

UNIVERSITE PAUL SABATIER

FACULTE DE MEDECINE DE TOULOUSE

Année 2013

N° 2013 TOU3 1085

THESE

Pour le diplôme d'état de docteur en médecine

MEDECINE GENERALE

Par

Malaurie PENE
Née le 10 mars 1986

Présentée et soutenue publiquement le 30 octobre 2013

**ETUDE DESCRIPTIVE DE LA PRISE EN CHARGE DES
INFECTIONS BACTERIENNES SUR TROIS UNITES DE
SOINS PALLIATIFS EN MIDI-PYRENEES**

Jury

Président : Monsieur le Professeur MASSIP Patrice

Assesseur : Madame le Professeur NOURHASHEMI Fatémeh.
Monsieur le Professeur MARMET Thierry., directeur de thèse
Monsieur le Docteur BISMUTH Serge.

Membre invité : Madame le docteur MORIN Fanny.

REMERCIEMENTS

A monsieur le Professeur P. MASSIP

Professeur des universités de Maladies Infectieuses de la faculté de médecine de Toulouse-Rangueil

Qui me fait l'honneur de présider le jury

A madame le Professeur F. NOURHASHEMI

Professeur des universités de Gériatrie de la faculté de médecine de Toulouse-Purpan

Qui a accepté de venir juger mon travail

A monsieur le Professeur T. MARMET

Professeur associés des universités en Soins Palliatifs de la faculté de médecine de Toulouse-Rangueil

Sans qui ce travail n'aurait pu aboutir

Merci d'avoir accepté de le diriger

Merci pour votre disponibilité, votre patience et vos précieux conseils

A monsieur le Docteur S. BISMUTH

Médecin généraliste et Maître de Conférences Universitaires de la faculté de médecine de Toulouse-Rangueil

Merci pour votre aide et votre disponibilité

Merci d'avoir accepté de venir juger mon travail

A madame le Docteur F. MORIN

Médecin généraliste à Viviez en Aveyron

Qui m'a fait l'honneur d'accepter de venir juger mon travail

Aux médecins qui ont participé à ce travail

Au cours de nos études, nous croisons la route de nombreux médecins, certains nous marquant plus que d'autres. Pour moi, il y en a eu quatre. Quatre personnages, grands par leurs connaissances mais aussi leurs qualités humaines.

Le Professeur Thierry Marmet, qui m'aura guidé durant mon internat, fait découvrir et aimer la médecine palliative.

Le Docteur Frédérique Del Mazo, gériatre au centre hospitalier Ariège-Couserans, qui aura été mon premier maître de stage, le premier exemple que j'aurai tenté de suivre.

Le Docteur Fanny Morin auprès de laquelle j'ai beaucoup appris. Elle est le médecin généraliste que l'on aimerait tous devenir.

Le Docteur Sophie Pugliese, qui est, pour moi, la belle rencontre de ces stages effectués en médecine palliative. Certes, des qualités cliniques mais surtout des qualités humaines et un engagement auprès des patients comme on en voit peu.

A Adrien, pour son soutien, sa présence, son aide durant les derniers mois de confection de ce travail, et merci pour tout le reste

A mes parents,

Pour leur soutien durant toutes ses années

A ma famille, mes grands frères, Sophie et mes nièces Clairette et Loulou

A Flora, mon amie, ma sœur

A mes amis de longue date, toujours présents, Rémi, Claire

A Muriel, la co-interne et amie que tout le monde rêverait d'avoir.

Sans toi, ces trois années toulousaines n'auraient pas été aussi belles....

A tous mes amis, Camille, Emilie, Isabelle, Elodie, Marie, Pauline et tous les autres...

A tous les internes et médecins que j'ai croisé durant mes études

A ma mère,

Qui m'a tant donné et qui a fait ce que je suis

A Adrien,

« Tout ce que je sais, c'est que je ne sais rien »

Socrate (470 à 399 av J.-C.)

« Pour atteindre la vérité, il faut une fois dans la vie se défaire de toutes les opinions qu'on a reçues, et reconstruire de nouveau tout le système de ses connaissances. »

René Descartes (1596-1650)

TABLE DES MATIERES

I. INTRODUCTION	5
II. CADRE CONTEXTUEL DE LA QUESTION DE RECHERHCE	7
III. METHODE.....	12
<i>Critères d'inclusion.....</i>	<i>13</i>
<i>Critères d'exclusion.....</i>	<i>13</i>
<i>Recueil des données.....</i>	<i>14</i>
<i>Analyse des données.....</i>	<i>15</i>
IV. RESULTATS.....	16
1. Caractéristiques des patients.....	17
2. Patients présentant une infection à l'admission dans le service.....	19
a. Unité de soins palliatifs de Joseph Ducuing.....	19
b. Unité de soins palliatifs du Centre Hospitalier Universitaire de Toulouse...21	
c. Unité de soins palliatifs de la clinique de l'Ormeau à Tarbes.....22	
3. Patients présentant une infection au cours de l'hospitalisation.....	23
a. Unité de soins palliatifs de Joseph Ducuing.....	23
b. Unité de soins palliatifs du Centre Hospitalier Universitaire de Toulouse...26	
c. Unité de soins palliatifs de la clinique de l'Ormeau à Tarbes.....26	

V. DISCUSSION.....	29
VI. CONCLUSION.....	36
BIBLIOGRAPHIE.....	39
ANNEXE.....	44

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Tableau 1 : caractéristiques des patients.....	18
Tableau 2 : infections rencontrées à l’admission de l’USP de Joseph Ducuing.....	20
Tableau 3 : infections rencontrées à l’admission de l’USP du CHU de Toulouse.....	22
Tableau 4. Infections au cours de l’hospitalisation sur l’USP de Joseph Ducuing....	24
Tableau 5. Documentations et antibiogrammes des infections urinaires rencontrées pendant l’hospitalisation sur l’USP Joseph Ducuing.....	25
Tableau 6. Infections au cours de l’hospitalisation sur l’USP du CHU de Toulouse..	27
Tableau 7. Infections au cours de l’hospitalisation sur l’USP de la clinique de l’Ormeau.....	27

LISTE DES ABREVIATIONS

CCNE : Comité Consultatif Nationale d’Ethique

USP : Unité de Soins Palliatifs

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

EHPAD : Etablissement d’Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

ECBU : Examen cytobactériologique des urines

BLSE : Bêtalactamases à Spectre Etendu

ECBC : Examen Cytobactériologiques des Crachats

IFOP : Institut Français de l’Opinion Publique

ONFV : Observatoire National de la Fin de Vie

I. INTRODUCTION

I. INTRODUCTION

Chaque thérapeutique peut présenter des bénéfices mais aussi des risques. Dans le cadre de la prise en charge des infections bactériennes, il existe, certes, le risque d'effets secondaires pour le patient qui reçoit une antibiothérapie mais aussi ceux pour l'écologie bactérienne, avec la possibilité de sélectionner des bactéries résistantes [1]. Les questionnements concernant la mise en route d'un traitement anti-infectieux en médecine palliative sont régulièrement rencontrés puisque les patients sont des patients fragiles, présentant parfois plusieurs pathologies associées et souvent atteints d'un déficit immunitaire [2] [3] [4]. Ils sont donc propices à développer tous types d'infections.

Ce travail porte sur l'utilisation de l'antibiothérapie chez les patients pris en charge en soins palliatifs.

Prendre soins d'un patient, tout en privilégiant son confort, n'est pas toujours chose aisée et conduit les praticiens à une perpétuelle interrogation sur les traitements qu'ils mettent en place. La question de la proportionnalité des soins est présente à tout moment.

Il existe des recommandations et de nombreuses études traitant des infections bactériennes, par contre, leur prise en charge, concernant plus précisément les patients suivis en soins palliatifs, a été moins étudiée.

L'objectif de ce travail serait de faire un premier constat de ce qui peut être observé en France, sur trois unités de soins palliatifs (USP) se trouvant en Midi-Pyrénées, celle de l'hôpital de Joseph Ducuing, celle du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Toulouse et celle de la clinique de l'Ormeau à Tarbes. L'intérêt serait de mettre en évidence les infections les plus souvent rencontrées et de comparer leur prise en charge aux recommandations existantes et applicables à tous patients. L'un des objectifs secondaires serait de voir si les infections, les plus souvent rencontrées en unité de soins palliatifs, sont aussi celles que l'on rencontre chez les patients en soins palliatifs suivis au domicile et si leur prise en charge est équivalente .

II. CADRE CONTEXTUEL DE LA QUESTION DE RECHERCHE

II. CADRE CONTEXTUEL DE LA QUESTION DE RECHERCHE

Dans toute l'Europe, au Moyen-âge, il existait des maisons, que l'on appelait hospices, qui recueillaient les malades démunis et mourants. La plus connue d'entre-elle était « l'Hôtel Dieu », à Beaune, fondée en 1443. Bien plus tard, en 1842, Jeanne Garnier fonda à Lyon « les Œuvres des Dames du Calvaire » afin d'y accueillir des malades dit « incurables ». Elle sera considérée comme une des pionnières des soins palliatifs en France.

Au cours du XXème siècle, les progrès de la médecine ont permis de voir naître des pratiques comme l'antisepsie, l'asepsie, qui ont significativement modifié la mortalité et l'espérance de vie. L'évolution a été telle que de nombreuses avancés pharmacologiques ont vu le jour ainsi que de nouvelles spécialités médicales. Les espoirs de guérir tous les malades ont créé des exigences de la part des médecins envers la médecine et des malades envers les médecins. Au sein de ce progrès, on assiste à une vraie négation de la mort, elle devient interdite [5] [6].

C'est dans ce contexte, qu'en 1967, le Dr Cicely Saunders ouvre à Londres le « Saint Christopher's Hospice » [7]. Ce lieu deviendra par la suite, la figure de proue du « mouvement des hospices » au Royaume Unis. Cicely Saunders entreprit tout d'abord des études d'infirmières durant la seconde guerre mondiale, puis, handicapée par sa scoliose persistante, elle débuta un parcours de travailleuse sociale de 1947 à 1948 au Saint Luke's Hospital. Elle y mesure l'insuffisance de la prise en compte des symptômes en fin de vie, notamment la douleur. Elle est encouragée par le chirurgien, avec qui elle travaille, à

contribuer à améliorer cette situation. Ce n'est qu'à l'âge de 33 ans, afin de mener son projet à bien, qu'elle se lança dans des études de médecine. Elle rédigea, quelques semaines après l'obtention de son diplôme, un premier article définissant une nouvelle approche de la fin de vie. « *Alors que les médecins désertent la chambre des mourants, il faut, au contraire, qu'ils restent au cœur de l'équipe qui les entoure, qu'ils leur apportent des soins nécessaires pour les soulager et, quand on ne peut plus les guérir, qu'ils portent avec le patient son combat pour la vie* » [8]. Elle permit à la médecine palliative de progresser dans la prise en charge de la douleur des patients et introduisit le concept de « total pain » [9] [10]. Cette idée de douleur totale; que l'on peut diviser, à des fins pédagogiques, en quatre composantes, qui sont la douleur physique, psychologique, sociale et spirituelle, conduit à une approche plus globale du patient et à le replacer au centre du soin.

C'est dans les années 1980 que se développent, en France, les soins palliatifs avec la création de mouvements associatifs, « *l'association pour le développement des soins palliatifs* » et « *jusqu'à la mort accompagner la vie* ». En 1984 le Comité Consultatif National d'Ethique (CCNE) est créé. Les débats autour de l'acharnement thérapeutique et de l'euthanasie sont nombreux, c'est dans ce cadre que sera publié, suite aux travaux de Geneviève Laroque, le 26 août 1986, la circulaire relative à l'organisation des soins et à l'accompagnement des malades en phase terminale [11].

Le Dr Abiven ouvrira en 1987 la première unité française de soins palliatifs à l'hôpital de la cité universitaire de Paris. A partir de cette période, plusieurs mesures seront prises par les gouvernements successifs.

En 1995 est publiée une nouvelle version du code de déontologie, il est précisé que « *le médecin doit accompagner le mourant jusqu'à ses derniers moments, assurer par des soins et mesures appropriées la qualité d'une vie qui prend fin, sauvegarder la dignité du malade et reconforter son entourage* » [12].

Dans ce souci de l'humain, nombreux sont ceux qui souhaitent faire la différence entre « *prendre soins* » et « *prodiguer des soins* ». La réflexion sur les soins palliatifs s'est poursuivie pour aboutir en 2005 à la loi Leonetti, relative à la fin de vie, et à ses nouveaux décrets en 2006 [13] [14] [15]. Cette loi indique que « *les actes ne doivent pas être poursuivis par une obstination déraisonnable. Lorsqu'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie, ils peuvent être suspendus ou ne pas être entrepris. Dans ce cas le médecin assure la qualité de vie en dispensant des soins palliatifs* ». Cette loi autorise le malade conscient à refuser tout traitement, elle instaure aussi les directives anticipées que le patient peut rédiger ou faire rédiger selon une procédure stricte et qu'il peut révoquer à tout moment. Elle précise le fait que toute décision, concernant l'arrêt ou la limitation des traitements, doit être prise de manière collégiale après avoir consulté le patient, la famille et la personne de confiance s'il y en a une [16]. « *La limitation ou l'arrêt de traitement susceptible de mettre sa vie en danger ne peut être réalisé sans avoir respecté une procédure collégiale définie et sans que la personne de confiance ou la famille ou un proche et les éventuelles directives anticipées de la personne aient été consultés. La décision motivée de limitation ou d'arrêt de traitement est inscrite dans le dossier médical* » [11].

La loi souligne que les actes médicaux prodigués aux patients ne doivent pas faire l'objet d'obstination déraisonnable. Cette obstination était anciennement appelée l'acharnement thérapeutique. En effet la médecine moderne, étant une médecine de plus en plus technique, il est parfois difficile pour les soignants d'arrêter certains actes sans ressentir l'échec ou bien la crainte d'abandonner le patient. Devant l'exigence créée par l'évolution grandissante de cette médecine, le médecin se doit de guérir. Qu'en est-il de ceux qui ne guérissent pas? Au sein de cette technique, il est devenu beaucoup moins naturel de mourir mais peut-on réellement parler d'un retour à une mort naturelle, sachant que le principe même de l'humain semble être de s'arracher à cette même nature [17]? Comment prendre soins de ces patients en les laissant mourir tout en les accompagnants sans les faire mourir? C'est dans ce soucis

permanent de « *prendre soins au mieux* » qu'il a été proposé que chaque décision soit réfléchie de manière collégiale, que chaque acte soit pensé afin de ne pas devenir un acte acharné et que des discussions soient possibles afin de limiter voir arrêter certains traitements jugés déraisonnables. Il semble difficile de définir la notion de déraisonnable, pour le CCNE on peut le définir comme « *l'illusoire et l'inutile avec des actes qui nuisent à la qualité de vie du patient et aggrave son inconfort* » [18]. Il paraît donc inapproprié de recenser tous les actes pouvant être qualifiés de déraisonnables pour les patients en soins palliatifs, la pratique de cette médecine, doit être, au plus proche de ses objectifs, adaptée à chaque patient, et doit pouvoir se moduler à tout moment. Cette médecine n'est pas une médecine du guérir à tout prix, elle accompagne les autres médecines, les autres spécialités, afin de placer le patient au centre de la prise en charge, de l'appréhender dans sa globalité sans oublier que le « *mourant* » est avant tout un « *vivant* ».

C'est dans ce contexte que nous nous sommes intéressés à la prise en charge des infections bactériennes chez les patients relevant de soins palliatifs.

III. METHODE

III. METHODE

Cette étude descriptive a été réalisée dans trois unités de soins palliatifs (USP) en Midi-Pyrénées (l'USP de l'Hôpital Joseph Ducuing, l'USP du Centre Hospitalier Universitaire de Toulouse, l'USP de la clinique de l'Ormeau à Tarbes). La première partie de cette étude descriptive est rétrospective, la seconde est prospective.

Critère d'inclusion :

Les patients inclus dans cette étude étaient les adultes âgés d'au moins 18 ans :

- admis dans l'une de ces unités durant une période de 6 mois (du 1^{er} novembre 2012 au 31 mai 2013).
- ayant présenté une infection bactérienne à l'admission et / ou au cours de leur séjour en USP.
- hospitalisés pour une prise en charge palliative quelle que soit la pathologie d'origine.

Critères d'exclusion :

Les patients âgés de moins de 18 ans, n'ayant présenté aucun épisode infectieux et ne relevant pas d'une prise en charge palliative.

Recueil des données :

Les données de cette étude ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire (annexe 1.). Ce dernier a été réalisé à partir des données de la littérature, testé et validé par des médecins exerçant en USP avant le début de l'étude.

Ce questionnaire est composé de trois parties :

- Une première partie concernant l'identification du patient (âge, sexe, numéro de dossier) ainsi que le motif d'hospitalisation.
- Une seconde partie dédiée aux patients qui, à l'entrée dans le service, présentaient une infection. Pour ces patients, le questionnaire permettait de mettre en évidence leur lieu de provenance (domicile, EHPAD, SSR, autre service d'hospitalisation....), le type d'infection, si elle était documentée ou non, quels antibiotiques étaient utilisés, si l'antibiothérapie avait amélioré les symptômes et enfin ce qui avait été décidé à l'arrivée dans le service (maintien ou arrêt de l'antibiothérapie). Cette partie du questionnaire permettait de recueillir des données de manière rétrospective.
- Une troisième partie était dédiée à la prise en charge des patients développant une infection au cours de leur hospitalisation dans l'une des USP. Le questionnaire permettait de mettre en évidence le type d'infection, si elle était documentée ou non, les symptômes présents avant la mise en place d'une antibiothérapie et quel antibiotique avait été prescrit. Il était demandé de préciser si l'antibiothérapie avait été réévaluée à 48-72 heures et si elle avait été efficace sur les symptômes. Une partie du questionnaire concernait la prise de décision découlant de cette réévaluation, à savoir l'arrêt, le changement ou le maintien de l'antibiothérapie. Cette partie du questionnaire a permis de recueillir des données de manière prospective.

Ces questionnaires ont été mis à disposition des médecins, ayant accepté de participer à l'étude, pour qu'ils puissent les remplir durant la période des 6 mois.

Analyse des données :

Les questionnaires recueillis ont été analysés selon le processus suivant :

- regroupement des différentes infections colligées dans un tableau afin de mettre en évidence les plus fréquentes
- identification des infections documentées et non documentées
- pour les infections non documentées, les traitements mis en place ont été colligés puis comparés aux recommandations
- les résultats des examens bactériologiques accompagnés des antibiogrammes, des infections les plus fréquentes, ont été récupérés.
-

IV. RESULTATS

IV. RESULTATS

1. CARACTERISTIQUES DES PATIENTS

Le tableau 1. regroupe les caractéristiques des patients ayant présenté une infection bactérienne à l'entrée, ou dans le service, au cours de l'hospitalisation. Durant cette période, sur les 90 patients hospitalisés, l'unité de Joseph Ducuing en a inclus 20 (soit 22,2%), celle de Toulouse en a inclus 20 sur les 111 (soit 18%) hospitalisés et l'unité de la clinique de l'Ormeau en a inclus 6 sur 149 (soit 4%). La médiane et la moyenne d'âge sont respectivement de 69 et 69,6 ans pour l'USP de Joseph Ducuing, 66,5 et 70,5 ans pour l'USP de Toulouse et de 74,5 et 71,6 ans pour celle de Tarbes. Au moment de l'admission, 5 patients (soit 25%) provenaient du domicile sur l'USP de Joseph Ducuing, 8 (soit 40%) sur l'USP du CHU et 3 (soit 50 %) sur l'USP de Tarbes.

Tableau 1 : caractéristiques des patients

	USP Joseph Ducuing à Toulouse	USP du CHU de Toulouse	USP de Tarbes
Nombre de patients	20	20	6
Age	De 50 à 94 ans	De 44 à 97 ans	De 61 à 82 ans
Médiane d'âge	69	66,5	74,5
Moyenne d'âge	69,6	70,7	71,6
Nombre d'homme	11	8	4
Nombre de femme	9	12	2
Pathologie d'origine :			
-Cancer solide	13	12	5
-Hémopathie maligne	3	1	
-Autres	4	7	1
Provenance :			
-Domicile	5	8	3
-Court-séjour d'hospitalisation	10	6	2
-Soins de suite et réadaptation	4	1	1
-inconnu	1	5	

2. PATIENTS PRESENTANT UNE INFECTION A L'ADMISSION DANS LE SERVICE :

a. Unité de soins palliatifs de Joseph Ducuing :

Sur les 20 patients inclus, 11 d'entre eux présentaient à l'entrée dans le service une infection. Parmi eux, 2 avaient deux infections simultanément. Les patients infectés provenaient soit d'un service de court séjour (8 patients soit 72,7%) soit du domicile (3 patients soit 27,2%). Les infections rencontrées le plus fréquemment étaient des infections pulmonaires (6 cas soit 46%) et des infections urinaires (3 cas soit 23%). Seulement 6 (sur 11) des infections rencontrées ont été documentées, dont deux infections urinaires et une pulmonaire. Sur les cinq patients provenant du domicile, trois patients présentaient une infection. Les patients, pour qui l'infection était documentée, provenaient tous de service de court séjour hospitalier et l'antibiothérapie avait été adaptée en fonction de l'antibiogramme. Le tableau 2. permet d'illustrer le nombre et le type d'infection ainsi que l'antibiothérapie utilisée. A l'admission dans le service, la prescription d'antibiotiques a été discutée, elle fut arrêtée chez trois patients, l'une sur la demande de la patiente et les deux autres après discussion sur le bénéfice et le risque du maintien du traitement.

Tableau 2 : infections rencontrées à l'admission de l'USP de Joseph Ducuing

	Site infectieux	Infection documentée	Traitement antibiotique probabiliste	Traitement antibiotique adapté à l'antibiogramme	Décision de maintien ou d'arrêt de l'antibiotique à l'admission
Domicile	- non connue	Non documentée	Erythromycine		Maintien
	- infection dentaire	Non documentée	métronidazole+ amoxicilline -acide clavulanique		Maintien
	- pneumopathie	Non documentée	Amoxicilline-acide clavulanique		Arrêt (phase agonique)
Court séjour hospitalier	- infection urinaire	Clostridium difficile		métronidazole+ Ciprofloxacine	Arrêt (refus de soins)
	- bactériémie sur cathéter central (PAC) et infection pulmonaire	Staphylocoque épidermidis (PAC) et staphylocoque aureus (poumon)		Vancomycine+ ceftazidime	Maintien traitement efficace
	- infection urinaire	Escherichia Coli		ceftriaxone	Maintien traitement efficace
	-pneumopathie	Non documentée	Ceftriaxone et pyostacine		Non précisé
	- pneumopathie	Non documentée	lévofloxacine		Maintien traitement efficace
	- pneumopathie	Non documentée	Amoxicilline- acide clavulanique + lévofloxacine		Arrêt (fin du traitement)
	- pneumopathie	Non documentée	lévofloxacine		Arrêt car non efficace
	- septicémie et infection urinaire	Staphylocoque aureus multirésistant et Escherichia Coli multirésistant		Vancomycine + sulfaméthoxazole + triméthoprime (Bactrim)	Maintien traitement efficace

b. Unité de soins palliatifs du Centre Hospitalier Universitaire de Toulouse (tableau 3.) :

Parmi les 20 patients inclus, 8 présentaient une infection à l'entrée dans le service. 4 patients (soit 50%) provenaient d'un service de court séjour hospitalier et les 4 autres (soit 50%) venaient du domicile. L'infection la plus souvent rencontrée était l'infection pulmonaire (4 cas soit 50%). Sur ces 8 infections seulement deux étaient documentées. A l'admission dans le service 50 % des patients provenant du domicile présentaient une infection. Aucune de ces infections n'étaient documentées. L'un de ces patients était traité de manière probabiliste, pour une infection cutanée locale d'un carcinome épidermoïde, par Birodogyl (spiramycine + métronidazole), qui fut remplacé par du métronidazole à l'arrivée dans le service devant la prise orale impossible. Les deux autres patients provenant du domicile étaient traités de manière probabiliste pour une pneumopathie, l'un par amoxicilline acide-clavulanique (1g ×3 / j pendant 15 jours) et l'autre par ceftriaxone (1g / j pendant 5 jours). Enfin le quatrième patient, traité par ceftriaxone, était toujours hyperthermique à l'arrivée dans le service et le site d'infection n'était pas encore connu. Les antibiothérapies ont toutes été maintenues à l'admission dans le service. 3 antibiothérapies sur 8 ont été maintenues à l'entrée dans le service même si ce traitement était jugé inefficace.

Tableau 3 : infections rencontrées à l'admission de l'USP du CHU de Toulouse

	Site infectieux	Infection documentée	Traitement antibiotique probabiliste	Traitement antibiotique adaptée à l'antibiogramme	Décision de maintien ou d'arrêt de l'antibiotique à l'admission
Domicile	- infection cutanée	Non documentée	Spiramycine+ métronidazole (Birodogyl)		Maintien traitement efficace
	- pneumopathie	Non documentée	Amoxicilline-acide clavulanique		Maintien Traitement efficace
	-pneumopathie	Non documentée	Ceftriaxone		Maintien Traitement efficace
	- site inconnue	Non documentée	Ceftriaxone		Maintien malgré inefficacité
Court séjour hospitalier	- pneumopathie	Non documentée	Ceftriaxone		Maintien malgré inefficacité
	-infection du liquide d'ascite	Enterobacter aerogenes		Céfepim	Maintien traitement efficace
	-pneumopathie	Neisseria et stomatococcus		Ceftriaxone + lévofloxacine	Maintien traitement efficace
	-infection oculaire	Non documentée		Amoxicilline – acide clavulanique	Maintien malgré inefficacité

c. Unité de soins palliatifs de la clinique de l'Ormeau à Tarbes :

Sur cette unité, 6 patients ont été inclus, parmi eux, un seul présentait une infection à l'admission. Ce patient provenait d'un service de court séjour, il présentait une infection pulmonaire, non documentée, traitée par amoxicilline-acide clavulanique (1g matin et soir).

3. PATIENTS PRESENTANT UNE INFECTION AU COURS DE L'HOSPITALISATION :

a. Unité de soins palliatifs de Joseph Ducuing (tableau 4.):

Sur les 20 patients inclus, 12 ont présenté une infection durant l'hospitalisation. Parmi ces 12 infections, 5 (soit 41,6%) étaient des infections urinaires et 3 (soit 25 %) étaient des infections pulmonaires. 8 (soit 66,5%) de ces infections étaient documentées, dont 4 des 5 infections urinaires. La bactérie le plus fréquemment retrouvée pour ces dernières, était *Escherichia coli*. Pour les infections pulmonaires, aucun n'examen complémentaire n'a permis de mettre en évidence l'agent responsable. Elles ont été traitées de manière probabiliste soit par ceftriaxone soit par amoxicilline-acide clavulanique. La seule infection urinaire non documentée a été traitée par ceftriaxone de manière probabiliste. Sur les 12 antibiothérapies mise en place, 10 (soit 83,3%) ont été réévaluée à 48-72 H de traitement avec discussion de maintien ou d'arrêt de celle-ci. Sur ces 10 antibiothérapies évaluées, 6 seront arrêtées dont 5 car inefficace et 1 car le patient rentrait en phase agonique. Les traitements mis en place pour suspicion d'infection pulmonaire ont tous été arrêté car inefficace.

Parmi les cinq infections urinaires rencontrées chez les patients hospitalisés sur l'USP de Joseph Ducuing, nous avons pu récupérer les documentations bactériologiques ainsi que les antibiogrammes pour quatre d'entre elles. Elles sont répertoriées dans le tableau 5. Trois de ces infections étaient à *Escherichia Coli*. Sur les premiers examens cyto bactériologiques des urines (ECBU), les *Escherichia Coli* étaient tous sensibles aux quinolones, céphalosporines et pénicillines. Des ECBU de contrôles ont été réalisés à des temps différents pour les patients N°1 et N°4 mais pas pour les patients N°2 et N°3. L'ECBU du 12^{ème} jour du patient N°1 mettait en évidence une bactérie type *Escherichia Coli* productrice de bêtalactamases à spectre étendu (BLSE).

Tableau 4. Infections au cours de l'hospitalisation sur l'USP de Joseph Ducuing.

Infection documentée	Traitement antibiotique probabiliste	Traitement antibiotique adapté à l'antibiogramme	Réévaluation à 48-72H et discussion sur maintien ou arrêt de l'antibiothérapie	
Infection urinaire	- Escherichia Coli	Non	Ceftriaxone 1g/j pendant 10 jours	Pas de discussion
	- pyélonéphrite à Escherichia coli	Oui : ceftriaxone 1g/j pendant 21 jours et Amikacine pendant 3 jours	oui. Aucune nécessité de modifier le traitement	Oui. Maintien car traitement efficace
	- Escherichia coli	Oui : amoxicilline +acide clavulanique (1g x3 /j)	oui. Pas de modification	Oui. Maintien car traitement efficace.
	-Escherichia Coli	Amoxicilline	maintien de l'antibiotique	Oui. Traitement efficace mais arrêt car patient en phase agonique.
	- Enterococcus faecalis	Ceftriaxone 1g/j		Pas de discussion
Pneumopathie	- bactérie non retrouvée malgré essai de documentation	amoxicilline + acide clavulanique pendant 10 jours		Oui. Arrêt du traitement car non efficace et pas de preuve de l'infection
	- bactérie non retrouvée malgré essai de documentation	Ceftriaxone 1g /j		Oui. Arrêt du traitement à 5 jours car inefficace.
	-bactérie non retrouvée malgré essai de documentation	Ceftriaxone 1g /j		Oui. Arrêt car traitement inefficace, infection non prouvée.
Autre	- septicémie à staphylococcus aureus résistant à la méticilline	Non	Teicoplanine 15 jours + gentamycine 3 jours	Oui. Arrêt du traitement car inefficace.
	- suspicion d'infection d'escarre. Bactérie non mise en évidence	non connu	Non	Oui. Arrêt du traitement à 4 jours car pas d'amélioration des symptômes.
	-septicémie sur péritonite. Bactérie non précisée	Tazocilline (Pipéracilline + tazobactame) + amikacine	Tazocilline+ciprofloxacine	Oui. Maintien car efficace
	- infection cutanée (plaie visage). bactérie Non précisée	Métronidazole + amoxicilline + acide clavulanique	Ceftriaxone + métronidazole	Oui. Maintien car efficace

Tableau 5. Documentations et antibiogrammes des infections urinaires rencontrées pendant l'hospitalisation sur l'USP Joseph Ducuing

Patient	ECBU	BACTERIE	SENSIBILITE aux PENICILLINES (amoxicilline +acide clavulanique)	SENSIBILITE aux CEPHALOSPORINES			QUINOLONES		
				Ceftriaxone	Céfixime	Ceftazidime	Ofloxacin	Ciprofloxacine	norfloxacine
N°1	- J 0	Escherichia Coli	S	S	S	S	S	S	
	- J 12	Escherichia Coli (BLSE)	S	R	R	I	R	R	R
N°2	-J 0	Escherichia Coli	S	S	S	S	S	R	
N° 3	-J 0	Enterococcus Faecalis	S (ampicilline)						
N°4	- J0	Escherichia Coli	S	S	S	S	S	S	
	- J24	Escherichia Coli	S	S	S	S	S	S	
	- J 34	Escherichia Coli	S	S	S	S	S	S	

S : sensible. R : résistant. I : intermédiaire. BLSE : bêtalactamases à spectre étendu.

b. Unité de soins palliatifs du CHU de Toulouse (tableau 6.):

Parmi les 20 patients inclus, 12 ont présenté une infection au cours de leur hospitalisation. Sur ces 12 infections, 6 (soit 50 %) étaient des infections pulmonaires et 1 était une infection urinaire. Sur ces 12 infections, 2 ont été documentées (soit 16,6 %). Aucune des infections pulmonaire n'a été documentée. Elles ont toutes étaient traitées de manière probabiliste soit par ceftriaxone soit par amoxicilline-acide clavulanique. Parmi ces 5 infections pulmonaires, le traitement de 3 a été réévaluée à 48-72H et 2 ont été efficace. L'unique infection urinaire retrouvée était à Escherichia Coli. Sur les 12 antibiothérapies mises en place, 7 (soit 58,3%) ont été réévaluées à 48-72 H, 4 étaient efficaces donc maintenues et 3 étaient inefficaces mais maintenues car il n'y a pas eu de discussion.

c. Unité de soins palliatifs de la clinique de l'Ormeau (tableau 7.):

Parmi les 6 patients inclus, 5 ont présenté une infection. 3 infections urinaires et 2 infections sur cathéter à chambre implantable. Sur les 5 antibiothérapies mises en places, 3 ont été réévaluées à 48 -72 H et maintenues car efficace.

Tableau 6. Infections au cours de l'hospitalisation sur l'USP du CHU de Toulouse.

	Infection documentée	Traitement antibiotique probabiliste	Traitement antibiotique adapté à l'antibiogramme	Réévaluation à 48-72H et discussion sur maintien ou arrêt du traitement
Infection urinaire	- Escherichia Coli	Ceftriaxone	Maintien de l'antibiotique	Oui. Maintien du traitement car efficace.
Infection pulmonaire	- pneumopathie non documentée	Amoxicilline + acide clavulanique		Oui. Maintien car traitement efficace
	- pneumopathie non documentée	Ceftriaxone		Non
	- pneumopathie non documentée	Amoxicilline + acide clavulanique 1g×3/j pendant 7 jours		Inefficace à 48-72 H. Pas de discussion d'arrêt de traitement.
	-pneumopathie non documentée	Ceftriaxone 1g/j pendant 7 jours		Non
	- pneumopathie non documentée	Ceftriaxone 1g/j pendant 7 jours		Non
	-pneumopathie non documentée	Ceftriaxone		Oui. Maintien du traitement car efficace.
Autre	- suspicion de méningite sur cathéter péridural. Non documentée	Tazocilline 3g/j (pipéracilline + tazobactam) + vancomycine 2g/j		Inefficace à 48-72 H. Pas de discussion d'arrêt de traitement.
	- infection digestive : Clostridium Difficile	Métronidazole par voie intra-veineuse	Modification pour vancomycine per os	Oui. Maintien car efficace.
	-suspicion d'infection à point de départ digestif. Non documentée	Ceftriaxone 1g/j + métronidazole 500mg ×3 /j		Inefficace à 48-72H. Pas de discussion d'arrêt.
	- origine inconnue : hyperthermie Non documentée	Ceftriaxone 1 g/j pendant 5 jours		Non
	- parotidite. Non documentée	Ceftriaxone 1g/j pendant 10 jours		Non

Tableau 7. Infections au cours de l'hospitalisation sur l'USP de la clinique de l'Ormeau

	Infection documentée	Traitement antibiotique probabiliste	Traitement antibiotique adapté à l'antibiogramme	Réévaluation à 48-72H et discussion sur maintien ou arrêt de l'antibiothérapie
Infection urinaire	- documentée mais résultats non précisés		Ceftriaxone 1g/j pendant 5 jours	Non
	- documentée mais résultats non précisés	Non précisé	Non précisé	Oui. Maintien du traitement car efficace.
	- documentée mais résultats non précisés	Non précisé	Non précisé	Non précisé
Autre	- infection sur cathéter à chambre implantable. Documentée mais bactérie non précisée	-ciprofloxacine	- cloxacilline pendant 14 jours	Oui. Maintien car traitement efficace
	- infection sur cathéter à chambre implantable ; Documentée mais bactérie non précisée.	amoxicilline + acide clavulanique	cloxacilline	Oui. Maintien car traitement efficace.

V. DISCUSSION

V. DISCUSSION

Cette étude, réalisée sur trois unités de soins palliatifs durant une période de six mois, permet de faire un premier constat sur les infections les plus fréquemment rencontrées ainsi que sur leur prise en charge chez les patients relevant de soins palliatifs.

L'effectif réduit et le recueil de données à l'aide de questionnaires limitent ce travail et ne nous a pas permis de tirer des données statistiquement significatives. En effet, l'utilisation de questionnaires nécessite une grande participation et demande beaucoup de temps au médecin de chaque service. Ceci peut expliquer le nombre réduit d'inclusion ainsi que le manque de certaines données sur quelques questionnaires.

Néanmoins, cela nous a permis de relever certains points concernant la prise en charge des infections bactériennes en unité de soins palliatifs.

Durant cette période de six mois, 22% des patients de l'unité de Joseph Ducuing et 18 % des patients de l'unité du CHU ont présenté des signes infectieux. Les fréquences de patients infectés retrouvées dans d'autres études sont très disparates. L'étude de Pereira en 1998 retrouvait 55 % de patients infectés [19], celle de Vietetta en 2000 en retrouvait 36% [20] et l'étude d'Oneschuk réalisée en 2002 mettait en évidence 22% de patients présentant une infection bactérienne en unité de soins palliatifs au Canada [21]. Ce dernier résultat se rapproche, certes, des nôtres mais il faut noter qu'aucun de ces travaux n'ont été réalisés en France, que l'écologie bactérienne est probablement différente et que nous avons certainement moins d'infections recensées car notre méthode présente des biais.

L'infection la plus fréquemment rencontrée, que ce soit au cours de l'hospitalisation sur les trois unités, ou à l'entrée dans les services en ce qui concerne les patients provenant du domicile, est l'infection pulmonaire. En second, on retrouve les infections urinaires, majoritairement sur l'unité de Joseph Ducuing, Ce taux d'infections urinaires peut peut-être s'expliquer par la présence de matériel étranger (sondes urinaires par exemple) [22], mais cette donnée n'étant pas mentionnée dans le questionnaire, nous ne pouvons pas conclure. Ces résultats correspondent à ceux des études déjà réalisées à ce sujet. Ces dernières ont permis de mettre en évidence la fréquence des infections pulmonaires et urinaires comme étant plus importante que les autres chez les patients pris en charge en soins palliatifs [19-26]. Ces études ont identifié *Escherichia Coli* comme la bactérie la plus souvent en cause dans les infections urinaires, ce que l'on retrouve aussi ici.

La prise en charge des infections pulmonaires diverge en fonction du lieu. En effet sur l'USP de Joseph Ducuing, une tentative de documentation a été faite devant toute suspicion de pneumopathie mais aucune bactérie n'a pu être mise en évidence, alors qu'au domicile ou sur l'USP du CHU il a été décidé de traiter, sans documenter l'infection, de manière probabiliste. On peut donc s'interroger sur la pertinence de la documentation systématique en cas de suspicion de pneumopathie [27]. La radiographie thoracique est un examen qui doit être réalisé en cas d'incertitude diagnostique, mais ne permet pas d'identifier l'agent responsable. Elle permet, par exemple, de différencier la pneumopathie alvéolaire, interstitielle ou la bronchopneumopathie. L'examen, de réalisation difficile, qui permet de faire le diagnostic étiologique, est l'examen cyto bactériologique des crachats (ECBC). La mise en évidence de l'agent infectieux responsable d'une pneumopathie est donc complexe, même en milieu hospitalier, puisque seulement 50% des pneumopathies communautaires aiguës y sont documentées [28]. En ce qui concerne le traitement de ces infections pulmonaires, que les patients proviennent du domicile ou qu'ils soient hospitalisés en USP, il était probabiliste. L'antibiotique choisi était soit l'amoxicilline-acide clavulanique soit la ceftriaxone. Or, d'après le collège des universitaires de maladies infectieuses et tropicales [28], l'antibiothérapie de choix, chez les patients présentant des comorbidités, est soit l'amoxicilline-acide clavulanique (1 g \times 3 /j per os ou intraveineux), soit la ceftriaxone (1g/j en intraveineux) soit la céfotaxime (1 g \times 3 /j en intraveineux) soit une fluoroquinolone à activité anti-

pneumocoque (lévofloxacine 500 mg × 1 à 2 / j ou moxifloxacine 400mg/j). On peut donc dire que le choix de l'antibiotique a été systématiquement conforme aux recommandations. En revanche, on ne peut pas réellement conclure sur cette conformité puisque les posologies et voies d'administrations n'ont pas toujours été renseignées. Dans tous les cas, les recommandations préconisent une réévaluation de l'efficacité du traitement à 48-72 heures [29].

Les infections urinaires, quant à elles, ont majoritairement été rencontrées sur l'unité de Joseph Ducuing. Parmi elles, 80% ont été documentées grâce à un examen cytobactériologique des urines (ECBU). La bactérie la plus fréquemment retrouvée était *Escherichia Coli*. Dans tous les cas, *Escherichia Coli* était sensible aux pénicillines testées dont l'amoxicilline –acide clavulanique, ainsi qu'aux céphalosporines (dont ceftriaxone et céfixime) et quinolones. Un ECBU de contrôle a parfois été réalisé à des distances variables. Un seul de ces examens a mis en évidence, après douze jours de traitement, la présence d'une bactérie type *Escherichia Coli* produisant des bêtalactamines à spectre étendu (BLSE). Ceci témoigne de la rapidité avec laquelle une bactérie résistante peut-être sélectionnée. Les BLSE sont des enzymes qui hydrolysent aussi bien les pénicillines que les oxyimino-céphalosporines et les monobactams. Les céphamycines et les carbapénèmes restent actifs alors que les activités des fluoroquinolones de deuxième génération, des céphalosporines de quatrième génération et celles des associations bêtalactamines/inhibiteurs de bêtalactamases sont variables [30]. De nombreuses études montrent l'augmentation des infections à entérobactéries productrices de BLSE. Parmi ces entérobactéries, on retrouve *Escherichia Coli*, l'agent responsable de 90% des infections urinaires [31]. Depuis quelques années, cette bactérie développe de nombreuses résistances aux divers antibiotiques et on retrouve de nombreux *Escherichia Coli* producteurs de BLSE dans les infections urinaires nosocomiales mais aussi communautaires [32]. La prise en charge des infections urinaires devient donc un problème de santé publique. Afin d'éviter l'émergence de telles résistances, certaines mesures pratiques sont recommandées [33] [34] [35] [36]. La réalisation d'un examen cytobactériologique des urines afin de mettre en évidence la bactérie en cause ainsi que son antibiogramme est indispensable, que ce soit au domicile ou en milieu hospitalier, avant la mise en route de tout traitement antibiotique. Seules les infections urinaires

symptomatiques doivent être traitées par antibiothérapie, excluant ainsi les bactériuries asymptomatiques puisque leur traitement ne permet pas de diminuer l'incidence des épisodes fébriles ni la sévérité de la bactériurie alors qu'il favorise les résistances. Pour les patients présentant des infections sur sonde, il faut réévaluer l'indication de sondage afin de traquer ceux qui pourraient être abusifs, préférer l'étui pénien sans oublier en cas de sondage, une pose avec asepsie, puis entretien rigoureux sans violation du système clos. Après la mise en place du traitement, une réévaluation à 48-72h de l'efficacité est nécessaire. Si ce dernier n'a pas d'effets sur les symptômes, il faut l'arrêter ou changer l'antibiothérapie en fonction de l'antibiogramme. Un ECBU de contrôle peut être réalisé au cours du traitement pour les formes graves mais, dans tous les cas, il doit être réalisé une semaine après l'arrêt de l'antibiotique puis, plus tard, entre quatre et six semaines si possible.

En ce qui concerne la réévaluation de l'antibiothérapie à 48-72 heures, quelques soit l'infection sous-jacente, les pratiques sont différentes en fonction du service. En effet, l'efficacité des antibiothérapies a bien été réévaluée à l'admission dans les services cependant, au cours de l'hospitalisation, 83,3% des antibiothérapies ont été réévaluées à 48-72 heures sur l'hôpital de Joseph Ducuing contre 58,3% sur le CHU. Sur l'unité du CHU, même s'il est relevé dans le questionnaire que l'antibiothérapie n'est pas efficace, cette dernière n'est pas arrêtée. Ceci témoigne de la difficulté que peut représenter une décision d'arrêt ou de limitation de traitement, même dans une unité de soins palliatifs où les praticiens y sont régulièrement confrontés. Malgré l'existence d'un cadre légal depuis la loi du 22 avril 2005, cette démarche décisionnelle reste difficile [37]. La loi a permis d'apporter des notions importantes dont celle de la collégialité. En pratique, tout n'est pas aussi simple. Tout d'abord sur le plan organisationnel, la procédure collégiale, nécessitant la rencontre de divers professionnels, n'est pas toujours évidente à mettre en place dans les services, par manque de temps, de personnels [38]. Ensuite il existe une difficulté au niveau de la traçabilité concernant ce type de décision. Même si la loi l'oblige, il est parfois compliqué de retranscrire ce type de réunion par écrit. De plus, il ne faut pas oublier la dimension humaine à laquelle nous renvoient de telles décisions. Les médecins et autres soignants sont confrontés à leurs propres représentations et limites.

Comme nous l'avons vu précédemment, l'effectif de cette étude est réduit, notamment concernant les patients provenant du domicile, mais nous pouvons cependant en dire plusieurs choses. Ces patients présentaient majoritairement des pneumopathies traitées de manière probabiliste, soit par amoxicilline-acide clavulanique, soit par ceftriaxone. Comme nous l'avons dit, ce choix de molécule correspond aux recommandations du collège universitaire de maladies infectieuses et tropicales. Cette prise en charge est comparable à ce que nous avons pu observer sur les unités de soins palliatifs. La prise en charge décrite précédemment pour les pneumopathies mais aussi pour les infections urinaires est valable en médecine de ville. L'émergence d'infection urinaire nosocomiale, mais aussi communautaire à *Escherichia Coli* productrice de BLSE, doit nous conduire à documenter chacune d'entre elles.

Le travail que nous avons réalisé pourrait servir de préambule à une étude plus vaste se déroulant au domicile. Selon un sondage, datant de 2010, de l'Institut Français de l'Opinion Publique, la fin de vie au domicile est un souhait largement partagé avec 81% des français déclarant « vouloir passer leur fin de vie chez eux », mais de nos jours, la réalité est tout autre puisque 60% des français décèdent à l'hôpital. La prise en charge palliative des patients au domicile n'est donc pas quelque chose à laisser au hasard. Une enquête de 2005 rapporte que 90 % des généralistes estiment que les soins palliatifs font partie intégrante de leur métier, 46 % d'entre eux évoquent la nécessité de formation [39]. Le rapport de 2013 de l'Observatoire National de la Fin de Vie (ONFV) met en avant le fait que seulement 2,5 % des médecins généralistes sont formés aux soins palliatifs [40]. A ce manque de formation s'ajoute l'isolement et la solitude de ces professionnels [41]. Il existe donc un réel besoin, certes de formation, mais aussi de travaux, à réaliser au domicile afin de pouvoir approfondir nos connaissances et améliorer nos pratiques.

Ce travail met en évidence certaines différences entre trois unités de soins palliatifs concernant la prise en charge des infections bactériennes. Ces différences sont aussi mises en évidence dans des études ayant été réalisées dans d'autres pays comme celle d'Oneschuk réalisée en 2002 au Canada [21], celle de White en 2003 [26] et celle de

Albrecht [25] en 2013 réalisées aux Etats-Unis. Comme le suggère Oneschuk et White dans leurs études, un travail plus approfondi et à plus grande échelle semble nécessaire afin de déterminer les infections les plus fréquemment rencontrées chez les patients pris en charge en médecine palliative et leur traitement antibiotique, pour pouvoir proposer des recommandations afin de guider les médecins dans leurs pratiques, améliorer la prise en charge des patients et éviter l'émergence de bactéries résistantes.

VI. CONCLUSION

VI. CONCLUSION

Devant l'évolution de l'écologie bactérienne et l'émergence de nombreuses résistances, la question de la prise en charge des infections n'est pas anodine de manière générale, particulièrement en médecine palliative où les patients, fragiles, sont sujets à développer tout type d'infections.

Il relève de la responsabilité du médecin de prescrire de manière réfléchie et adaptée en fonction de chaque patient, de chaque situation. L'enjeu de ce type de prescription en médecine palliative n'est pas d'obtenir la guérison à tout prix mais d'améliorer la qualité de vie des patients. L'émergence des droits en fin de vie, notamment de ne pas faire l'objet d'obstination déraisonnable, questionne l'utilité et la proportionnalité de chaque décision thérapeutique. Ce travail confirme que la prise de décisions de "limitation - arrêt" de traitements, si elle relève d'une réelle volonté des équipes de soins palliatifs, n'a pas encore atteint un niveau de mise en œuvre clairement défini.

Cette étude, malgré les faibles effectifs, montre que les prises en charges des infections bactériennes sont différentes sur ces trois unités de soins palliatifs. L'utilité et la proportionnalité des antibiothérapies sont souvent questionnées. Cette étude montre aussi la difficulté d'arrêter une telle prescription, la crainte de nuire aux patients en est un des facteurs. L'intérêt serait de poursuivre ce travail, à plus grande échelle, de manière prospective, sur plusieurs USP, pour pouvoir mettre en évidence les différentes pratiques de prescription et d'arrêt de ces traitements afin de rechercher de quelles manières elles peuvent être améliorées.

Il ressort de ce travail des enseignements pratiques pour les infections respiratoires et urinaires en fin de vie. Compte tenu de la difficulté à documenter les infections

respiratoires, il convient de respecter les recommandations de traitements probabilistes en n'omettant pas de les réévaluer à 48-72 heures. S'agissant des infections urinaires, leur documentation, devant l'émergence de souches bactériennes résistantes, semble indispensable. Cela n'exclut pas le principe de la réévaluation à 48-72 heures à l'aune du bénéfice symptomatique pour le patient et de la iatrogénèse.

La médecine palliative est une discipline récente, en plein développement, où chaque patient est unique et relève d'une prise en charge personnalisée. C'est en observant et critiquant nos pratiques que nous pourrons gagner en pertinence afin de *prendre soins* au mieux et adapter nos décisions aux différents patients que nous rencontrons.

Toulouse le 30.09.2013

Vu permis d'imprimer
Le Doyen de la Faculté
de Médecine de Rangueil

D. ROUGÉ

In le Rendeb de these

Professeur Patrice MASSIP
Praticien Hospitalier
Service des Maladies Infectieuses et Tropicales
CHU TOULOUSE - Hôpital PURPAN
TSA 40031 - 31059 TOULOUSE Cedex 9

BIBLIOGRAPHIE

1. COLLEGE DES MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES. *Infections nosocomiales : généralités*. In E. PILLY : Vivactis Plus Ed ; 2008 : pp 625- 627.
2. FREIFELD A, MARCHIGIANI D, WALSH T et al. A double blind comparison of empirical oral and intravenous antibiotic therapy for low risk febrile patients with neutropenia during cancer chemotherapy. *New England Journal of Medicine* 1999 ; 341 : 305-311
3. JOHNSON G, ABRAHAM C. The WHO objectives for palliative care : to wath extent are we achieving them ? *Palliative Medicine* 1995 ; 9 : 123-137
4. CHANOCK S. Evolving risk factors for infectious complications of cancer therapy. *Hematology Oncology Clinics of North America* 1993 ; 7 : 771-793
5. ARIES P. *L'homme devant la mort*. Paris : Seuil, 1977, 642 p.
6. THOMAS L-V. *Anthropologie de la mort*. Paris : Payot, 1988, 540 p.
7. SAUNDERS C. The evolution of palliative care. *Patient Education and Counseling* 2000 ; 41 :7-13.
8. CHAST F. Cicely Saunders fondatrice des soins palliatifs (1918-2005). *Douleurs* 2005 ; 6 (5) : 271-75.
9. SCHAEERER R. De Cicely Saunders à nos jours. *Médecine Palliative* 2007 ; 6 : 163-68
10. CLARK D. « Total pain » disciplinary power and the body in the work of Cicely Saunders, 1958-1967. *Social Science and Medicine* 1999 ; 49 : 727-36
11. MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE L'EMPLOI. Circulaire DGS/3D du 26 aout 1986 relative à l'organisation des soins et à l'accompagnement des malades en phase terminale. 8 p.
12. MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE L'ASSURANCE MALADIE. Décret n°95-1000 du 6 septembre 1995 portant code de déontologie médicale. *Journal officiel*, n°209 du 8 septembre 1995. p. 13305.

13. MINISTERE DES SOLIDARITES, DE LA SANTE ET DE LA FAMILLE.
Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie. Journal officiel, n° 95 du 23 avril 2005. p. 7089.
14. MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Décret n° 2006-119 du 6 février 2006 relatif aux directives anticipées prévues par la loi n°2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie et modifiant le code de la santé publique. Journal officiel, 7 février 2006. p.1973.
15. MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Décret n° 2006-120 du 6 février 2006 relatif à la procédure collégiale prévue par la loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie et modifiant le code de la santé publique. Journal officiel, 7 février 2006. p. 1974
16. PEROTIN V. Tout ce que vous vouliez savoir sur la loi Léonetti. Médecine Palliative 2012 ; 11 : 148-57.
17. RICOT J. Fin de vie : repères éthiques et philosophiques. Laennec, 2004/1 Tome 52, p. 7-25.
18. COMITE CONSULTATIF NATIONAL D'ETHIQUE POUR LES SCIENCES DE LA VIE ET DE LA SANTE. Avis sur les questions éthiques liées au développement et au financement des soins palliatifs. Avis n°108, 12 novembre 2009, 14 p.
19. PEREIRA J, WATANABE S, WOLCH G. A retrospective review of the frequency of infections and patterns of antibiotic utilization on a palliative care unit. Journal of Pain and Symptom Management. 1998 ; 16 (6) : 374-81.
20. VITETTA L, KENNER D, SALI A. Bacterial infections in terminally ill hospice patients. Journal of Pain and Symptom Management 2000 ; 20 (5) : 326-34.
21. ONESCHUK D, FAINSINGER R, DEMOISSAC D. Antibiotic use in the last week of life in three different palliative care settings. Journal of Palliative Care 2002 ; 18(1) : 25-28.
22. NAGY-AGREN S, HALEY HB. Management of infections in palliative care patients with advanced cancer. Journal of Pain and Symptom Management. 2002; 24 (1) : 64-70.

23. THAI V, LAU F, WOLCH G, YANG J, QUAN H, FASSBENDER K. Impact of infections on the survival of hospitalized advanced cancer patients. *Journal of Pain and Symptom Management* 2012 ; 43 (3) : 549-57.
24. LAM PT, CHAN KS, TSE CY, LEUNG MW. Retrospective analysis of antibiotic use and survival in advanced cancer patients with infections. *Journal of Pain and Symptom Management* 2005 ; 30 (6) : 536-43.
25. ALBRECHT JS, MCGREGOR JC, FROMME EK, BEARDEN DT, FURUNO JP. A nationwide analysis of antibiotic use in hospice care in the final week of life. *Journal of Pain and Symptom Management* 2013 Jan [cited 2013 Jul 13]; Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0885392412008160>
26. WHITE PH, KUHLENSCHMIDT HL, VANCURA BG, NAVARI RM. Antimicrobial use in patients with advanced cancer receiving hospice care. *Journal of Pain and Symptom Management* 2003 ; 25 (5): 438-43.
27. LEROY O, SOCIETE DE PATHOLOGIE INFECTIEUSE DE LANGUE FRANÇAISE. 04 -Apport des explorations microbiologiques au diagnostic des infections des voies respiratoires basses. 15^{ème} conférence de consensus en thérapeutique anti-infectieuse. 15 mars 2006 à Paris. *Médecine et Maladies Infectieuses* 2006; 36 (11-12) : 570-98.
28. COLLEGE DES MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES. *Pneumopathies aiguës communautaires*. In E. PILLY : Vivactis Plus Ed ; 2008 : pp 222-235.
29. SOCIETE DE PATHOLOGIE INFECTIEUSE DE LANGUE FRANCAISE (2006). Prise en charge des infections des voies respiratoires basses de l'adulte immunocompétent. 15^{ème} conférence de consensus en thérapeutique anti-infectieuse. 15 mars 2006 à Paris. 20 p.
30. ADJIDE C-C, BIENDO M, ROUSSEAU F, et al. Escherichia Coli producteurs de bêta-lactamases à spectre étendu : de nouvelles menaces nosocomiales? *Pathologie biologie* 2006 ; 54 : 510-17.
31. GUPTA K, HOOTON TM, STAMM WE. Increasing antimicrobial resistance and the management of uncomplicated community-acquired urinary tract infections. *Annals of Internal Medicine* 2001 ; 135 (1) : 41-50.

32. COLONDER R, ROCK W, CHAZAN B, et al. Risk factors for the development of extended-spectrum betalactamase-producing bacteria in nonhospitalized patients. *European Journal of Clinical Microbiology and Infectious Diseases* 2004 ; 23 : 163-67.
33. COLLEGE DES MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES. *Infections urinaires*. In E. PILLY : Vivactis Plus Ed ; 2008 : pp 273- 277.
34. COLLEGE DES MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES. *Infections urinaires associées aux soins*. In E. PILLY : Vivactis Plus Ed ; 2008 : pp 628- 630.
35. CARON F. Prise en charges des infections urinaires communautaires de l'adulte : ce qui a changé. A propos des recommandations 2008 de l'agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps). *Presse Médicale* 2010 ; 39 : 42-38
36. AGENCE FRANÇAISE DE SECURITE SANITAIRE DES PRODUITS DE SANTE (Afssaps). Recommandations de bonne pratique : diagnostic et antibiothérapie des infections urinaires bactériennes communautaires chez l'adulte. Juin 2008. Argumentaire 75 p. recommandations 20 p.
37. SAUSSAC C, BERNARD N, PATERNOSTRE B, BURUCOA B. Limitations et arrêts de traitements chez les patients en lits identifiés de soins palliatifs. *Med Pal* avril 2013. [consulté le 30 juillet 2013]; Disponible à partir de l'URL:
<https://www-sciencedirect-com.frodon.univ-paris5.fr/science/article/pii/S1636652213000706>.
38. PATERNOSTRE B. Représentations de la fin de vie, de l'arrêt des traitements, de la collaboration avec une équipe mobile de soins palliatifs pour de situations complexes et arrêt de thérapeutiques actives en réanimation. *Med Pal* 2009 ; 8 : 185-91.
39. LAPAGE B, et al. Soins palliatifs à domicile. Evaluation des besoins des soignants des Deux-Sèvres. *Revue du Praticien Médecine Générale* 2007 ; 21: 355-8

40. OBSERVATOIRE NATIONAL DE LA FIN DE VIE (2013). Rapport 2012 : vivre la fin de vie chez soi. 143 p. [consulté le 10 avril 2013] disponible à partir de l'URL : <https://sites.google.com/site/observatoirenationalfindevie/publications/rapport/rapport-2012>
41. SERRESSE L. Paroles de médecins généralistes : comment font-ils avec les difficultés ressenties pendant l'accompagnement d'un patient en fin de vie ? Médecine Palliative 2011 ; 10 : 286-291

ANNEXE

Annexe 1. QUESTIONNAIRE DE THESE

Pratique d'utilisation des antibiotiques en USP

Identification du patient

Age

Sexe

Code du dossier (IPP)

Motif d hospitalisation :

- pathologie :

- type d'hospitalisation : - programmée

- urgence

Patient présentant une antibiothérapie à l'entrée du service :

- *structure de provenance ?*

1- EHPAD
d'hospitalisation

4- réseau de soins palliatifs

7- court séjour

2- DOMICILE

5- SSR

8- autre suivi

3- HAD

6- USLD

- ***motif de l'antibiothérapie :***

1- type d'infection :

2- documentée : **OUI** **NON**

Si oui : quel(s) germe(s) ?

- ***antibiotique(s) utilisé(s) ?***

- ***efficacité de l'antibiothérapie ? :***

1- hyperthermie :

2- frissons :

3- marbrures :

4- oligurie :

5- autres :

- ***Durée de prescription :***

- ***Décision à l'entrée dans le service : maintien ou arrêt***

- ***si arrêt de l'antibiothérapie, pourquoi ?*** (arguments cliniques ? biologique ?)

Patient présentant une infection au cours de l'hospitalisation pouvant nécessiter d'une antibiothérapie:

- ***type d'infection :***

- ***signes infectieux avant l'antibiothérapie :***

1- hyperthermie :

2- frissons :

3- marbrures :

4- oligurie :

5- autres :

- ***décision de faire des examens complémentaires ? OUI NON***

Si oui, lesquels ?

1-bilan biologique

2-prélèvement ? Si oui, de quel type ? (ECBU, ECBC, ponction...)

3- autres examens complémentaires (radiographie, échographie...)

- ***antibiothérapie probabiliste ? OUI NON***

Si oui laquelle ?

-*changement d'antibiotique(s) en fonction des résultats ? OUI NON*

Si oui, lequel (lesquels)?

- *durée de prescription ?*

- *efficacité du traitement après 48h d'antibiotique :*

1- hyperthermie :

2- frissons :

3- marbrures :

4- oligurie :

5- autres :

- *si arrêt de l'antibiothérapie avant la fin du traitement, pourquoi ?* (Arguments cliniques ? biologiques ?)

ABSTRACT

DESCRIPTIVE STUDY OF THE TREATMENT BACTERIAL INFECTIONS IN THREE PALLIATIVE CARE UNITS IN MIDI-PYRENEES

INTRODUCTION: This study permits an initial report on the management of bacterial infections, in palliative care, in three palliative care units, the hospital Joseph Ducuing, the University Hospital of Toulouse and the clinic of Tarbes. The interest was to highlight the most recurrent infections and compare their treatment to existing recommendations. One of the secondary objectives was to see if the infections encountered on patients, in palliative care at home, as well as their management costs, were equivalent.

METHOD: This work took place over a six month period (November 2012-May 2013). Data were collected using questionnaires, prospectively for patients infected admission services and retrospectively for those with an infection during hospitalization.

RESULTS: The most common infections, whether at home or in one of the care units, were the pneumonia and urinary tract infections with *Escherichia coli*. Antibiotics were used in accordance with the recommendations, however, it was noted a difference of practice between the units about the revaluation of antibiotics as well as on discussions of discontinuation of cares.

CONCLUSION: This study helps to provide practical information on bacterial infections, in palliative medicine, and raises the fact that the decision to stop treatment, even for practitioners confronted to that every day, and despite of the existing legal framework, is not an easy thing and refers to our own limitations.

Keywords: Palliative care, bacterial infections, urinary tract infections, pneumonia, antibiotics

RESUME

ÉTUDE DESCRIPTIVE DE LA PRISE EN CHARGE DES INFECTIONS BACTERIENNES SUR TROIS UNITES DE SOINS PALLIATIFS EN MIDI-PYRENEES

INTRODUCTION: Cette étude permet de faire un premier constat sur la prise en charge des infections bactériennes, en médecine palliative, sur trois unités de soins palliatifs, celle de l'hôpital de Joseph Ducuing, celle du Centre Hospitalier Universitaire de Toulouse et celle de la clinique de Tarbes. L'intérêt était de mettre en évidence les infections les plus souvent rencontrées et de comparer leur prise en charge aux recommandations existantes. L'un des objectifs secondaire était de voir si les infections rencontrées chez les patients, en soins palliatifs au domicile, ainsi que leur prise en charges, étaient équivalentes.

METHODE: Ce travail s'est déroulé sur une période de six mois (de novembre 2012 à mai 2013). Les données ont été recueillies, à l'aide de questionnaires, de manière prospective pour les patients infectés à l'admission des services et rétrospective pour ceux présentant une infection au cours de l'hospitalisation.

RESULTATS: Les infections les plus fréquentes, que ce soit au domicile ou sur l'une des unités, étaient les pneumopathies puis les infections urinaires à Escherichia Coli. Les antibiotiques utilisés étaient conformes aux recommandations, cependant, on a pu noter une différence de pratique, entre les structures, concernant la réévaluation de l'antibiothérapie ainsi que les discussions d'arrêt de traitement.

CONCLUSION: Cette étude permet d'apporter des informations pratiques concernant les infections bactériennes en médecine palliative et soulève le fait que la prise de décision d'arrêt de traitement, même pour des praticiens y étant confrontés au quotidien, et malgré le cadre légal existant, n'est pas chose aisée et nous renvoie à nos propres limites.

Mots-clés: médecine palliative, étude descriptive, infections bactériennes, antibiothérapie, pneumopathie communautaire aiguë, infection urinaire