



HAL
open science

Étude rétrospective monocentrique sur l'association entre les critères d'agressivité des soins en fin de vie et le suivi par une équipe de soins palliatifs chez les patients atteints de cancer en 2015

Pierre-Antoine Monier

► To cite this version:

Pierre-Antoine Monier. Étude rétrospective monocentrique sur l'association entre les critères d'agressivité des soins en fin de vie et le suivi par une équipe de soins palliatifs chez les patients atteints de cancer en 2015. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01609526

HAL Id: dumas-01609526

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01609526>

Submitted on 3 Oct 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact au SID de Grenoble :
bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

<http://www.cfcopies.com/juridique/droit-auteur>
<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

THESE
PRESENTEE POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE
DIPLOME D'ETAT

2017

N°

ETUDE RETROSPECTIVE MONOCENTRIQUE SUR L'ASSOCIATION
ENTRE LES CRITERES D'AGRESSIVITE DES SOINS EN FIN DE VIE
ET LE SUIVI PAR UNE EQUIPE DE SOINS PALLIATIFS
CHEZ LES PATIENTS ATTEINTS DE CANCER EN 2015

Pierre-Antoine MONIER

[Données à caractère personnel]

THESE SOUTENUE PUBLIQUEMENT A LA FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE*
Le 29 septembre 2017

DEVANT LE JURY COMPOSE DE :

<u>PRESIDENTE DU JURY :</u>	Madame le Professeur Mireille MOUSSEAU
<u>DIRECTRICE DE THESE :</u>	Madame le Docteur Cécile BARBARET
<u>MEMBRES DU JURY :</u>	Madame le Professeur Marie-Thérèse LECCIA
	Madame le Professeur Guillemette LAVAL
	Monsieur le Professeur Thomas DECAENS

**La Faculté de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.*

Doyen de la Faculté : M. le Pr. Jean Paul ROMANET

Année 2016-2017

ENSEIGNANTS A L'UFR DE MEDECINE

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	ALBALADEJO Pierre	Anesthésiologie réanimation
PU-PH	APEL Florent	Ophthalmologie
PU-PH	ARVIEUX-BARTHELEMY Catherine	Chirurgie générale
PU-PH	BALOSSO Jacques	Radiothérapie
PU-PH	BARONE-ROCHETTE Gilles	Cardiologie
PU-PH	BARRET Luc	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH	BAYAT Sam	Physiologie
PU-PH	BENHAMOU Pierre Yves	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	BERGER François	Biologie cellulaire
MCU-PH	BIDART-COUTTON Marie	Biologie cellulaire
MCU-PH	BOISSET Sandrine	Agents infectieux
PU-PH	BONAZ Bruno	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie
PU-PH	BONNETERRE Vincent	Médecine et santé au travail
PU-PH	BOREL Anne-Laure	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	BOSSON Jean-Luc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	BOTTARI Serge	Biologie cellulaire
PU-PH	BOUGEROL Thierry	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	BOUILLET Laurence	Médecine interne
PU-PH	BOUZAT Pierre	Réanimation
PU-PH	BRAMBILLA Christian	Pneumologie
MCU-PH	BRENIER-PINCHART Marie Pierre	Parasitologie et mycologie
PU-PH	BRICAULT Ivan	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	BRICHON Pierre-Yves	Chirurgie thoracique et cardio- vasculaire
MCU-PH	BRIOT Raphaël	Thérapeutique, médecine d'urgence
MCU-PH	BROUILLET Sophie	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
PU-PH	CAHN Jean-Yves	Hématologie
MCU-PH	CALLANAN-WILSON Mary	Hématologie, transfusion
PU-PH	CARPENTIER Françoise	Thérapeutique, médecine d'urgence
PU-PH	CARPENTIER Patrick	Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire
PU-PH	CESBRON Jean-Yves	Immunologie
PU-PH	CHABARDES Stephan	Neurochirurgie
PU-PH	CHABRE Olivier	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	CHAFFANJON Philippe	Anatomie

PU-PH	CHARLES Julie	Dermatologie
PU-PH	CHAVANON Olivier	Chirurgie thoracique et cardio- vasculaire
PU-PH	CHIQUET Christophe	Ophthalmologie
PU-PH	CINQUIN Philippe	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	COHEN Olivier	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	COUTURIER Pascal	Gériatrie et biologie du vieillissement
PU-PH	CRACOWSKI Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PU-PH	CURE Hervé	Oncologie
PU-PH	DEBILLON Thierry	Pédiatrie
PU-PH	DECAENS Thomas	Gastro-entérologie, Hépatologie
PU-PH	DEMATTEIS Maurice	Addictologie
MCU-PH	DERANSART Colin	Physiologie
PU-PH	DESCOTES Jean-Luc	Urologie
MCU-PH	DETANTE Olivier	Neurologie
MCU-PH	DIETERICH Klaus	Génétique et procréation
MCU-PH	DOUTRELEAU Stéphane	Physiologie
MCU-PH	DUMESTRE-PERARD Chantal	Immunologie
PU-PH	EPAULARD Olivier	Maladies Infectieuses et Tropicales
PU-PH	ESTEVE François	Biophysique et médecine nucléaire
MCU-PH	EYSSERIC Hélène	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH	FAGRET Daniel	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	FAUCHERON Jean-Luc	Chirurgie générale
MCU-PH	FAURE Julien	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	FERRETTI Gilbert	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	FEUERSTEIN Claude	Physiologie
PU-PH	FONTAINE Éric	Nutrition
PU-PH	FRANCOIS Patrice	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MCU-MG	GABOREAU Yoann	Médecine Générale
PU-PH	GARBAN Frédéric	Hématologie, transfusion
PU-PH	GAUDIN Philippe	Rhumatologie
PU-PH	GAVAZZI Gaétan	Gériatrie et biologie du vieillissement
PU-PH	GAY Emmanuel	Neurochirurgie
MCU-PH	GILLOIS Pierre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	GRAND Sylvie	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	GRIFFET Jacques	Chirurgie infantile
PU-PH	GUEBRE-EGZLABHER Fitsum	Néphrologie
MCU-PH	GUZUN Rita	Endocrinologie, diabétologie, nutrition, éducation thérapeutique
PU-PH	HAINAUT Pierre	Biochimie, biologie moléculaire
PU-PH	HENNEBICQ Sylviane	Génétique et procréation
PU-PH	HOFFMANN Pascale	Gynécologie obstétrique
PU-PH	HOMMEL Marc	Neurologie
PU-MG	IMBERT Patrick	Médecine Générale
PU-PH	JOUK Pierre-Simon	Génétique
PU-PH	JUVIN Robert	Rhumatologie

PU-PH	KAHANE Philippe	Physiologie
PU-PH	KRACK Paul	Neurologie
PU-PH	KRAINIK Alexandre	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	LABARERE José	Epidémiologie ; Eco. de la Santé
MCU-PH	LANDELLE Caroline	Bactériologie - virologie
MCU-PH	LAPORTE François	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH	LARDY Bernard	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH	LARRAT Sylvie	Bactériologie, virologie
MCU - PH	LE GOUËLLEC Audrey	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	LECCIA Marie-Thérèse	Dermato-vénérologie
PU-PH	LEROUX Dominique	Génétique
PU-PH	LEROY Vincent	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie
PU-PH	LEVY Patrick	Physiologie
MCU-PH	LONG Jean-Alexandre	Urologie
PU-PH	MAGNE Jean-Luc	Chirurgie vasculaire
MCU-PH	MAIGNAN Maxime	Thérapeutique, médecine d'urgence
PU-PH	MAITRE Anne	Médecine et santé au travail
MCU-PH	MALLARET Marie-Reine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MCU-PH	MARLU Raphaël	Hématologie, transfusion
MCU-PH	MAUBON Danièle	Parasitologie et mycologie
PU-PH	MAURIN Max	Bactériologie - virologie
MCU-PH	MC LEER Anne	Cytologie et histologie
PU-PH	MERLOZ Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	MORAND Patrice	Bactériologie - virologie
PU-PH	MOREAU-GAUDRY Alexandre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	MORO Elena	Neurologie
PU-PH	MORO-SIBILOT Denis	Pneumologie
PU-PH	MOUSSEAU Mireille	Cancérologie
PU-PH	MOUTET François	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
MCU-PH	PACLET Marie-Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	PALOMBI Olivier	Anatomie
PU-PH	PARK Sophie	Hémato - transfusion
PU-PH	PASSAGGIA Jean-Guy	Anatomie
PU-PH	PAYEN DE LA GARANDERIE Jean-François	Anesthésiologie réanimation
MCU-PH	PAYSANT François	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	PELLETIER Laurent	Biologie cellulaire
PU-PH	PELLOUX Hervé	Parasitologie et mycologie
PU-PH	PEPIN Jean-Louis	Physiologie
PU-PH	PERENNOU Dominique	Médecine physique et de réadaptation
PU-PH	PERNOD Gilles	Médecine vasculaire
PU-PH	PIOLAT Christian	Chirurgie infantile
PU-PH	PISON Christophe	Pneumologie
PU-PH	PLANTAZ Dominique	Pédiatrie
PU-PH	POIGNARD Pascal	Virologie

PU-PH	POLACK Benoît	Hématologie
PU-PH	POLOSAN Mircea	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	PONS Jean-Claude	Gynécologie obstétrique
PU-PH	RAMBEAUD Jacques	Urologie
PU-PH	RAY Pierre	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
PU-PH	REYT Émile	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	RIGHINI Christian	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	ROMANET Jean Paul	Ophthalmologie
PU-PH	ROSTAING Lionel	Néphrologie
MCU-PH	ROUSTIT Matthieu	Pharmacologie fondamentale, pharmaco clinique, addictologie
MCU-PH	ROUX-BUISSON Nathalie	Biochimie, toxicologie et pharmacologie
MCU-PH	RUBIO Amandine	Pédiatrie
PU-PH	SARAGAGLIA Dominique	Chirurgie orthopédique et traumatologie
MCU-PH	SATRE Véronique	Génétique
PU-PH	SAUDOU Frédéric	Biologie Cellulaire
PU-PH	SCHMERBER Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	SCHWEBEL-CANALI Carole	Réanimation médicale
PU-PH	SCOLAN Virginie	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	SEIGNEURIN Arnaud	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	STAHL Jean-Paul	Maladies infectieuses, maladies tropicales
PU-PH	STANKE Françoise	Pharmacologie fondamentale
MCU-PH	STASIA Marie-José	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	STURM Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
PU-PH	TAMISIER Renaud	Physiologie
PU-PH	TERZI Nicolas	Réanimation
MCU-PH	TOFFART Anne-Claire	Pneumologie
PU-PH	TONETTI Jérôme	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	TOUSSAINT Bertrand	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	VANZETTO Gérald	Cardiologie
PU-PH	VUILLEZ Jean-Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	WEIL Georges	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	ZAOUI Philippe	Néphrologie
PU-PH	ZARSKI Jean-Pierre	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie

PU-PH : Professeur des Universités et Praticiens Hospitaliers
MCU-PH : Maître de Conférences des Universités et Praticiens Hospitaliers
PU-MG : Professeur des Universités de Médecine Générale
MCU-MG : Maître de Conférences des Universités de Médecine Générale

REMERCIEMENTS

Aux membres du Jury pour l'honneur qu'ils nous font d'évaluer ce travail,

A Madame le Professeur Mireille MOUSSEAU, merci de votre soutien et de nous faire l'honneur d'être présidente de ce Jury. Merci pour votre confiance tant dans ce travail de recherche que dans le travail clinique quotidien. Soyez assurée de ma gratitude et de mon profond respect.

A Madame le Professeur Guillemette LAVAL, merci de l'implication dont vous faites preuve tous les jours pour me permettre de progresser dans ma pratique clinique et dans la chance que vous m'avez donnée de pouvoir accéder aux soins palliatifs. Merci aussi d'avoir accepté d'être membre de ce jury, merci pour vos conseils avisés et de nous avoir soutenu tout au long de ce travail.

A Madame le Professeur Marie-Thérèse LECCIA, merci de nous faire l'honneur de juger ce travail et de l'intérêt que vous avez bien voulu y porter. Soyez assurée de ma reconnaissance et de mon très grand respect.

A Monsieur le Professeur Thomas DECAENS, merci de nous faire l'honneur d'avoir accepté de juger ce travail. Bien que tu aies émis des réserves quant à tes connaissances en soins palliatifs, ton jugement éclairé est un atout certain. Sois assuré de ma profonde gratitude et de mon immense respect.

A Madame le Dr Cécile BARBARET, merci simplement pour tout ; rien n'aurait été possible sans toi. Tu as été une directrice de thèse formidable, toujours disponible, motivante, impliquée ; ce sujet est avant tout le tien, et nous le publierons. En espérant pouvoir continuer à rechercher et « brainstormer » entre collègues pendant encore longtemps.

Aux participants à ce travail,

A Jan CHRUSCIEL, interne en santé publique à Lyon qui a réalisé les analyses statistiques de ce travail ; on ne s'est jamais rencontré mais saches que sans toi nous n'aurions rien pu conclure, merci énormément.

Aux confrères rencontrés,

A **Violaine**, tu m'as appris la rigueur, à ne pas oublier qu'il faut toujours se remettre en question. A **Jean-Rémi** qui m'a montré qu'on peut aussi faire du vélo bourré tant qu'on a un casque. A toute **l'équipe soignante du 3iem du GHM** pour m'avoir si vite intégré.

A **krups, Charles, Julie, Emilie, Fabien, Anne-Laure, Xavier, Clémentine**, grâce à vous j'ai apprécié faire de la gynéco....ou presque ! Au **docteur EQUY** pour nous avoir fait confiance pour gérer ces urgences.

A **Mélanie**, si j'avais du faire du cabinet ça aurait été à ta manière, structurée, EBV et loufoque « tiens j'ai acheté des t-shirt tatouage à mes enfant, mais t'es sur que tu auras assez à manger ». A **Pierre**, pour ton humanité avec tes patients et ta confiance. A **Virginie**, pour ta gentillesse et ta bonté, j'espère qu'elle ne te perdra jamais !

A **toute l'équipe des urgences du GHM**. A **Wattrelot**, « on s'met une Chonk ?!» A **Anais**, « on s'met un coca ?! », à **Stomac**, la seule personne que je connaisse qui arrive à être morte de rire en faisant la gueule. A **Yves**, dit grumpy bear, à **Virginie, Nathalie, Mark, Marc, Mélanie, Nadia, Caro, Cathy**, sans oublier bien sur **Dominique** pour votre accueil, votre générosité et cette ambiance au top, promis maintenant je regarde toujours les images ! Et bien sur, tous ceux sans qui rien ne fonctionnerait et en qui j'ai trouvé des potes : **El pOp', Audrey, Isa, Jocelyn, Mouroz, Meuhmeuh, Nono, Chloé, Bodi, Anissa, Camille, Lélé, JF, Lucie, Christopher, Dèb** c'est sur, j'ai oublié des gens, désolé, il est 2h du matin et demain y'a école !

A **Guillemette, Michaela, Karine**, merci de me faire progresser tous les jours dans cette spécialité dans laquelle je m'épanouie tant. **Cécile** (encore toi!), **Fifiiiiiiii**, du kif, du kif en barre ce semestre, « Salut les coupines ! » même si je suis toujours aussi mauvais au babyfoot. Et puis bien sur, allé je me lance, je vous site : **Charles** (bibibi\$\$\$tch), maman **Béa, Marie-laure** (dit :.....je laisserai ici la place pour que Charles complète), **Jen', Caro, LuLu, Lu, Norma, Cath, Franck, Sylvie, Rose, Pascale, Sonia** l'intelligente, l'autre **Sonia** (mouhahah), **Isa, Aurélie et Aurélie, Clo', Laurence, Marie-Hélène, Emilie, Estelle, Claire, Clémence, Bérengère, Isabelle Debillon, et Frederique** une seule et même équipe, la plus dévouée que je n'ai jamais rencontré.

A **Jean-Michel, Erik, Rym, Pierre**, merci de m'avoir appris à écouter ceux que l'on peine à écouter, merci de m'avoir accueilli dans cette merveilleuse équipe, merci de votre confiance, de votre enseignement et bien sur merci à toute l'équipe du CETD **Laurence, Anne-Laure, Marie-France, Nicolas, Fabienne, Jihène** ! Et bien sur **les filles du 4 du GHM, Gaga, Anto, Marion, les deux Laura, Sandrine, Julie-Anne**.

Et sans oublier, **Alex, Sylvie, Blandine, GoGo, Virg'** parce que faire de la gériatrie c'est tout votre art, mais vous cassez les ***** ça c'est le mien.

A Erasmus,

Valentin, Joseto, Matt, Gab

A la chill externat,

Jazibou voyage voyaaaaage, **Martou** mon doudou, **Fifou** la tête en l'air, **Raph** à non pardon c'est toi la tête en l'air, **Poipoi** moi je t'oublie paaaaaas, **Anna, Tank** si t'es toujours en vie réanime pas trop ton boa, **Hajo, Sarounette** t'es loin mais on pense à toi, **Robiche** la pich, et **Ben** qui écoute toujours autant de bon son.

A la green Island team,

Gamin qui a grandi trop vite, mais qui veut toujours du Nesquick. **Pidi**, promis je mangerai plus de chips dans ton salon. **Marcelline** tu nous supportes encore ? **Cam et Riri** on passe juste dire « bonsoir » !

Aux mangeurs de Saucisse !!!

Loulou, Léo, Francky, Fanoche, Fifi, Romain, Elo, Nico, Rouliano, Pluch, Gael, the top of the pop, les riders du dimanche, les galériens de Palavas, les squasher en herbe, les vrais du paquito !

Aux fidèles Pokins,

Mika, je vais enfin pouvoir te faire des ordonnances, **Amélie** que cette thèse ne te rende pas plus hyponchodriaque, **Magui** « loto à qui l'tour ?! », **Dam's** le fiston Pumba, **Lisou** la petite sœur qui crie trop fort, **Jojo** allé viens on va au Quinze, **Nico** la chaise vide, tu préfères aller en nouvelle calédonie hein. **Béré** « dans son touktouk » et **Marie** la p'tite nouvelle.

Aux deux Zigotos,

Damien et Marianne les tic et tac du dimanche soir, les copains devenus des amis, nos alter ego.

Aux amis de toujours

Jerem toujours là pour toi même si la distance nous sépare, **Krikri** le plus ancien de tous, l'agence matrimoniale, le seigneur du « Madame », l'ami dans sa définition la plus pure.

A ma famille,

A mes frères et sœurs, Toto, Mathilou, Piou heureusement que je vous ai, c'eût été bien triste de grandir sans vous.

A mes neveux et nièces, Jeanne, Victoire, Sixtine et bien sur **Alexandre et Quitterie** mes filleuls, je suis le plus comblé des oncles et le plus comblé des parrains.

A ma belle-soeur et mes deux beaux-frères, Marie, Damien, Charles, ils ont de bons goûts de vous avoir choisi.

A Pierrick, parti beaucoup trop tôt, c'est dans tes pas que je marche aujourd'hui.

A Papi et Mamie, partis trop tôt, qui m'auront fait découvrir les plus belles choses qui soient, la nature, la forêt, l'Issoirien le Saint Nectaire et l'amour des vaches.

A Mamoune, la plus merveilleuse des grand-mères, tu ne pourras pas venir aujourd'hui mais on pense fort à toi, à tout ce que tu m'as appris, aux maronsui's et aux cheveux d'anges, au jeu de dames et au loup et surtout à toujours voir le monde avec curiosité.

A mes parents, ma maman Cécile et mon papa Michel. Vous avez fait de moi ce que je suis aujourd'hui, en espérant que vous en êtes un peu fier. Merci pour votre amour, chacun à votre manière, merci de m'avoir poussé quand je n'en avais plus envie, merci de m'avoir permis de ne jamais manquer de rien, merci d'avoir toujours été là quand j'en avais besoin.

Et puis à toi, toi qui me supportes depuis 6 ans aujourd'hui, jour pour jour, toi qui sait toujours quand me remettre les pieds sur terre, toi qui trouves toujours le meilleur en moi malgré mes 90 kilos de défauts, toi qui me fait rire juste en entendant ton rire, toi qui a traversé tant de concours et d'exams à mes côtés, toi qui a accepté de me dire « oui », toi qui donne à chacun de mes jours une raison d'exister, ma **Non-non**, merci d'avoir pris ce numéro de téléphone un soir à la concorde...

Table des matières

REMERCIEMENTS	6
PRINCIPALES ABREVIATIONS UTILISEES.....	10
INTRODUCTION.....	11
MATERIEL ET METHODE.....	13
Définitions.....	13
Descriptif.....	14
Population étudiée.....	14
Recueil de données.....	14
Critère de non inclusion.....	15
Analyses statistiques.....	15
RESULTATS.....	16
Caractéristiques de la population	16
Association entre SACFV et le suivi par une ESP d'un mois ou plus.....	18
Association entre les SACFV et le type de tumeur.....	20
Facteurs associés aux SACFV après analyse par régression logistique.....	21
DISCUSSION.....	23
CONCLUSION.....	26
BIBLIOGRAPHIE.....	28
ANNEXES.....	32

ETUDE RETROSPECTIVE MONOCENTRIQUE SUR L'ASSOCIATION
ENTRE LES CRITERES D'AGRESSIVITE DES SOINS EN FIN DE VIE
ET LE SUIVI PAR UNE EQUIPE DE SOINS PALLIATIFS
CHEZ LES PATIENTS ATTEINTS DE CANCER EN 2015

Pierre-Antoine MONIER

Sous la direction du Dr Cécile BARBARET

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt

MeSH :

Qualité de vie – Quality of life ; Soins Palliatifs – Palliative care ;

Fin de vie – End-of-Life (EoL)

PRINCIPALES ABREVIATIONS UTILISEES (par ordre alphabétique)

CHC	Carcinome Hépatocellulaire
CHUGA	Centre Hospitalo-Universitaire Grenoble Alpes
EMSP	Equipe Mobile de Soins Palliatifs
ESP	Equipe de Soins Palliatifs
HAD	Hospitalisation à Domicile
OR	Odds Ratio
PMSI	Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
RCP	Réunion de Concertation Pluridisciplinaire
SACFV	Soins Agressifs du Cancer en Fin de Vie
SP	Soins Palliatifs
USP	Unité de Soins Palliatifs

INTRODUCTION

D'après la loi Française de 1999, « les soins palliatifs sont des soins actifs et continus pratiqués par une équipe interdisciplinaire en institution ou à domicile. Ils visent à soulager la douleur, à apaiser la souffrance psychique, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir son entourage ». Une des missions confiée aux équipes de soins palliatifs est de limiter toute obstination déraisonnable et de veiller à maintenir autant que faire se peut la qualité de vie des patients « Ceux qui dispensent des soins palliatifs cherchent à éviter les investigations et les traitements déraisonnables (parfois appelés acharnement thérapeutique). Ils se refusent à provoquer intentionnellement la mort. Ils s'efforcent de préserver la meilleure qualité de vie possible jusqu'au décès et proposent un soutien aux proches en deuil »(1). La prise en charge des patients est améliorée de façon significative par cette démarche interdisciplinaire(2,3) et ceci d'autant plus que l'accès aux soins palliatifs est précoce dans l'histoire de la maladie avec un retentissement bénéfique sur la qualité de vie(4–8).

L'étude de Earle et al. en 2003, réalisant des « focus groups » composés de patients atteints de cancer, de membres de leur famille et de médecins, a mis en évidence des facteurs d'agressivité de certains soins médicaux ayant une répercussion sur la qualité de vie. Ces facteurs sont : les hospitalisations en unité de soins intensifs, en réanimation ou aux urgences en fin de vie, les hospitalisations répétées en fin de vie et l'utilisation de traitements antinéoplasiques en fin de vie(9). Dans une seconde étude, la même équipe a affiné ces facteurs(10), qui sont : le décès dans un service de réanimation, de soins intensifs ou dans un service d'urgence dans le dernier mois de vie, le fait d'être hospitalisé plus d'une fois dans le dernier mois de vie, la décision d'une nouvelle ligne de chimiothérapie au cours du dernier mois de vie, la réalisation de chimiothérapie dans les deux dernières semaines de vie, et le recours à des Unités de Soins Palliatifs (USP) moins de 3 jours avant le décès. Par ailleurs, une analyse épidémiologique montrait une augmentation significative au cours des années 90 de ces facteurs(11). Par la suite, une étude auprès de familles de patientes décédées d'un cancer du sein hormonorésistant avait permis de confirmer une insatisfaction lorsque les patientes avaient reçu de la chimiothérapie dans les 14 derniers jours de vie, lorsque le recours aux USP étaient inférieurs à 3 jours avant leur décès, et lorsqu'il existait un sentiment de manque d'information de la part des médecins ainsi qu'un sentiment de défauts de prise en charge des symptômes physiques en lien avec les traitements anticancéreux(12).

De nombreuses études ont repris ces indicateurs(13–23) mais peu d'études concernant les sujets ont été réalisées en France(16,22,24). Une étude monocentrique réalisée à l'Hôpital Cochin à Paris, ne mettait pas en évidence d'association entre ces soins et le suivi par des équipes de soins palliatifs même si celui-ci était démarré précocement(16). Cependant l'objectif principal de cette étude n'était pas directement corrélé au délai de prise en charge. Devant le manque d'études et des résultats discordants dans la littérature internationale, il paraissait donc important de réaliser une nouvelle étude en France sur les SACFV. Cela pouvant permettre de faire un état des lieux des pratiques à l'échelle locale mais aussi de se questionner sur nos pratiques actuelles tant dans les équipes de soins palliatifs que dans les équipes prenant en charge des patients atteints de cancer. Notre étude a donc pour objectif principal d'évaluer l'association entre un suivi par une équipe de soins palliatifs depuis plus d'un mois et le recours aux SACFV chez des patients décédés d'un cancer actif au Centre Hospitalo-Universitaire de Grenoble (CHUGA) en 2015. Les objectifs secondaires sont d'évaluer la proportion de SACFV par type de cancer et d'évaluer l'existence d'une association entre la probabilité d'avoir un SACFV en fonction de l'âge et le sexe.

MATERIEL ET METHODE

Définitions

- Les indicateurs de qualité de fin de vie définis par Earle et al.(9–12) sont repris dans la littérature sous le terme de « aggressiveness of cancer care near the end of life ». Compte tenu du peu d'articles de recherche en français sur ce sujet, il n'existe pas de terme consensuel dans notre langue. Pour cette étude nous utilisons donc le terme de « Soins Agressifs du Cancer en Fin de Vie », traduction littérale du terme anglo-saxon.
- La qualité de vie est définie en 1993 par l'OMS(25) comme «la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquelles il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes». Les questionnaires qui l'évaluent sont de type psychométrique et prennent en compte trois dimensions majeures : le retentissement physique, psychique et social(26–28). Bien que les SACFV ne soient qu'une partie des facteurs pouvant influencer la qualité de vie, la littérature est en faveur d'une corrélation entre le recours à ces SACFV et la diminution de la qualité de fin de vie(9,11) .
- La prise en charge par une Equipe de Soins Palliatifs (ESP), englobe l'activité en USP et en Equipe Mobile de Soins Palliatifs (EMSP). Elle est définie par une prise en charge multidisciplinaire et une approche globale dans l'optique de soulager par des soins actifs un patient atteint d'une maladie grave, évolutive ou terminale(1). Au sein du CHUGA, la première évaluation se fait en règle générale en binôme (médecin/infirmier (IDE) principalement). Par la suite, le suivi se poursuit par l'intermédiaire de l'IDE seul ou accompagné d'un médecin. En fonction des symptômes et des problématiques, sont organisés les différents suivis avec la kinésithérapeute, l'assistante sociale ou une psychologue, voir l'hospitalisation en USP.
- La chimiothérapie est définie par l'institut national du cancer comme le traitement d'un cancer par des substances chimiques qui tuent ou affaiblissent les cellules cancéreuses. Une chimiothérapie est un traitement général qui vise à détruire les cellules cancéreuses ou à les empêcher de se multiplier dans l'ensemble du corps(29). La chimiothérapie palliative a pour but principal d'améliorer ou maintenir la qualité de vie par son action anti tumorale(30). Dans cette étude, toutes les chimiothérapies ont été identifiées, incluant les chimiothérapies cytotoxiques, les immunothérapies, les thérapies ciblées orales, les hormonothérapies, de même que les essais cliniques.

Descriptif

Il s'agit d'une étude rétrospective observationnelle par analyse de dossiers médicaux depuis une base de donnée PMSI regroupant 665 patients atteints d'une pathologie néoplasique solide ou d'une hémopathie, décédés au sein du CHUGA entre le 1er janvier et le 31 décembre 2015.

Population étudiée

Tous les patients majeurs décédés en 2015 au CHUGA d'un cancer solide actif ou d'une hémopathie maligne (leucémies, syndromes myélodysplasiques, myélomes et lymphomes malins), avec un diagnostic néoplasique d'au moins un mois avant le décès ont été inclus. Il devait exister une certitude diagnostique par prélèvement anatomopathologique, ou dans le cas de certains carcinomes hépatocellulaires le diagnostic était validé s'il était considéré comme formel à l'imagerie et validé en RCP(31,32).

Recueil de données

Le recueil s'est effectué sur le logiciel « calc » d'OpenOffice version 4.0.1. Tous les dossiers des patients de la base de données PMSI ont été analysés via le dossier médical informatisé complet du logiciel Cristal-Net après levée d'anonymat accordée par le président de la commission médicale d'établissement. Les données ont été par la suite de nouveau anonymisées par identification via le numéro IPP (Identifiant Permanent du Patient).

Les données démographiques recueillies incluaient le sexe et l'âge au moment du décès. Compte tenu de la population étudiée, les patients atteints d'hémopathies hospitalisés en unité de soins intensifs hématologiques pouvaient être amenés à passer par des chambres stériles à extraction d'air. La réciproque n'étant pas forcément vraie, nous avons recueilli pour cette population spécifique la notion de recours à une chambre stérile. Les SACFV évalués dans cette étude étaient donc :

- Le nombre d'hospitalisations aux urgences dans le dernier mois de vie
- La validation d'une nouvelle ligne de chimiothérapie dans le dernier mois de vie
- L'administration de chimiothérapie dans les deux dernières semaines de vie
- L'hospitalisation en réanimation dans le dernier mois de vie
- L'hospitalisation en service de soins intensifs dans le dernier mois de vie
- L'hospitalisation dans une chambre à extraction d'air (chambre stérile)
- L'hospitalisation dans une USP mois de 3 jours avant le décès
- Le décès dans une unité de soins aigus : réanimation, service d'urgence, unité de soins intensifs

Les autres variables analysées étaient : l'existence d'un suivi multidisciplinaire par une ESP avec au moins une intervention en présence d'un médecin de SP ; le délai entre la date de la première intervention d'une ESP et le décès; le délai entre le diagnostic anatomopathologique et le décès ; ainsi que le type de cancer .

Le délai minimum pour le bénéfice du suivi médical par une ESP était déterminé à un mois. Ce délai d'un mois était défini comme étant la limite minimale à partir de laquelle l'intervention de l'ESP pouvait avoir un impact sur les SACFV(33). Tous les patients ayant bénéficié d'un suivi par une ESP inférieur à un mois étaient considérés comme n'ayant pas bénéficié d'un suivi suffisant, et donc attachés au groupe « non suivi ». Les différents délais (entre diagnostic et décès ainsi que la première évaluation de l'ESP et le décès) étaient exprimés en jours, et calculés via le site ephemeride.com.

Critère de non inclusion

Les patients étaient exclus si : ils étaient mineurs, leur pathologie néoplasique était considérée en rémission, il n'existait pas de diagnostic de certitude et si le diagnostic était trop récent c'est à dire moins d'un mois avant leur décès.

Analyses statistiques

L'analyse statistique était réalisée via le logiciel SAS version 9.4 (The SAS Institute Inc., Cary, NC, USA). Elle comprenait une partie descriptive de la population étudiée. Toutes les variables sont décrites à partir de leur fréquence absolue et relative (nombre (n), pourcentage (%)). Les comparaisons intergroupes ont été réalisées par le test du Khi-2 pour les hospitalisations aux urgences, en réanimation et en soins intensifs, ainsi qu'en ce qui concerne le sexe, la chimiothérapie dans les deux dernières semaines de vie, la décision d'une nouvelle ligne de chimiothérapie dans le dernier mois de vie et le décès dans une unité de soins aigus. Devant des échantillons trop faibles, les comparaisons statistiques concernant le recours à une USP moins de 3 jours avant le décès ainsi que l'hospitalisation en chambre stérile, ont été faites par le test de Fisher. Les comparaisons de variables numériques ont été faites via le test de Student pour échantillons indépendants avec variances non égales. Les analyses multivariées ont été réalisées après régression logistique qui incluait les variables significatives au seuil et les variables jugées importantes. Le modèle final est obtenu par sélection manuelle des variables selon la méthode conseillée par Hosmer et Lemeshow(34).

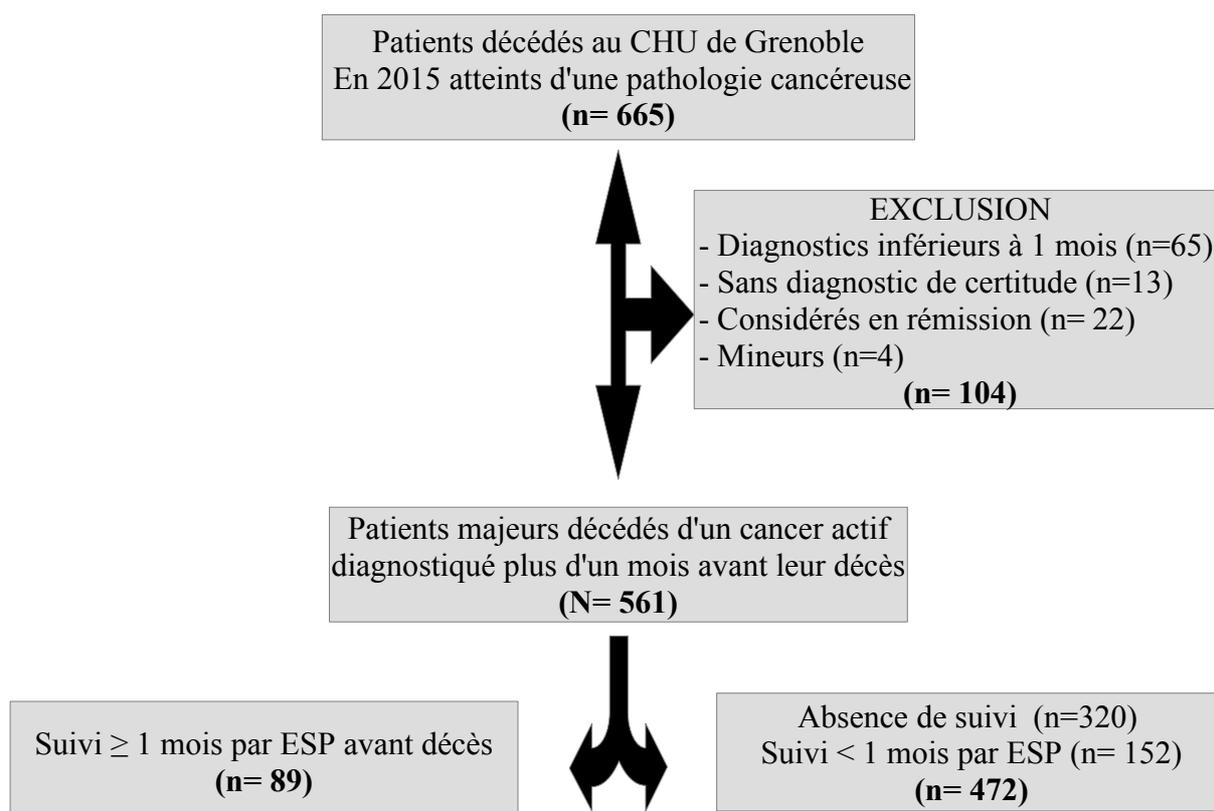
RESULTATS

Caractéristiques de la population

1. Données démographiques

Sur les 665 patients de la base de données initiale, 104 ont été exclus ; 65 avaient un diagnostic inférieur à un mois avant le décès, 13 n'avaient pas de diagnostic de certitude, 22 étaient considérés en rémission et 4 ont été exclus car ils étaient mineurs (*voire Figure 1*).

Figure 1 : Flow chart



L'âge moyen au moment du décès était de 69,2 ans. 89 patients (16%) avaient été suivis par une ESP pendant un mois ou plus avant leur décès, l'âge moyen au moment du décès dans ce groupe était de 67 ans (minimum 38 ; maximum 94 ans) et comprenait essentiellement des femmes (52%). Le second groupe comprenait 472 patients (84%) dont 320 n'avaient eu aucun suivi par une ESP et 152 avaient été suivis moins d'un mois avant leur décès. Lorsque le suivi était inférieur à un mois, la moyenne entre la première intervention de l'ESP et le décès était de 9,7 jours (minimum 1 ; maximum 25) l'âge moyen au moment du décès dans ce groupe était de 69,7 ans (minimum 22 ; maximum 97 ans) et comprenait majoritairement des hommes (66%), (*voire Table 1*).

2. Répartition des types d'atteinte néoplasique

Dans cette cohorte, 152 (27%) patients étaient atteints d'une néoplasie digestive ; 137 (24%) d'un cancer du poumon ; 89 (16%) d'une hémopathie maligne ; 51 (9%) d'une néoplasie urologique ; 48 (9%) d'un cancer gynécologique ; 29 (5%) souffrait d'un cancer cutané ; 24 (4%) souffraient d'un cancer d'origine ORL ; 14 (3%) souffrait d'un primitif cérébral et 16 (3%) étaient atteint d'un autre type de cancer. Ces résultats sont présentés dans la *Table 1* .

Table 1 : Caractéristiques de la cohorte

		Suivi SP	Non suivi		Total
			Ø Suivi	Suivi < 1 mois	
Durée moyenne du suivi < 1 mois en jour				9,7	
Sexe	Homme (%)	43 (48)	310 (66)		354 (63)
	Femme (%)	46 (52)	161 (34)		207 (37)
Âge moyen en années		67,0	69,7		69,2
Néoplasie Digestive (%)		30 (34)	122 (26)		152 (27)
Néoplasie Pulmonaire (%)		17 (19)	120 (25)		137 (24)
Hémopathie (%)		2 (2)	87 (19)		89 (16)
Néoplasie Urologique (%)		12 (14)	39 (8)		51 (9)
Néoplasie Gynécologique (%)		14 (16)	34 (7)		48 (9)
Néoplasie Cutanée (%)		10 (11)	19 (4)		29 (5)
Néoplasie ORL (%)		2 (2)	22 (5)		24 (4)
Néoplasie Cérébrale (%)		1 (1)	13 (3)		14 (3)
Autre type Néoplasique (%)		1 (1)	15 (3)		16 (3)

3. Proportion des SACFV

Près d'un patient sur quatre (22%), décédés d'un cancer actif au sein du CHUGA en 2015 avait reçu de la chimiothérapie dans les deux dernières semaines de vie. De plus, un patient sur cinq (20%) décédait dans une unité de soins aigus. Au total, plus de 70% des patients avaient eu au moins un facteur d'agressivité en fin de vie. Près de la moitié des patients (47%) avaient été hospitalisés au moins une fois aux urgences. La majorité n'y avait été hospitalisé qu'une seule fois (39%) et le nombre d'hospitalisations aux urgences n'excédait jamais trois dans le dernier mois de vie (0,5%). Ces résultats sont présentés dans la *Table 2*.

Table 2 : Proportion de SACV dans la population étudiée

SACFV	n (%)
Chimiothérapie dans les 2 dernières semaines	124 (22)
Nouvelle ligne de chimiothérapie dans le dernier mois de vie	99 (18)
Hospitalisation aux urgences dans le dernier mois de vie	264 (47)
Hospitalisation en soins intensifs	64 (11)
Hospitalisation en réanimation	84 (15)
Décès en unité aigüe (urgence, réanimation, soins intensifs)	110 (20)
USP < 3 jours avant décès	16 (3)
Hospitalisation en chambre stérile	15 (3)
Au moins un SACFV	395 (71)

Association entre SACFV et le suivi par une ESP d'un mois ou plus

Les patients suivis par une ESP depuis plus d'un mois avaient moins de probabilité d'être hospitalisés aux urgences dans le dernier mois de vie (37% contre 49% ; OR 0.62; IC95% [0.39 – 0.98]; $p=0,042$) et ils étaient moins souvent traité par une chimiothérapie dans les deux dernières semaines de vie (11% contre 24% ; OR 0.4 ; IC95% [0.20 – 0.78] ; $p<0,01$). De même, ils étaient moins souvent hospitalisé dans une unité de soins intensifs (4,5% contre 12,7% ; OR 0,3 ; IC95% [0.1 – 0,91] ; $p= 0.025$) ou dans un service de réanimation dans le dernier mois de vie (2.25% contre 17,4% ; OR 0,11 ; IC95% [0.03 – 0.45] ; $p<0,001$). Par ailleurs, ces mêmes patients suivis depuis un mois ou plus, décédaient moins souvent dans une unité de soins aigus (6% contre 22% ; OR 0,21 ; IC95% [0,08 – 0,52] ; $p<0,001$).

Au total, la probabilité d'avoir au moins un SACFV était moindre chez les patients suivis par une ESP depuis plus d'un mois avant leur décès (51% contre 75% ; OR 0,34 ; IC95% [0,22 – 0,55] ; $p < 0,0001$). Les analyses concernant le recours à une USP moins de 3 jours avant le décès, la décision d'une nouvelle ligne de chimiothérapie ainsi que l'hospitalisation en chambre stérile d'hématologie n'était statistiquement pas significative. Tous ces résultats sont présentés dans la *Table 3*.

Table 3 : Proportion de SACFV en fonction du suivi par une ESP

SACFV	Suivi SP \geq 1mois n= 89 (15,9%)	Non suivi n= 472 (84,1%)	Odds Ratio (OR) [IC95%]	<i>p value</i>
Chimiothérapie 2 dernières semaines	10 (11,2)	114 (24,4)	0,39 [0.1964-0.7822]	0.0062^a
Nouvelle ligne de chimiothérapie	11 (12,5)	88 (18,8)	0,62 [0.3147-1.0156]	0.1562 ^a
\geq 1 hospitalisation aux urgences	33 (37)	230 (48,8)	0,62 [0.3873-0.9845]	0.0416^a
Hospitalisation en soins intensifs	4 (4,5)	60 (12,7)	0,32 [0.1141-0.9108]	0.025^a
Hospitalisation en réanimation	2 (2,3)	82 (17,4)	0,11 [0.0263-0.452]	0.0002^a
Décès en unité aigüe	5 (5,6)	105 (22,3)	0,21 [0.0818-0.5234]	0.0003^a
USP < 3 jours avant décès	5 (5,6)	11 (2,3)	2,49[0.8433-7.3474]	0.1537 ^b
Hospitalisation en chambre stérile	0 (0)	15 (3,2)	0,97 [0.9523-0.9841]	0.1452 ^b
Au moins un SACFV	45 (50,6)	349 (74,7)	0,35 [0.2172-0.5505]	<0.0001^a

^a Test du Khi-2 (χ^2) ; ^b Test de Fisher

Association entre les SACFV et le type de tumeur

Dans l'ordre d'incidence, 105 patients atteints d'une néoplasie pulmonaire (77%), 86 patients atteints d'une néoplasie digestive (57%), 71 patients atteints d'une hémopathie maligne (83%), et 40 pour les néoplasie gynécologiques (85%) avaient reçu au moins un SACFV. De même 36 patients atteints d'un cancer urologique (71%), 18 ayant une néoplasie cutanée (62%), 18 patients atteints d'un cancer ORL (75%), 12 patients atteints d'un autre type tumoral (75%) et enfin 9 patients atteints d'une néoplasie cérébrale (60%) avaient reçu au moins un SACFV au cours du dernier mois de vie. Ces résultats sont présentés dans la *Table 4*.

Table 4 : incidence des SACFV par type d'atteinte néoplasique

Au moins un SACV Type de tumeur	Oui (%)	Non (%)	Total
Néoplasie gynécologique	40 (85)	7 (15)	47
Hémopathie	71 (83)	15 (17)	86
Néoplasie pulmonaire	105 (77)	32 (23)	137
Néoplasie ORL	18 (75)	6 (15)	24
Autre	12 (75)	4 (25)	16
Néoplasie urologique	36 (71)	15 (29)	51
Néoplasie cutanée	18 (62)	11 (38)	29
Néoplasie cérébrale	9 (60)	6 (40)	15
Néoplasie digestive	86 (57)	66 (43)	152
Total	395 (71)	162 (29)	557

Facteurs associés aux SACFV après analyse par régression logistique

Les analyses par régression logistique ont permis de mettre en évidence une association entre le type de tumeur et la probabilité des patients d'avoir au moins un SACFV. En effet, les analyses reprenaient les variables importantes (sexe, âge au moment du décès et le suivi ou non par une ESP). La plupart des analyses n'étaient pas significatives, mais il existait une plus forte probabilité de SACFV chez les patients atteints de cancer pulmonaire que chez les patients atteints de néoplasie digestives (OR 0,44 ; IC95% [0,26 – 0,74]).

Parmi les 395 patients qui avaient reçu au moins un SACFV, l'âge moyen au moment du décès était de 68,5 ans (minimum 36 ans ; maximum 95 ans), contre 71 ans au moment du décès (minimum 22 ans ; maximum 97 ans) pour les 162 patients n'ayant eu aucun SACFV dans leur dernier mois de vie. L'âge était significativement associé à une plus grande probabilité de SACFV ($|t| 2.18 ; p=0.03$).

En ce qui concerne l'association entre le sexe et la probabilité de SACFV, 139 femmes avaient reçu au moins un SACFV (68%) et 256 hommes avaient reçu au moins un SACFV (72,5%). Cependant, la comparaison selon les sexes ne montrait pas de différence significative (OR 1,2 IC95% [0.85 ; 1.8] ; $p=0.28$). Ces résultats sont présentés dans la *table 5*.

Table 5 : Facteurs associés à une prise en charge agressive après régression logistique

Variables	Odds Ratio – analyse univariée [IC95%]	Valeur de p – analyse univariée	Odds Ratio – analyse multivariée [IC95%]	Valeur de p – analyse multivariée
Âge	-	0.03*†	0.98 [0.97 - 1.00] [□]	0.01*
Sexe - homme	1.23 [0.85 – 1.80]	0.27‡	-	-
Suivi par SP >1 mois avant décès	0.35 [0.22 – 0.55]	<.0001***‡	0.32 [0.19 – 0.53]	<.0001***
Néoplasie Pulmonaire - Référence	1	-	1	-
Néoplasie Gynécologique	1.74 [0.71 - 4.26]	0.22	2.35 [0.93 -5.92]	0.07
Néoplasie Cérébrale	0.46 [0.15 – 1.38]	0.21	0.32 [0.10- 1.01]	0.05
Hémopathie	1.44 [0.73 – 2.86]	0.29	1.32 [0.66 - 2.66]	0.43
Néoplasie ORL	0.91 [0.33 - 2.50]	0.86	0.90 [0.32 - 2.51]	0.84
Néoplasie Urologique	0.73 [0.36 - 1.50]	0.39	0.98 [0.46 - 2.07]	0.95
Néoplasie Digestive	0.40 [0.24 - 0.66]	<0.001***	0.44 [0.26 - 0.74]	<0.01**
Néoplasie Cutanée	0.50 [0.21 - 1.16]	0.10	0.60 [0.25 - 1.45]	0.26
Autre	0.91 [0.28 - 3.03]	0.88	0.85 [0.25 - 2.89]	0.80

*p<0.05 ; ** p<0.01 ; ***p<0.001 ; †Test t de Student pour échantillons indépendants;

□ Odds Ratio pour une augmentation de 1 an ; ‡Test du χ^2 .

IC95% : Intervalle de confiance à 95%

DISCUSSION

Cette étude met en évidence le fait qu'il existait une plus faible probabilité de recours aux SACFV lorsqu'il existait un suivi par une ESP depuis un mois avant le décès (51% contre 75% ; OR 0,34 ; IC95% [0,22 – 0,55] ; $p < 0,0001$). Ceci diffère de l'étude de 2012 effectuée par les équipes de l'hôpital Cochin(16). D'une part, ce n'était pas l'objectif principal de l'étude parisienne, d'autre part, ces deux études possédaient un biais majeur par leur caractéristique monocentrique. Elles n'étaient le reflet que de l'activité d'un centre en particulier à un temps donné. De plus, compte tenu de l'absence d'uniformité des prises en charge palliatives, qui s'axent plutôt sur une médecine « sur mesure » dans des protocoles harmonisés(35), il faudrait donc réaliser de façon multicentrique cette étude, afin d'évaluer cette association à un niveau national.

Ce résultat peut aussi s'expliquer par le mode d'intervention des ESP qui fonctionnent majoritairement après demande des spécialistes. Ceci pouvait donc soulever la question de savoir si la plus faible proportion de SACFV dans le groupe suivi par une ESP n'était pas lié au fait que les équipes référentes étaient déjà demandeuses de limiter les SACFV avant même l'intervention de l'ESP. Cependant, même si ce biais existe, la littérature met en avant le bénéfice d'une consultation de SP précoce(5,6,8,15) et des consultations systématiques avec des ESP(19) avec un bénéfice sur la qualité de vie, l'augmentation du recours aux USP et la diminution du recours à la chimiothérapie en fin de vie quelle que soient les décisions prises au préalable par les équipes référentes.

En ce qui concerne la chimiothérapie en fin de vie, les résultats obtenus dans notre étude (22% des patients recevaient de la chimiothérapie dans les deux dernières semaines de vie) sont bien supérieurs à la moyenne nationale de 11,3%(20). Cela peut s'expliquer par l'absence de recueil dans l'étude nationale des patients atteints d'une hémopathie maligne, sachant que dans notre étude 82% des patients atteints d'une hémopathie maligne recevaient au moins un SACFV, et que le recours aux SP était faible (2 patients suivis depuis plus d'un mois). Ceci correspond aux connaissances dans la littérature faisant état d'un taux de recours faible et tardif aux soins palliatifs en hématologie(36,37) ainsi qu'un taux haut de recours à des SACFV chez les patients suivis en hématologie(38). Une étude afin de comparer l'association avec les SACFV entre tumeur solide et hémopathie pourrait permettre d'évaluer l'existence d'une différence de qualité de fin de vie selon le type néoplasique(37,39).

La littérature fait état d'une augmentation du risque de décès dans une unité de soins intensifs lorsque les patients recevaient de la chimiothérapie en fin de vie(23). Notre étude met en évidence un fort taux de chimiothérapie dans les deux dernières semaines, il est donc cohérent de retrouver un grand nombre de décès en unité de soins aigus (20%). Il paraît donc majeur de réaliser un travail commun avec les équipes référentes d'oncologie et d'hématologie afin de limiter ces traitements en fin de vie et de fait améliorer la qualité de fin de vie des patients. Cela pourrait se faire via l'organisation au CHUGA de RCP oncologie-soins palliatifs systématiques comme cela semblait avoir montré son efficacité à l'hôpital Cochin en montrant une association entre ces RCP et la diminution des SACFV(16).

Cette étude met en évidence une plus forte probabilité de SACFV lorsque les patients étaient plus jeunes. La première hypothèse serait celle d'une diminution de la survie liée aux SACFV. La seconde serait que le corps médical aurait tendance à tenter « le tout pour le tout » chez des patients jeunes. La littérature souligne que la plupart des patients ne peuvent appréhender leur propre pronostic(40) et ont même tendance à le surestimer(41). De plus, le choix des traitements en fin de vie ne peut être expliqué par les choix du patients(42) suggérant que l'élément déclencheur reste la décision médicale(43). Il est donc primordial de pouvoir développer l'approche pluridisciplinaire concernant ces patients jeunes afin de limiter des traitements compassionnels synonymes ici de baisse de la qualité de fin de vie.

De plus, cette étude souligne une association entre le type de tumeur et le recours à des SACFV, comme cela était déjà souligné dans la littérature. En effet, le taux de SACFV semble inférieur chez les patients atteints d'une néoplasie digestive par rapport au patient atteints de cancers pulmonaires (OR 0,44 ; IC95% [0,26 – 0,74]). D'autre part, il semble que le plus haut taux de recours à des SACFV se retrouve chez les patients atteints d'hémopathies malignes (83%) et les patientes atteintes de néoplasies gynécologiques (85%) ce qui avait déjà été souligné dans la littérature(44). En ce qui concerne les cancers gynécologiques, l'importance de recours à des SACFV peut probablement s'expliquer en partie par la forte composante hormono sensible, et donc le recours régulier à des hormonothérapies. Compte tenu du peu d'effets indésirables associés à ces types de traitements, ces thérapeutiques sont rarement réévaluées et souvent maintenues jusqu'au décès. Afin d'évaluer la proportion d'hormonothérapie et des autres types de chimiothérapies, nous réalisons actuellement une étude afin de d'évaluer les caractéristiques des différents types de chimiothérapies utilisées en fin de vie.

Cependant, bien que peu pourvoyeuses d'effets indésirables, ces thérapeutiques restent inutiles en fin de vie. Cela soulève à nouveau la question de l'évaluation du pronostic des patients par les équipes référentes qui suivent souvent leur patient depuis de nombreuses années(45,46) et donc l'intérêt d'une équipe tierce pour aider à la prise de décision médicale.

CONCLUSION

Au sein des patients décédés en 2015 d'un cancer actif au CHUGA, les Soins Agressifs du Cancer en Fin de Vie (SACFV) étaient significativement moins fréquents lorsque les patients étaient suivis par une Equipe de Soins Palliatifs (ESP) depuis plus d'un mois (OR 0.35 IC95% [0.22-0.55]). Néanmoins sept patients sur dix (71%) avaient au moins un SACFV au cours du dernier mois de vie. Les indicateurs les plus concernés étaient l'hospitalisation dans un service d'urgence (39%), la chimiothérapie dans les deux dernières semaines de vie (22%) et le décès dans des unités de soins aigus (20%). Cette proportion de chimiothérapie dans les deux dernières semaines de vie au CHUGA était bien supérieure à la moyenne nationale de 11,3% constatait sur la période de 2010 à 2013(20).

La différence de résultat avec l'étude réalisée à Cochin(16), concernant l'association entre SACFV et ESP, pouvait s'expliquer par la notion de suivi d'un mois avant le décès potentiellement capable de limiter ces SACFV. En accord avec les études internationales, notre étude confirme l'intérêt d'un délai de suivi suffisamment long pour améliorer la prise en charge et la qualité de fin de vie(6,8,23,47). Cependant, ce délai n'est pas encore scientifiquement déterminé, et au vu des nombreux facteurs pouvant l'influencer de plus amples études seraient à mettre en œuvre.

Il n'a pas été vu de différence significative entre les deux groupes quant à la décision d'une nouvelle ligne de chimiothérapie dans le dernier mois de vie ou l'hospitalisation dans un chambre à extraction d'air en hématologie. Concernant la chimiothérapie, ceci pouvait en partie s'expliquer par l'absence de RCP Oncologie-Soins Palliatifs systématique au CHUGA(16) chez les patients atteints de cancer en phase avancée (métastatique, localement avancé, récidivant ou au-delà de la seconde ligne de chimiothérapie)(48). De plus, la plupart des suivis par l'ESP se faisaient de façon tardive, moins d'un mois avant le décès. Pour les hospitalisations en chambre stérile, cela s'expliquait par la rareté d'intervention de l'ESP dans les services d'hématologie.

A l'échelle locale, cette étude fait apparaître des pistes d'amélioration dans les soins apportés aux patients atteints de cancer afin de préserver leur qualité de fin de vie. Nous travaillons actuellement, avec les oncologues médicaux, thoraciques et du service d'HAD, à développer les soins palliatifs précoces au sein du CHUGA. De plus, en collaboration avec les médecins urgentistes et du SAMU nous travaillons à la diffusion de la fiche de liaison « urgences-pallia » auprès des centres hospitaliers de l'Isère et des médecins de ville afin de limiter les hospitalisations via les services d'urgences de patients en fin de vie.

Pour conclure, bien que les soins palliatifs soient une discipline récente, la littérature souligne déjà l'efficacité des collaborations entre les ESP et les équipes d'oncologie afin d'améliorer la qualité de vie des patients atteints de cancer(5,6,8). Il est nécessaire de poursuivre dans ce sens en s'appuyant sur la recherche pour préserver la qualité de vie de ces patients tout au long de leur maladie.

BIBLIOGRAPHIE

1. Définition et organisation des soins palliatifs en.html [Internet]. Disponible sur: <http://www.sfap.org/rubrique/definition-et-organisation-des-soins-palliatifs-en-france>
2. Emanuel LL, von Gunten CF, Ferris FD. Gaps in end-of-life care. *Arch Fam Med*. dec 2000;9(10):1176-80.
3. Ellershaw J, Ward C. Care of the dying patient: the last hours or days of life. *BMJ*. january 2003;326(7379):30-4.
4. Smith TJ, Temin S, Alesi ER, Abernethy AP, Balboni TA, Basch EM, et al. American Society of Clinical Oncology Provisional Clinical Opinion: The Integration of Palliative Care Into Standard Oncology Care. *J Clin Oncol*. march 2012;30(8):880-7.
5. Haun MW, Estel S, Rücker G, Friederich H-C, Villalobos M, Thomas M, et al. Earley palliative care for adults with advanced cancer. *Cochrane Database Syst Rev*. 12 2017;6:CD011129.
6. Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, Gallagher ER, Admane S, Jackson VA, et al. Earley palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *N Engl J Med*. 19 august 2010;363(8):733-42.
7. Bakitas M, Lyons KD, Hegel MT, Balan S, Brokaw FC, Seville J, et al. Effects of a palliative care intervention on clinical outcomes in patients with advanced cancer: the Project ENABLE II randomized controlled trial. *JAMA*. 19 august 2009;302(7):741-9.
8. Zimmermann C, Swami N, Krzyzanowska M, Hannon B, Leigh N, Oza A, et al. Earley palliative care for patients with advanced cancer: a cluster-randomised controlled trial. *Lancet Lond Engl*. may 2014;383(9930):1721-30.
9. Earle CC, Park ER, Lai B, Weeks JC, Ayanian JZ, Block S. Identifying potential indicators of the quality of end-of-life cancer care from administrative data. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol*. may 2003;21(6):1133-8.
10. Earle CC, Neville BA, Landrum MB, Souza JM, Weeks JC, Block SD, et al. Evaluating claims-based indicators of the intensity of end-of-life cancer care. *Int J Qual Health Care J Int Soc Qual Health Care*. december 2005;17(6):505-9.
11. Earle CC. Trends in the Aggressiveness of Cancer Care Near the End of Life. *J Clin Oncol*. december 2003;22(2):315-21.
12. Earle CC, Landrum MB, Souza JM, Neville BA, Weeks JC, Ayanian JZ. Aggressiveness of Cancer Care Near the End of Life: Is It a Quality-of-Care Issue? *J Clin Oncol*. August 2008;26(23):3860-6.
13. Chang T-S, Su Y-C, Lee C-C. Determinants for Aggressive End-of-Life Care for Oral Cancer Patients: A Population-Based Study in an Asian Country. *Medicine (Baltimore)*. January 2015;94(4):e460.

14. Tang ST, Wu S-C, Hung Y-N, Chen J-S, Huang E-W, Liu T-W. Determinants of Aggressive End-of-Life Care for Taiwanese Cancer Decedents, 2001 to 2006. *J Clin Oncol*. Sept 2009;27(27):4613-8.
15. Bakitas MA, Tosteson TD, Li Z, Lyons KD, Hull JG, Li Z, et al. Early Versus Delayed Initiation of Concurrent Palliative Oncology Care: Patient Outcomes in the ENABLE III Randomized Controlled Trial. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol*. May 2015;33(13):1438-45.
16. Colombet I, Montheil V, Durand J-P, Gillaizeau F, Niarra R, Jaeger C, et al. Effect of integrated palliative care on the quality of end-of-life care: retrospective analysis of 521 cancer patients. *BMJ Support Palliat Care*. sept 2012;2(3):239-47.
17. Barbera L, Elit L, Krzyzanowska M, Saskin R, Bierman AS. End of life care for women with gynecologic cancers. *Gynecol Oncol*. August 2010;118(2):196-201.
18. Lee SW, Jho HJ, Baek JY, Shim EK, Kim HM, Ku JY, et al. Outpatient Palliative Care and Aggressiveness of End-of-Life Care in Patients with Metastatic Colorectal Cancer. *Am J Hosp Palliat Care*. Jan 2017;1049909116689459.
19. Maltoni M, Scarpi E, Dall'Agata M, Schiavon S, Biasini C, Codecà C, et al. Systematic versus on-demand Early palliative care: A randomised clinical trial assessing quality of care and treatment aggressiveness near the end of life. *Eur J Cancer Oxf Engl* 1990. dec 2016;69:110-8.
20. Rochigneux P, Raoul JL, Beaussant Y, Aubry R, Goldwasser F, Tournigand C, et al. Use of chemotherapy near the end of life: what factors matter? *Ann Oncol Off J Eur Soc Med Oncol*. 19 dec 2016;
21. Huillard O, Colombet I, Montheil V, Weiler F, Boudou-Rouquette P, Arrondeau J, et al. Integration of Oncology and Palliative Care, a Forgotten Indicator: Shared Decision-Making. *The Oncologist*. sept 2015;20(9):e26.
22. Colombet I, Vinant P, Joffin I, Weiler F, Chaillot N, Moreau N, et al. Suivi d'indicateurs dans le bilan d'activité d'une équipe mobile de soins palliatifs : un levier pour l'amélioration des pratiques. *Presse Médicale*. 1 jan 2015;44(1):e1-11.
23. Amano K, Morita T, Tataru R, Katayama H, Uno T, Takagi I. Association between Early palliative care referrals, inpatient hospice utilization, and aggressiveness of care at the end of life. *J Palliat Med*. march 2015;18(3):270-3.
24. Morin L, Beaussant Y, Aubry R, Fastbom J, Johnell K. Aggressiveness of End-of-Life Care for Hospitalized Individuals with Cancer with and without Dementia: A Nationwide Matched-Cohort Study in France. *J Am Geriatr Soc*. sept 2016;64(9):1851-7.
25. Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL). *Qual Life Res Int J Qual Life Asp Treat Care Rehabil*. april 1993;2(2):153-9.
26. Rodary C, Leplège A, Hill C. Evaluation de la qualité de vie dans la recherche clinique en cancérologie. *Bull Cancer (Paris)*. 24 february 1998;85(2):140-8.

27. Aslakson R, Dy SM, Wilson RF, Waldfogel J, Zhang A, Isenberg SR, et al. Patient and caregiver-reported assessment tools for palliative care: summary of the 2017 AHRQ Technical Brief. *J Pain Symptom Manage*. 14 august 2017;
28. Group W. Development of the WHOQOL: Rationale and Current Status. *Int J Ment Health*. 1994;23(3):24-56.
29. Définition chimiothérapie | Institut National Du Cancer [Internet]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Dictionnaire/C/chimiotherapie>
30. Chimiothérapies en phase palliative avancée : indications, contre-indications, délibération - AFSOS [Internet]. Association Francophone des Soins Oncologiques de Support. Disponible sur: <http://www.afsos.org/fiche-referentiel/chimiotherapies-phase-palliative-avancee-indications-contre-indications-deliberation/>
31. carcinome hépatocellulaire [Internet]. Disponible sur: http://www.snfge.org/sites/default/files/SNFGE/TNCD/30-7-2015_tncd_chc_.pdf
32. TRINCHET PJ-C. Diagnostic du carcinome hépatocellulaire; Disponible sur: http://www.oncopaca.org/sites/default/files/2013_reco_diagnostic_carcinome_hepatocellulaire_snfge_pro.pdf
33. Nevadunsky NS, Gordon S, Spoozak L, Van Arsdale A, Hou Y, Klobocista M, et al. The role and timing of palliative medicine consultation for women with gynecologic malignancies: association with end of life interventions and direct hospital costs. *Gynecol Oncol*. Jan 2014;132(1):3-7.
34. Hosmer DW, Lemeshow S. Applied Logistic regression second edition. In: Wiley series in probability and statistics texts and references section [Internet]. Disponible sur: http://resource.heartonline.cn/20150528/1_3kOQSTg.pdf
35. Manuel de soins palliatifs - 4e édition: Clinique, psychologie, éthique - Dominique Jacquemin, Didier de Broucker - Google Livres [Internet]. Disponible sur: <https://books.google.fr/books?id=Abv0AwAAQBAJ&pg=PA944&lpg=PA944&dq=uniformisation+de+la+prise+en+charge+palliative+en+france&source=bl&ots=xI9QyZclbl&sig=X4lGOBHFdkGFyOX-oUm2DY3y9c0&hl=fr&sa=X&ved=0ahUKEwiVtObzsY7WAhUFY1AKHQAbB78Q6AEITzAG#v=onepage&q=uniformisation&f=false>
36. Freeman AT, Wood WA, Fox A, Hanson LC. Access to Palliative Care Consultation and Advance Care Planning for Adults with High-Risk Leukemia. *J Palliat Med*. august 2017;
37. Barbaret C, Berthiller J, Schott Pethelaz A-M, Michallet M, Salles G, Sanchez S, et al. Research protocol on Earley palliative care in patients with acute leukaemia after one relapse. *BMJ Support Palliat Care*. July 2017;
38. Hui D, Didwaniya N, Vidal M, Shin SH, Chisholm G, Roquemore J, et al. Quality of End-of-Life Care in Patients with Hematologic Malignancies: A Retrospective Cohort Study. *Cancer*. May 2014;120(10):1572-8.

39. Dasch B, Kalies H, Feddersen B, Ruderer C, Hiddemann W, Bausewein C. Care of cancer patients at the end of life in a German university hospital: A retrospective observational study from 2014. PLoS ONE [Internet]. April 2017 [cité 5 sept 2017];12(4). Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5383201/>
40. Mack JW, Cook EF, Wolfe J, Grier HE, Cleary PD, Weeks JC. Understanding of prognosis among parents of children with cancer: parental optimism and the parent-physician interaction. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol*. April 2007;25(11):1357-62.
41. Weeks JC, Cook EF, O'Day SJ, Peterson LM, Wenger N, Reding D, et al. Relationship between cancer patients' predictions of prognosis and their treatment preferences. *JAMA*. June 1998;279(21):1709-14.
42. Voogt E, van der Heide A, Rietjens JAC, van Leeuwen AF, Visser AP, van der Rijt CCD, et al. Attitudes of patients with incurable cancer toward medical treatment in the last phase of life. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol*. March 2005;23(9):2012-9.
43. Barnato AE, Herndon MB, Anthony DL, Gallagher PM, Skinner JS, Bynum JPW, et al. Are regional variations in end-of-life care intensity explained by patient preferences?: A Study of the US Medicare Population. *Med Care*. May 2007;45(5):386-93.
44. Grendarova P, Sinnarajah A, Trotter T, Card C, Wu JSY. Variations in intensity of end-of-life cancer therapy by cancer type at a Canadian tertiary cancer centre between 2003 and 2010. *Support Care Cancer*. 2015;23(10):3059-67.
45. Glare P, Virik K, Jones M, Hudson M, Eychmuller S, Simes J, et al. A systematic review of physicians' survival predictions in terminally ill cancer patients. *BMJ*. July 2003;327(7408):195-8.
46. Christakis NA, Lamont EB. Extent and determinants of error in doctors' prognoses in terminally ill patients: prospective cohort study. *BMJ*. February 2000;320(7233):469-72.
47. Ferrell BR, Temel JS, Temin S, Alesi ER, Balboni TA, Basch EM, et al. Integration of Palliative Care Into Standard Oncology Care: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Update. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol*. jan 2017;35(1):96-112.
48. Understanding Advanced Cancer, Metastatic Cancer, and Bone Metastasis [Internet]. Disponible sur: <https://www.cancer.org/treatment/understanding-your-diagnosis/advanced-cancer/what-is.html>

ANNEXES

POUR LA CONCLUSION DE VOTRE THESE,

THESE SOUTENUE PAR : Pierre-Antoine MONIER

TITRE : Etude rétrospective monocentrique sur l'association entre les critères d'agressivités des soins du cancer en fin de vie et le suivi par une équipe de soins palliatif chez les patients atteints de cancer en 2015.

CONCLUSION

Au sein des patients décédés en 2015 d'un cancer actif au CHUGA, les Soins Agressifs du Cancer en Fin de Vie (SACFV) étaient significativement moins fréquents lorsque les patients étaient suivis par une Equipe de Soins Palliatifs (ESP) depuis plus d'un mois (OR 0.35 IC95 % [0.22-0.55]). Néanmoins, sept patients sur dix (71 %) avaient au moins un SACFV au cours du dernier mois de vie. Les indicateurs les plus concernés étaient l'hospitalisation dans un service d'urgence (39 %), la chimiothérapie dans les deux dernières semaines de vie (22 %) et le décès dans des unités de soins aigus (20%). La proportion de chimiothérapie dans les deux dernières semaines de vie au CHUGA était bien supérieure à la moyenne nationale de 11,3 % (20).

La différence de résultat avec l'étude réalisée à Cochin (16), concernant l'association entre SACFV et ESP, pouvait s'expliquer par la notion de suivi d'un mois avant le décès potentiellement capable de limiter ces SACFV. En accord avec les études internationales, notre étude confirmait l'intérêt d'un délai de suivi suffisamment long pour améliorer la prise en charge et la qualité de fin de vie (6,8,33). Cependant, ce délai n'est pas encore scientifiquement déterminé, et au vu des nombreux facteurs pouvant l'influencer de plus amples études seraient à mettre en œuvre.

Il n'a pas été vu de différence significative entre les deux groupes quant à la décision d'une nouvelle ligne de chimiothérapie dans le dernier mois de vie ou l'hospitalisation dans une chambre à extraction d'air en hématologie. Concernant la chimiothérapie, ceci pouvait en partie s'expliquer par l'absence de RCP Oncologie-Soins Palliatifs systématique au CHUGA (16) chez les patients atteints de cancer en phase avancée (métastatique, localement avancé, récidivant ou au-delà de la seconde ligne de chimiothérapie) (34). De plus, la plupart des suivis par l'ESP se faisaient de façon tardives, moins d'un mois avant le décès. Pour les hospitalisations en chambre stériles, cela s'expliquait par la rareté d'intervention de l'ESP dans les services d'hématologie.

A l'échelle locale, cette étude fait apparaître des pistes d'amélioration dans les soins apportés aux patients atteints de cancer afin de préserver leur qualité de fin de vie. Nous travaillons actuellement, avec les oncologues médicaux, thoraciques et du service d'HAD, à développer les soins palliatifs précoces au sein du CHUGA. De plus, en collaboration avec les médecins urgentistes et du SAMU, nous travaillons à la diffusion de la fiche de liaison « urgences-pallia » auprès des centres hospitaliers Isérois et des médecins de ville afin de limiter les hospitalisations via les services d'urgences de patients en fin de vie.

Pour conclure, bien que les soins palliatifs soient une discipline récente, la littérature souligne déjà l'efficacité des collaborations entre les ESP et les équipes d'oncologie afin d'améliorer la qualité de vie des patients atteints de cancer (5,6,8). Il est nécessaire de poursuivre dans ce sens en s'appuyant sur la recherche pour préserver la qualité de vie de ces patients tout au long de leur maladie.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER
Grenoble, le 29/09/2017

(*) LE DOYEN

(*) LE PRESIDENT DE LA THESE *J. P. Romanet*

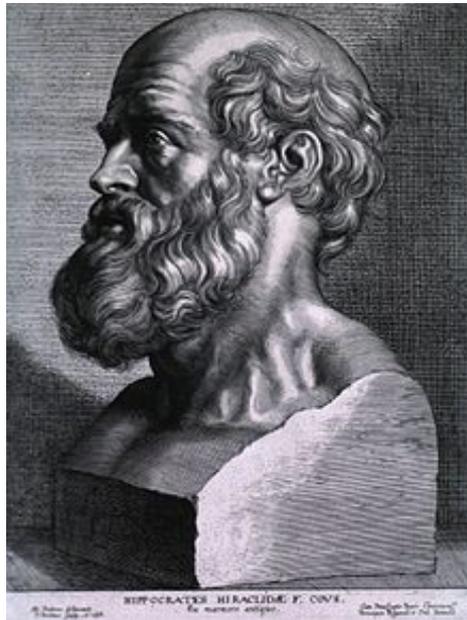
(*) J.P. ROMANET

(*) PROFESSEUR

J.P. Romanet
Pour la Présidente
et par délégation
Le Doyen de Médecine
Pr. Jean-Paul ROMANET

U. ...

SERMENT D'HIPPOCRATE



En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate,

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires. Admis dans l'intimité des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime. Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient. Je garderai le respect absolu de la vie humaine. Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.