement acceptables. Cela pourrait limiter la diversité et la spontanéité des opinions exprimées.

Bien que l'effet halo aurait pu être atténué en veillant à distribuer équitablement le temps de parole entre les médecins, une telle mesure aurait pu altérer la spontanéité des discussions.

Facteurs d'influence concordants avec la littérature

En confrontant les résultats obtenus à la littérature existante, on retrouve notamment le fait que l'indication première de l'antibiothérapie en soins palliatifs est le contrôle des symptômes.^{4,6,13}

Cette approche vise avant tout à limiter l'inconfort des patients plutôt qu'à prolonger la survie, ce qui cadre avec les principes des soins palliatifs centrés sur la qualité de vie.

Certains facteurs de non-prescriptions documentés sont aussi retrouvés dans cette étude, notamment l'impact d'un pronostic estimé sombre du patient, sur la décision médicale.¹⁵

Cette corrélation reflète une approche clinique où l'antibiothérapie est envisagée en fonction de l'espérance de vie attendue et de son impact potentiel sur les symptômes.

Le prescripteur face à l'incertitude

Plusieurs déterminants influençant la prescription d'antibiotiques en fin de vie restent peu explorés dans la littérature. Parmi eux, l'impact du profil psychologique du prescripteur et de son rapport à l'incertitude pourrait être un levier clé dans la compréhension des décisions thérapeutiques. Des études ont suggéré que les médecins ayant un profil psychologique plus anxieux sont globalement plus enclins à prescrire des antibiotiques.¹⁶

Cependant, ces recherches ne portent pas spécifiquement sur la prescription en soins palliatifs et doivent être interprétées avec prudence. Il serait intéressant d'explorer si ce facteur joue

un rôle amplifié dans un contexte de fin de vie, où l'incertitude clinique est particulièrement marquée. L'angoisse face au décès imminent d'un patient pourrait accentuer cette tendance, le prescripteur cherchant inconsciemment à maintenir une forme « d'activité thérapeutique » pour lutter contre un sentiment d'impuissance.

L'antibiothérapie, en tant qu'acte médical perçu comme simple et rapidement efficace, peut ainsi devenir un mécanisme compensatoire pour le prescripteur. En plus de répondre à une attente implicite des proches du patient, elle procure une illusion de contrôle dans une situation où les options thérapeutiques se réduisent. La difficulté de renoncer à une antibiothérapie face à une infection avérée souligne également le poids constant de la responsabilité médicale et la judiciarisation de celle-ci, souvent sources d'appréhension chez les praticiens. Dans ce contexte, la prescription par excès peut sembler moins risquée que l'abstention.

Il a également été observé que les médecins expérimentés en soins palliatifs sont plus enclins à remettre en question la nécessité d'une antibiothérapie. Cette tendance pourrait s'expliquer par une plus grande intégration de la balance bénéfice-risque dans leur raisonnement clinique, ainsi que par une meilleure prise en compte des préférences du patient et des objectifs de soins.¹⁷ En intégrant les équipes paramédicales au projet de soins, il apporte aussi un réel bénéfice, tant pour limiter les prescriptions inutiles que pour anticiper d'éventuelles situations complexes.

Une prescription tributaire de l'organisation

Au-delà du prescripteur, des facteurs contextuels et organisationnels influencent aussi ces décisions. Il est parfois mentionné que le taux d'antibiothérapie en fin de vie varie entre le milieu hospitalier et les EHPAD, sans que les causes de cette disparité ne soient clairement établies.⁶

Cette variabilité pourrait s'expliquer par plusieurs éléments comme une culture institutionnelle différente entre les établissements, avec des habitudes de prescription propres à chaque structure ou une tendance à la médicalisation plus marquée en milieu hospitalier, où l'antibiothérapie peut être prescrite de manière plus systématique.

L'évolution des pratiques depuis 2016 montre une tendance à la réduction des prescriptions antibiotiques en soins palliatifs, mais cette tendance doit être interprétée avec précaution. La persistance d'habitudes médicales bien ancrées et la lenteur du changement des pratiques en font un processus progressif. De plus, il semble que l'initiation d'une antibiothérapie soit plus aisée que sa réévaluation et son arrêt.⁹

Cette observation met en lumière un enjeu central : comment encourager une démarche proactive de réévaluation, alors que l'arrêt d'un traitement instauré peut être perçu comme une décision lourde, tant sur le plan éthique que relationnel vis-à-vis du patient et de ses proches ?

Quelle place pour les directives anticipées ?

L'anticipation, notamment à travers les directives anticipées, constitue un levier potentiel pour éviter certaines prescriptions d'antibiotiques en fin de vie. Théoriquement, une phase de transition existe entre l'entrée dans la maladie et la période terminale des soins palliatifs, offrant un temps de réflexion sur la prise en charge future. Cette période représente une opportunité clé pour discuter des objectifs de soins et éviter des traitements non souhaités par le patient.

Cependant, l'absence fréquente de directives anticipées spécifiques aux infections souligne une difficulté : les complications infectieuses sont souvent imprévisibles et rarement abordées lors des discussions en amont. Pourtant, il pourrait être pertinent d'inclure ces éléments dans les

échanges avec les patients et leurs proches, afin de clarifier les souhaits en matière d'antibiothérapie en fonction du contexte clinique.

Bien que l'individualité des directives anticipées soit essentielle, la réalité des situations cliniques en fin de vie présente une telle diversité qu'elle rend difficile l'application de protocoles standardisés. En théorie, une approche fondée sur une évaluation précise, au cas par cas, des bénéfices et des risques liés à l'antibiothérapie devrait être privilégiée. Cependant, cela n'est pas toujours le cas dans la pratique. La rédaction des directives anticipées, et leur reformulation éventuelle, devrait idéalement être alimentée par un dialogue avec le médecin et, si la personne le souhaite ou l'accepte, avec sa famille ou ses proches. Pourtant, malgré les entretiens successifs qui permettraient de donner des informations de plus en plus détaillées sur la maladie, son évolution, et les traitements possibles, ce processus est parfois insuffisant ou mal intégré, en particulier en ce qui concerne les conséquences possibles en cas de non-réponse ou d'effets secondaires.²

Compte tenu des défis liés à l'anticipation des complications infectieuses et des évolutions législatives à venir sur la fin de vie, il pourrait être intéressant d'explorer des alternatives aux directives anticipées classiques. Une approche plus dynamique, sous forme de discussions régulières sur les objectifs de soins et les préférences du patient, pourrait permettre une meilleure prise en compte des infections dans les décisions thérapeutiques. Par ailleurs, une sensibilisation accrue des patients et des soignants en amont pourrait favoriser une réflexion plus précoce sur ces questions et améliorer la pertinence des prescriptions en fin de vie.

CONCLUSION

Confrontée à la complexité de la prescription d'antibiotiques en fin de vie, la médecine palliative fait face à un véritable enjeu éthique, oscillant entre proportionnalité et futilité des soins.

Plusieurs facteurs influencent ces choix thérapeutiques, tant du point de vue du patient, du médecin, que de l'environnement de prise en charge.

L'amélioration du confort du patient constitue un enjeu central dans la réflexion des prescripteurs. Les antibiotiques sont souvent perçus comme un moyen efficace de soulager certains symptômes, notamment l'encombrement bronchique, la douleur et la confusion.

L'environnement joue un rôle clé dans la variabilité des prescriptions. Les médecins généralistes, confrontés aux contraintes du domicile, adoptent souvent une approche plus restrictive par rapport aux médecins hospitaliers exerçant en institution, où les ressources médicales sont plus accessibles. La disponibilité des traitements variant selon les structures, elle peut limiter certaines options thérapeutiques. De plus, la charge de travail et les contraintes organisationnelles peuvent influencer la rapidité de la décision, avec parfois une prescription initiale par précaution, suivie d'une réévaluation différée.

Il existe aussi une facilité médicale à prescrire. L'acte de prescrire, ancré dans la pratique quotidienne des médecins, peut devenir une réponse réflexe face à l'incertitude clinique ou au sentiment d'impuissance. Cette tendance est renforcée par la peur de ne pas agir et par la culpabilité associée à une éventuelle iatrogénie passée. Cependant, plus l'expérience en soins palliatifs est importante, plus la réflexion sur la pertinence d'une antibiothérapie est approfondie, mettant en balance le bénéfice réel pour le patient et le caractère potentiellement futile du traitement.

Ce travail soulève une réflexion plus large sur les mécanismes psychologiques influençant la décision médicale et les prescriptions en fin de vie. Il serait intéressant d'étudier les dimensions subjectives et émotionnelles qui influencent la décision de prescrire des antibiotiques en fin de

vie, en intégrant des éléments comme le ressenti, les croyances, l'interprétation et les expériences des prescripteurs.

BIBLIOGRAPHIE

1. *Définition et organisation des soins palliatifs en France | SFAP - site internet.*
(s. d.). Consulté 24 janvier 2024, à l'adresse
<https://www.sfap.org/rubrique/definition-et-organisation-des-soins-palliatifs-en-france>
2. *Directives_anticipees_concernant_les_situations_de_fin_de_vie_v16.pdf*
[Internet]. [cité 22 nov 2024]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-03/directives_anticipees_concernant_les_situations_de_fin_de_vie_v16.pdf
3. Pereira, J., Watanabe, S., & Wolch, G. (1998). A Retrospective Review of the Frequency of Infections and Patterns of Antibiotic Utilization on a Palliative Care Unit. *Journal of Pain and Symptom Management*, 16(6), 374-381.
[https://doi.org/10.1016/S0885-3924\(98\)00093-1](https://doi.org/10.1016/S0885-3924(98)00093-1)
4. Reinbolt, R. E., Shenk, A. M., White, P. H., & Navari, R. M. (2005). Symptomatic Treatment of Infections in Patients with Advanced Cancer Receiving Hospice Care. *Journal of Pain and Symptom Management*, 30(2), 175-182. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2005.03.006>
5. Albrecht, J. S., McGregor, J. C., Fromme, E. K., Bearden, D. T., & Furuno, J. P. (2013). A Nationwide Analysis of Antibiotic Use in Hospice Care in the Final Week of Life. *Journal of pain and symptom management*, 46(4), 483-490.
<https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2012.09.010>
6. Juthani-Mehta, M., Malani, P. N., & Mitchell, S. L. (2015). Antimicrobials at the End of Life : An Opportunity to Improve Palliative Care and Infection Management. *JAMA*, 314(19), 2017-2018.
<https://doi.org/10.1001/jama.2015.13080>
7. Merel, S. E., Meier, C. A., McKinney, C. M., & Pottinger, P. S. (2016). Antimicrobial Use in Patients on a Comfort Care Protocol : A Retrospective

- Cohort Study. *Journal of Palliative Medicine*, 19(11), 1210-1214.
<https://doi.org/10.1089/jpm.2016.0094>
8. Olagne, A., & Delerue-Danel, M. (2017). *Antibiothérapies et soins palliatifs : Recueil des réflexions liées à la prescription d'une antibiothérapie chez des patients hospitalisés en soins palliatifs*.
 9. Stiel, S., Krumm, N., Pestinger, M., Lindena, G., Nauck, F., Ostgathe, C., Radbruch, L., & Elsner, F. (2012). Antibiotics in palliative medicine—Results from a prospective epidemiological investigation from the HOPE survey. *Supportive Care in Cancer*, 20(2), 325-333. <https://doi.org/10.1007/s00520-011-1084-1>
 10. Thompson, A. J., Silveira, M. J., Vitale, C. A., & Malani, P. N. (2012). Antimicrobial Use at the End of Life Among Hospitalized Patients With Advanced Cancer. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine®*, 29(8), 599-603. <https://doi.org/10.1177/1049909111432625>
 11. Dagli, O., Tasdemir, E., & Ulutasdemir, N. (2020). Palliative care infections and antibiotic cost : A vicious circle. *The Aging Male*, 23(2), 98-105. <https://doi.org/10.1080/13685538.2019.1575353>
 12. Kwak, Y. G., Moon, C., Kim, E. S., & Kim, B.-N. (2016). Frequent Prescription of Antibiotics and High Burden of Antibiotic Resistance among Deceased Patients in General Medical Wards of Acute Care Hospitals in Korea. *PLoS ONE*, 11(1), e0146852. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0146852>
 13. Helde-Frankling, M., Bergqvist, J., Bergman, P., & Björkhem-Bergman, L. (2016). Antibiotic Treatment in End-of-Life Cancer Patients—A Retrospective Observational Study at a Palliative Care Center in Sweden. *Cancers*, 8(9), 84. <https://doi.org/10.3390/cancers8090084>

14. Vitetta, L., Kenner, D., & Sali, A. (2000). Bacterial Infections in Terminally Ill Hospice Patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, 20(5), 326-334.
[https://doi.org/10.1016/S0885-3924\(00\)00189-5](https://doi.org/10.1016/S0885-3924(00)00189-5)
15. Chen, L.-K., Chou, Y.-C., Hsu, P.-S., Tsai, S.-T., Hwang, S.-J., Wu, B.-Y., Lin, M.-H., & Chen, T.-W. (2002). Antibiotic prescription for fever episodes in hospice patients. *Supportive Care in Cancer*, 10(7), 538-541.
<https://doi.org/10.1007/s00520-002-0377-9>
16. Trémolières, F. « Quels sont les déterminants des comportements des prescripteurs d'antibiotiques ? » *Médecine et Maladies Infectieuses*, vol. 33, 2003, p. 73-85, [https://doi.org/10.1016/S0399-077X\(02\)00442-0](https://doi.org/10.1016/S0399-077X(02)00442-0).
17. Victoria Andreo. Les déterminants de la décision de prescription d'antibiotiques en EHPAD : étude qualitative auprès des médecins généralistes prescripteurs d'un EHPAD du Var. Médecine humaine et pathologie. 2021.

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Caractéristiques de la population interrogée.....	8
---	---

TABLE DES MATIERES

SERMENT D'HIPPOCRATE	
RESUME.....	1
INTRODUCTION.....	3
MATERIEL ET MÉTHODES	6
RÉSULTATS.....	8
1. Description de l'échantillon	8
2. Amélioration du confort	9
3. Prescriptions différentes en fonction de l'environnement.....	11
4. Facilités à prescrire.....	13
5. Pronostic du patient.....	15
6. Choix du patient.....	16
DISCUSSION	17
CONCLUSION.....	22
BIBLIOGRAPHIE	24
LISTE DES TABLEAUX	27
TABLE DES MATIERES.....	28
ANNEXES.....	I
1. Guide d'entretien des focus groups	I
2. Formulaire de consentement.....	III

ANNEXES

1. Guide d'entretien des focus groups

Guide d'entretien pour focus Group sur la prescription d'antibiotiques en fin de vie en soins palliatifs

Introduction

- Bonjour à tous et bienvenue à ce focus Group sur un sujet important dans les soins palliatifs : la prescription d'antibiotiques en fin de vie.
- Je suis Hugo Mottier, interne de médecine générale et j'aurais le rôle d'observateur lors de cette réunion. Je suis accompagné de .. qui prendra le rôle d'animateur lors de cette séance.
- Toutes les discussions qui auront lieu dans les prochaines minutes seront enregistrées et anonymisées lors de la retranscription.
- Votre participation personnelle est grandement encouragée dans le but de recueillir un éventails d'idées divergentes
- Je vous ai distribué un recueil de consentement, qu'il faut remplir et me retourner signé.
- Avant de commencer, permettez-moi de rappeler brièvement le contexte et l'objectif de notre discussion.

- En France, la Loi Leonetti Claeys a clarifié les conditions d'arrêt des traitements médicaux, renforçant le droit du patient à refuser l'obstination déraisonnable et à avoir ses directives anticipées respectées.
- Ainsi, elle a placé le patient au cœur du processus décisionnel médical, ce qui a des implications significatives dans la gestion des soins en fin de vie, y compris la prescription d'antibiotiques.
- Les infections sont très fréquentes chez les patients en soins palliatifs, avec en tête, les infections urinaires et respiratoires.
- Entre 40% et 90% des patients en phase terminale de soins palliatifs se voient prescrire des antibiotiques au cours des deux dernières semaines de leur vie.

- Nous allons nous concentrer sur les facteurs qui influencent les médecins dans la prescription d'antibiotiques chez des patients en phase terminale présentant une infection urinaire ou respiratoire.

Thèmes de discussion

Questions principales :

- 1) Que pensez-vous de la prescription d'antibiotiques chez des patients en fin de vie ?
- 2) Qu'attendez-vous en débutant une antibiothérapie chez un patient de soins palliatifs avec un décès possible à court terme ? (Dans le cas d'une infection urinaire ou respiratoire)

Reformulation : Quels critères utilisez-vous pour déterminer si une antibiothérapie est appropriée pour un patient donné, en situation palliative ?

Est-ce que la situation palliative d'un patient change votre prescription d'antibiotiques ?

Questions secondaires :

- Si la prescription d'ATB est réalisée, quels seraient les éléments qui vous ferez l'arrêter ?
- et à l'inverse, quels seraient les éléments pour débiter des ATB si vous n'en n'aviez pas prescrit initialement ?
- Dans quelle mesure la qualité de vie du patient influence-t-elle votre décision de prescription d'antibiotiques ?
- Comment ont évolué vos pratiques depuis 2016 et les Lois Leonetti ?
Comment pensez-vous que les projets de nouvelles lois de fin de vie en cours d'élaboration influenceront vos prescriptions d'antibiotiques ?
- Comment prenez-vous en compte le prix des antibiotiques ?
- Comment gérez-vous les potentielles résistances bactériennes ?
- Dans quelle mesure votre expérience clinique et votre formation en soins palliatifs influencent-elles votre approche ?

Conclusion

- Merci à chacun d'avoir partagé vos perspectives et expériences sur ce sujet important.
- Les informations recueillies aujourd'hui contribueront à une meilleure compréhension des pratiques et des défis entourant la prescription d'antibiotiques en fin de vie en soins palliatifs.

2. Formulaire de consentement



Formulaire de Consentement pour la Participation à un Focus Group

Informations Générales

Titre de l'étude : Facteurs influençant la prescription d'antibiotiques chez des patients présentant une infection urinaire ou respiratoire en situation palliative terminale

Chercheurs responsables : Mottier Hugo, interne de médecine générale
Contact :

Objet de l'Étude

Nous vous invitons à participer à un focus group dans le cadre de notre étude intitulée "Facteurs influençant la prescription d'antibiotiques chez des patients présentant une infection urinaire ou respiratoire en situation palliative terminale ". Votre participation nous aidera à déterminer les facteurs influençant la prescription d'antibiotiques dans cette population et ainsi faire avancer ce domaine en pleine expansion.

Participation et Procédure

Votre participation à ce focus group est entièrement volontaire. Si vous acceptez de participer, vous serez invité(e) à rejoindre une discussion de groupe d'une durée approximative de 60 à 90 minutes. La discussion sera enregistrée pour nous permettre de transcrire et d'analyser les données.

Risques et Bénéfices

Il n'y a pas de risques majeurs associés à votre participation à ce focus group. Cependant, vous pourriez ressentir un léger inconfort à partager vos opinions dans un cadre de groupe. Vous pouvez choisir de ne pas répondre à certaines questions ou de vous retirer à tout moment sans aucune conséquence.

Les bénéfices de votre participation incluent la contribution à des recherches qui pourraient améliorer la qualité de vie des patients en soins palliatifs et permettre d'optimiser les pratiques cliniques.

Confidentialité

Toutes les informations que vous fournirez seront traitées de manière confidentielle. Les enregistrements et les transcriptions seront anonymisés et stockés en toute sécurité. Aucun nom ou information permettant de vous identifier ne sera publié. Seuls les chercheurs responsables de cette étude auront accès aux données non anonymisées.

Droit de Retrait

Vous avez le droit de vous retirer de cette étude à tout moment, sans avoir à fournir de justification.

Consentement

En signant ce formulaire, vous reconnaissez avoir lu et compris les informations ci-dessus, et vous consentez volontairement à participer à cette étude.

Nom du Participant : _____

Signature : _____

Date : _____

Nom du Chercheur : _____

Signature : _____

Date : _____

Facteurs influençant la prescription d'antibiotiques chez les patients présentant une infection urinaire ou respiratoire en situation palliative terminale

RÉSUMÉ

Introduction : Les soins palliatifs, en constante évolution, visent à améliorer la qualité de vie des patients, notamment en phase terminale. Cette phase est marquée par une prévalence élevée d'infections urinaires et respiratoires. L'usage des antibiotiques, bien que courant en phase terminale (40-90 % des cas), soulève des enjeux éthiques, cliniques, écologiques et financiers. L'absence de recommandations spécifiques complique la prise de décision thérapeutique. Cette étude analyse les facteurs influençant la prescription d'antibiotiques dans ces infections en phase terminale afin d'optimiser la prise en charge des patients.

Matériel et méthode : L'étude qualitative repose sur des focus groups avec des médecins hospitaliers et libéraux du Maine-et-Loire impliqués dans la prise en charge des patients en soins palliatifs. L'échantillonnage a été réalisé par variation raisonnée, et le recrutement effectué par courriel auprès des médecins hospitaliers du CHU d'Angers et des médecins libéraux via l'URML. Les entretiens ont été enregistrés, retranscrits et anonymisés. L'analyse thématique, basée sur la théorisation ancrée, a permis de coder, catégoriser et interpréter les données.

Résultats : Trois focus groups ont été réalisés avec 11 médecins (8 femmes, 3 hommes, âge médian : 47 ans). L'amélioration du confort des patients était la principale motivation de prescription. Toutefois, plusieurs facteurs influencent les décisions : l'environnement de travail, les ressources disponibles, la charge et conditions de travail, ainsi que l'entourage du patient et les équipes paramédicales. Les décisions de traitement dépendent aussi de l'état clinique du patient, du pronostic et de ses projets de vie. Le dialogue avec ce dernier reste insuffisant, rendant difficile la clarification des choix, notamment en ce qui concerne les antibiotiques et les directives anticipées.

Conclusion : L'étude révèle la complexité des décisions de prescription d'antibiotiques en phase terminale de soins palliatifs, influencées, en partie par des facteurs externes au patient. Les contraintes logistiques, la subjectivité du pronostic, les facteurs psychologiques médicaux, l'expérience médicale et les ressources disponibles sont des éléments déterminants dans ces décisions.

Mots-clés : Antibiotique, Prescription, Soins palliatifs, Phase terminale, Infection urinaire, Infection respiratoire

Factors influencing antibiotic prescription in patients with urinary or respiratory infections in terminal palliative care

ABSTRACT

Introduction: Palliative care, which is constantly evolving, aims to improve the quality of life for patients, particularly in the terminal phase. This phase is characterized by a high prevalence of urinary and respiratory infections. The use of antibiotics, although common in the terminal phase (40-90% of cases), raises ethical, clinical, ecological, and financial issues. The lack of specific recommendations complicates therapeutic decision-making. This study analyzes the factors influencing antibiotic prescription for these infections in the terminal phase to optimize patient care.

Material and Methods: This qualitative study is based on focus groups with hospital and private physicians from Maine-et-Loire involved in the care of palliative patients. The sampling was carried out using purposive sampling, and recruitment was done via email to hospital physicians from the CHU d'Angers and private physicians through the URML. Interviews were recorded, transcribed, and anonymized. The thematic analysis, based on grounded theory, allowed for the coding, categorization, and interpretation of the data.

Results: Three focus groups were conducted with 11 physicians (8 women, 3 men, median age: 47 years). Improving patient comfort was the main motivation for prescribing antibiotics. However, several factors influence decisions: the work environment, available resources, workload, and working conditions, as well as the patient's family and paramedical teams. Treatment decisions also depend on the patient's clinical state, prognosis, and life plans. Communication with the patient remains insufficient, making it difficult to clarify choices, particularly regarding antibiotics and advance directives.

Conclusion: The study highlights the complexity of antibiotic prescription decisions in the terminal phase of palliative care, influenced in part by external factors unrelated to the patient. Logistical constraints, the subjectivity of prognosis, medical psychological factors, medical experience, and available resources are key elements in these decisions.

Keywords: Antibiotic, Prescription, Palliative care, Terminal phase, Urinary infection, Respiratory infection