Transfusions en soins

palliatifs

XIII congrès national d'hémovigilance et de sécurité transfusionnelle

Saint Malo Palais du grand large Mercredi 21 Novembres

> Pr Vincent Morel Président comité de pilotage du plan 2015-2018 de développement des soins palliatifs et de l'accompagnement de fin de vie Service de Soins Palliatifs CHU Rennes

Notre représentation des soins palliatifs et par le la comment de la com

Une question qui prend en compte

Nos connaissances scientifiques

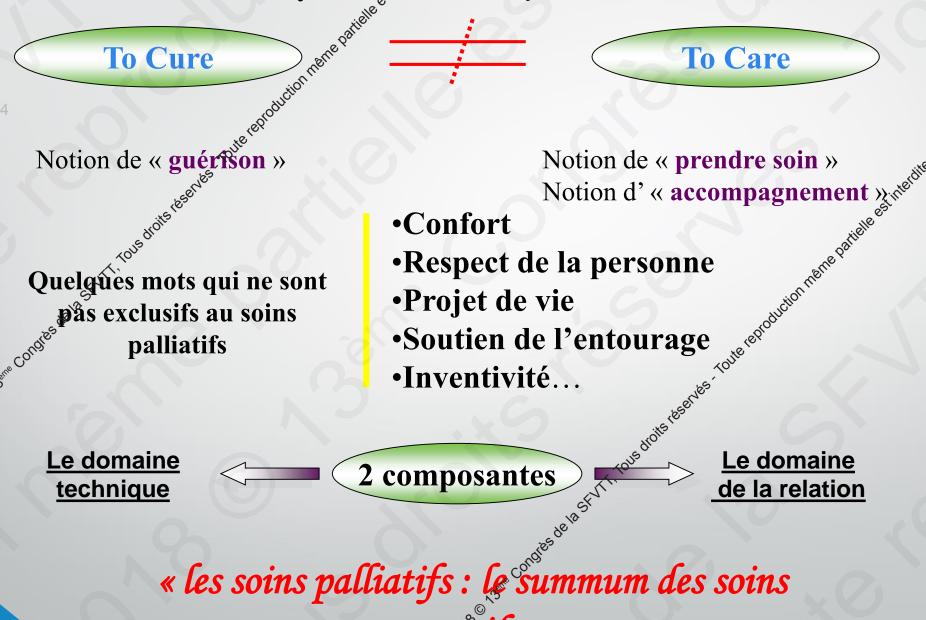
Notre démarche éthique

Notre relation
Interpersonnelle et notre
subjectivité

Représentation sur les soins palliatifs

- Association aux mots: mort, souffrance, fin de vie, douleur
- Notion de mort imminente
- Sensation d'abandon « quand il n'y a plus rien à faire »
- Parle de notre propre rapport à la mort
 - Représentation identique dans la population générale que chez les soignants

Les soins palliatifs: quelles définitions?



Quelques spécificités de l'hématologie

- la possibilité d'une guérison à des stades très avancées et parfois même après plusieurs lignes de traitements
- Une évolution parfois assez imprévisible
- Des perspectives thérapeutiques nombreuses et innovantes
- Une évolution très rapide lorsque la situation échappe au traitement
- Un lien fort avec les équipes et les patients souvent jeunes, accompagnés quotidiennement pendant des hospitalisations prolongées et difficiles ;
 - Une importante iatrogénie liée à des thérapeutiques souvent burdes et intensives avec des résultats qui peuvent être très bons
- Un traitement singulier: le support transfusionnel dont l'interruption n'est pas simple

Des patients et des proches identiques

Les mêmes gymptômes Les mêmes questions Les mêmes craintes Les mêmes besoins

Les soins palliatifs ne sont pas mortels!

Early Palliative Care for Patients with Metastatic Non–Small-Cell Lung Cancer, New England Journal of Medicine, vol. 363, pp. 733-

Présentation de L'étude

151 patients présentant CPNPC. Même TTT de CT de référence constitution de 2 groupes: 📈

- •prise en Charge « palliative » normale
- •prise en charge « palliative » précoce

Résultats

- •Amélioration de la qualité de vie
- •Moins de TTT agressifs en fin de vie
- •Amélioration de l'espérance de vie de 2, 7 mois (17.9- versus 8.9)

Analyse

- •Des critiques méthodologiques.
- •TTT efficace de la dépression, meilleur prise en charge des symptômes, moins d'hospitalisation o sur le company de la dépression o sur le company de la dépression de la dépres
- •Les soins palliatifs ne tuent pas !!!!!

VOLUME 35 · NUMBER 1 · JANUARY 1, 2007

JOURNAL OF CLINICAL ONCOLOGY

ASCO SPECIAL ARTICLE

Integration of Palliative Care Into Standard Oncology Care: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Update

Betty R. Bewell, Jennifer S. Temel, Sarah Temin, Erin R. Alesi, Tracy A. Balboni, Ethan M. Basch, Janice I. Firn, Iudith Paice, Jeffrey M. Peppercorn, Tanyanika Phillips, Ellen L. Stovall,† Camilla Zimmermann, and Thomas I. Smith

Specific Recommendations

Patients with advanced cancer should be referred to interdisciplinary palliative care teams (consultation) that provide inpatient and outpatient care early in the source of disease, alongside active treatment of their cancer (type: evidence based, benefits outweigh harms; evidence quality: intermediate; strength of recommendation: strong).

Palliative care for patients with advanced cancer should be delivered through interdisciplinary palliative care teams with consultation available in both outpatient and inpatient settings (type: evidence based, benefits outweigh harms; evidence geality: intermediate; strength of recommendation: moderate).

Patients with advanced cancer should receive palliative care services, which may include referral to a palliative care provider. Essential components of palliative care may include:

- Rapport and relationship building with patients and family caregivers
- Symptom, distress, and functional status management (eg, pain, dyspnea, fatigue sleep disturbance, mood, nausea, or constipation)
- Exploration of understanding and education about illness and prognosis
- Clarification of treatment goals
- Assessment and support of coping needs (eg, provision of dignity therapy)
- Assistance with medical decision making
- Coordination with other care providers
- Provision of referrals to other care providers as indicated

For newly diagnosed patients with advanced cancer, the Expert Perel suggests early palliative care involvement within 8 weeks of diagnosis (type: informal consensus, benefits outweigh harms; evidence quality: intermediate; strength of recommendation: moderate).

Quand faire appel à une éguipe de soins palliatifs ?



SYNTHÈSE ORGANISATION DES PARCOURS

L'essentiel de la démarche palliative

Décembre 2016

Les soins palliatifs ne sont pas séparés des traitements spécifiques de la maladie : il est nécessaire de disser une « culture » ou « démarche » palliative qui a pour vocation l'intégration d'une compétence en sins pallatifs dans toute pratique citique.

La démarche palliative est une fiscon d'aborder les situations de fin de vie de façon anticipée. Conder une place aux questions éthiques, à l'accompagnement, aux soins de confort, au juste soin et syerier précocement les besoins en terme de soins palliatifs des « personnes approchant de leur fin de vier». Elle facilité, lorsque le trattement sociétique de la maidaie atteint ses limites i on pessage promessif à socions natiatifs.

Les soins pallatifs sorti des soins actifs déhints par une équipe multidisciplinaire, active approche globale de la personne atteinte d'une malade grave, évolutive, en phase avancée, d'évolutión fatale. Leur objectif est de soulager les symptomes physiques, mais aussi de prendre en compte la su france psychologique, sociale et splittuelle, ils s'adressent au malade en tant que personne, à sa familifier à ses proches, à domicile ou en institution.

La démarche palliative accompagne le patin tout au long de sa maladie

- → Elle dolt être précoce.
- Elle a pour objectif d'offrir la meilleure qualité due possible au patient et à ses proches par le traitement des symptômes physiques (douleur, dyspnée consements) et la prise en compte de la souffrance psychologique, des besoins sociaux, spiritueis et contract ou patient.
- → Ces soins et traitements sont adminisme émultanément ou non aux traitements spécifiques de la maladie
 → Elle cherche à éviter l'obstination ples asonnable, respecte la volonté du patient et se retuse à provoque

Qui est concerne

Toute personne qui a un evaluitile grave, évolutive, en phase avancée, potentiellement mortelle doit pouvoi en bénéficier, ainsi que trais personne confrontée à une situation mettant en jeu le pronostic vital à court oi moven terme ou les devonces en grande perte d'autonomie.

Oui sont lesa Ours

Tous les profesionnels de santé sont invités à intégrer la démarche palliaite dans leurs pratiques, quel que l'entre leur spécialité et leur leur d'exercice : mutitidiscipitnaire, elle n'est pas réservée à des unités dédiée ou à des profesionnels spécialisés. Les profesionnels du secteur métros-social et social sont également

Où i

Elle dolt pouvoir être mise en œuvre au domicille, dans les établissements médico sociaux ou les établissements de santé. Si l'appei à des professionnels spécialisée est nécessaire (réseau, équipe mobile, its identifiés ou unité spécialisée des soins palitatifs, la liste des structures est disponible dans un annuaire (http://www.sfap.org/annuaire).

http://www.has-

sante.fr/portail/jcms/c_2730546/fr/lessentiel-de-la-demarche-palliative « Serais – je étonné si mon patient décédant dans l'année (Représentation)

Moroni M and col he 'surprise' question in advanced cancer patients: A prospective study among general practitioners. Patria Med 2014 24;28(7):959-964

N^OOVANE COUNTER THE



When and why should patients with hematologic malignancies see a palliative care specialist?

Thomas W. LæBlanc¹ and Areej El-Jawahri²

¹Division of Hematologic Malignancies and Cellular Therapy, Department of Medicine, Duke University School of Medicine, Durham, NC; and ²Department of Medicine, Harvard Medical School, Division of Jematologic Malignancies, Massachusetts General Hospital Cancer Center, Boston, MHematology 2015

Table 2. Targets for early pathative care in hematologic malignancies

Who needs palliative care?

Patients with hematologic malignancies:

- with high symptoms
- hospitalized for allogeneic stem cell transplantation
- with significant psychological distress
- with Afficulty coping with their illness
- with complex family and social needs
- with significant and/or persistent misperceptions about their illness trajectory and overall prognosis
- who may have a poor prognosis and limited life expectancy (ie, you would not be surprised if they die within 1 y

Specialized palliative care:

- improves symptom control and quality-of-life
- improves symptom control and provides excellent supportive care
- reduces psychological distress
- enhances patients oping strategies
- helps family caregivers and addresses patients' social needs
- enhances patients' prognostic understanding
- facilitates end-of-life care planning, and prepares patients existionally and psychologically for the end-of-life

Why? nen

0/80 /%

Notre représentation des soins palliatifs

Une question qui prend en compte

Nos connaissances scientifiques

Notre démarche éthique

Notre relation
Interpersonnelle et notre
subjectivité

La loi « Clayes Leonetti » définition de l'obstination déraisonnable



«les actes mention pes à l'article L. 1110-5 ne doivent pas être mis en œuvre ou pours pivis lorsqu'ils résultent d'une obstination déraisonnable. Lorsqu'ils apparaissent inutiles, disproportion pes ou lorsqu'ils n'ont d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie, ils peuvent être suspendus ou ne pas être entrepris, conformément à la volonté du patient et, si ce dernier est hors d'état d'exprimer sa volonté, à l'issue d'une procédure collegiale définie par voie réglementaire .» Article 2

UTILE pour qui?

- Le patient
- La famille
- Les soignants

disproportion

Les avantages

Le poids La charge

Le seul maintien artificiel de la vie

Refus de l'acharnement thérapeutique 2 situations envisagées en 2016

Pas en capacité de En capacité de s'exprimer s'exprimer « Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer se volonté, la Le médecin doit respecter la limitation ou l'arrêt de traitement susceptible d'entraîner son volonté de la personne malade. décès ne peut être réalisé sans » •Après l'avoir informée des •Respect d'une procédure collégiale conséquence de ses choix et de leur procédure n° 2 gravité •Respect des directives anticipée procédure 1 · Le malade doit réitérer sa •À défaut consultation de la personnes de **Ensemble des** décision après un délai confiance, •A défaut la famille, ou les proches patients raisonnable. •Décision médicale •il peut faire appel à un autre La biérarchie des avis est plus claire membre du corps médical. « le médecin a l'obligation de s'enquérir de l'expression de la volonté exprimée par le patient. En l'absence de directives anticipées, il recueille le témoignage de la personne de confiance ou, à défaut, tout autre témoignage de la famille ou des proches »

Code de déontologie Art 37 décision limitation de TTT

Principe général : prendre une décision éclairée

OUI

Le patient peut — exprimer sa volonté

Non ou

inappropriées

NON

DA

L DECIDE

Procédure n° 2 Limitation de TTT

Déclenchement: médecin; PDC; à défaut famille ou proche organisation : CONCERTATION

- membres présents de l'équipe de soins si elle existe
- consultation personne de confiance, à défaut famille ou un de ses proches
- un médecin consultant (sans lien hiérarchique)
- si besoin deuxième consultant

Décision

- motivée (nature et motifs de la décision)
- inscrit dans le dossier
 - transmis : PDC à défaut famille ou proche

Oui

Procédure nº1 DA

Les directives anticipées

Toute personne ma jeure peut rédiger des directives anticipées « pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté »

Indiquent les souhaits de la personne sur la fin de vie »

• la poursuite, limitation – Arrêt de traitement. RQ: on ne peut pas demander la mise en œuvre d'un TTT non indiqué

Plus de durée de validité

Un document proposé par décret d'application
- siguation imprévisible
situation prévisible

Ellés s'imposent aux médecins SAUF

- urgence vitale le temps nécessaire pour faire l'évaluation complète de la situation
- si manifestement inappropriées ou non conforme à la situation médicale (procédure collégiale)

« Elles sont révocables à tout moment »

- Une personne sous tutelle peut écrire des DA avec l'accord du juge des tutelles ou du conseil des familles
- Un mineur ne peut pas rédiger de DA

■ Une personne sous tutelle peut

Elles priment sur l'avis

- L'ESSENTIEL

 Cra que dit la foi
 du 2 février 2016:
 La bis a sour dejent finnicipal de
 permetre su prescrivere d'experment
 de permetre su prescrivere d'experment
 de permetre su prescrivere d'experment
 de permetre su prescrivere d'experment
 de permetre su prescrivere d'experment
 de permetre su prescrivere d'experment
 de permetre su prescrivere d'experment
 de l'étipose aux médacirs. La perfusion de
 de permetre su prescrivere d'experment
 de permetre su prescrivere de l'experment
 supprescrives ou prescrivere à la
 situation n'étorique le diversité de santé d'experment
 la significant de l'experiment de l'experiment
 supprescrives ou prescriver de santé d'experment
 la significant de l'experiment de l'experiment
 supprescrives ou prescriver de l'experiment de l'experiment des des l'experiments
 de la possibilité de séfécire sur
 conflorer et un délatifié de les for de
 des la possibilité de séfécire sur
 conflorer et un délatifié de les for de
 des la possibilité de séfécire sur
 conflorer et un délatifié de les for de
 des la possibilité de séfécire sur
 conflorer et un délatifié de les for de
 des la possibilité de séfécire sur
 conflorer et un délatifié de les for de
 de les services de l'experiment de l'experimen
 - http://social-sante.gouv.fr/grandsdossiers/findevie/pour-les-professionnelsde-sante/fiches-pratiques-a-destinationdes-professionnels-de-la-sante/article/les directives-anticipees-319350

- De la personne de confiance
- La famille ou les proches

Procédure nº1 DA

Personne de confiance

Qui peut elle être ?

- ■Un parent
- ■Un pæche
- Lemédecin traitant ou autre

Pourquoi une personne de confiance?

« Elle rend compté de la volonté de la personne » art 9

- Si le patient est nors d'état d'exprimer sa volonté
- Si le patient ést hors d'état de recevoir l'information nécessaire

ent être désignée « personne de confiance »?

- Désignation faite par écrit et cosignée par la personne désignée.
- Révisable et révocable à tout moment
- Proposer lors de chaque hospitalisation pour la durée du séjour

Si le patient le souhaite, l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux pour l'aider dans ses décisions.



Son avis est moins important que les directives anticipées



Son avis prévaut sur tout autre Témoignage non médical





Notre représentation des soins palliatifs

Une question qui

connaiss & scientifiques

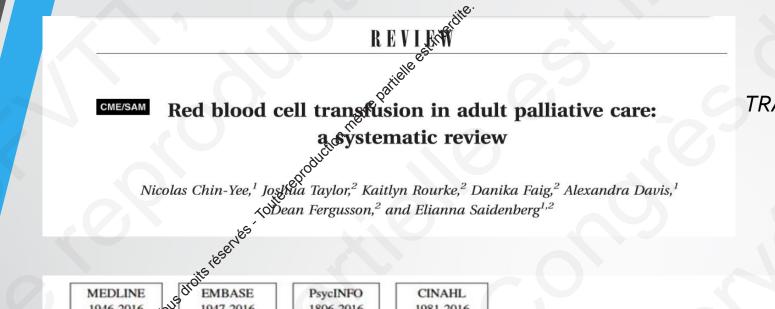
scientifiques

Toute reproduction memor Date of the contraction Nos connaissances

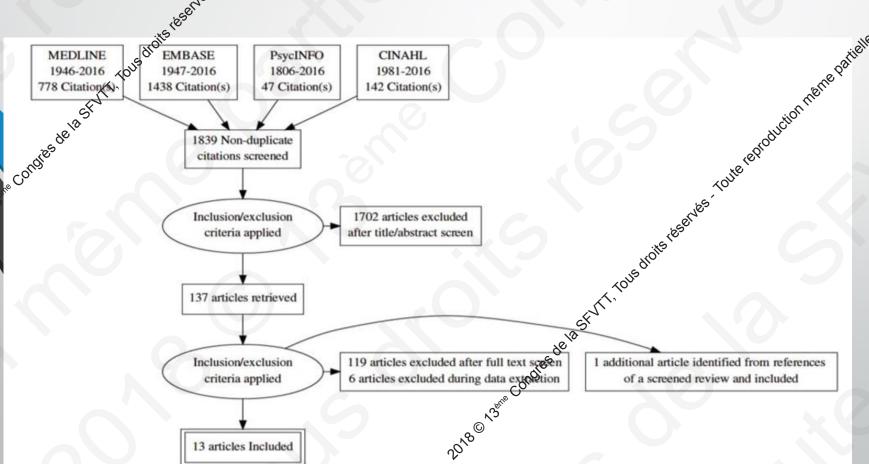
Notre démarche éthique

Notre relation Interpersonnelle et notre subjectivité

prend en compte



TRANSFUSION-volume 58-January 2018



- RESULTS: We identified 1839 studies, of which 137 were selected for data extraction and 13 were included (11 case series, one prospective cohort, and one retrospective cohort). Nine studies addressed symptom relief following transfusion using subjective symptom scales, of which 8 indicated some degree of short-term benefit and 1 study showed no benefit. Posttransfusion survival was reported in four studies—one demonstrated prolonged survival in patients receiving RBC transfusion; three had no comparison group. Other outcomes reported included hemoglobin values posttransfusion in four studies and adverse events following transfusion in three studies.
- CONCLUSIONS: In palliative care, RBC transfusion may provide symptom relief and improve subjective wellbeing, though the duration and magnitude of this effect, and transfusion-associated risks specific to this population remain unclear. Currently, no high quality evidence exists to support or guide the use of RBC transfusion in this population. Moreover, the clinical heterogeneity within the palliative population limits the interpretation of most studies.

Notre représentation des soins palliatifs

Notre démarche éthique

Une question qui prend en compte

Nos connaissances scientifiques

Notre relation Interpersonnelle et notre subjectivité

Topoduction mame partielle Est interdite .





Agata ZIELINSKI Maître de Conférences en Philosophie Faculté de médecine Université de Rennes 1

La réflexion éthique

- La réflexion éthique surgit lorsque:
 - Un cas de conscience se pose à moi.
 - Des valeurs ne me semblent pas respectées.
 - Il n'y a pas de consensus sur ce qui est bon pour le patient.
- La réflexion éthique, c'est le chemin entre:
 - Une incertitude et une décision,
 - Une question et une action.



gata ZIELINSKI Maître de Conférences en Philosophie Faculté de médècine Université de Rennes 1

Notre représentation des soins palliatifs

Une question qui prend en compte

Nos connaissances scientifiques

Notre démarche éthique

Notre relation Interpersonnelle et notre subjectivité

isservi

La relation interpersonnelle notre subjectivité

- Nos méçanismes d'adaptations
- La place de nos émotions
- La relation que nous construisons avec le patient
- Notre rapport à la fin de vie
 - L'aspect symbolique de certain traitement

Transfusions en soins

palliatifs

XIII congrès national d'hémovigilance et de sécurité transfusionnelle

Saint Malo Palais du grand large Mercredi 21 Novembres

> Pr Vincent Morel Président comité de pilotage du plan 2015-2018 de développement des soins palliatifs et de l'accompagnement de fin de vie Service de Soins Palliatifs CHU Rennes