

Version Web

Détresse respiratoire : administration d'oxygène

ÉMETTEUR :	Président(e) du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens		
APPROUVÉ PAR :	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens		
DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR :	2008-09-10	DATE DE RÉVISION PRÉVUE :	2015
DATE DE RÉVISION :	2012/03/09		
CODE DE CLASSIFICATION :	ADM-316-06		
ORIGINAL SIGNÉ PAR :	Présidente du CMDP, Paule Hottin		

CETTE ORDONNANCE COLLECTIVE REMPLACE LE PROT-CMDP-29 DE L'IUGS

ORDONNANCES COLLECTIVES

Une ordonnance collective est une ordonnance établie par règlement du CMDP à l'effet de poser certains actes ou de procéder systématiquement à certains examens ou traitements sans attendre d'ordonnance médicale individuelle chez les bénéficiaires de catégories déterminées dans cette ordonnance et le cas échéant, selon le protocole ou la méthode de soins desquels elle relève.

DÉFINITIONS

Clientèle admise : Clients hospitalisés ou hébergés à la composante IUGS.

Clientèle externe ou ambulatoire : Clients aux consultations externes de la composante IUGS ou clients qui se déplacent pour consulter dans les locaux des GMF, du CLSC, à la clinique réseau ou chez les partenaires communautaires (p. ex. écoles, ...).

Clientèle à domicile : Clients qui reçoivent des services dans leur milieu de vie.

PERSONNES HABILITÉES À EXÉCUTER L'ORDONNANCE

Infirmiers(ères)
Inhalothérapeutes

N.B. Selon la politique de chaque secteur concerné, les personnes habilitées auront les médicaments et les matériaux pour intervenir en situation d'urgence.

GROUPES DE PERSONNES OU SITUATION CLINIQUE VISÉE PAR L'ORDONNANCE

Tout client, membre de la famille, visiteur ou membre du personnel.

INDICATIONS

Toute personne qui présente une détresse respiratoire aiguë, une dépression respiratoire ou qui vit une situation d'urgence. Cette ordonnance collective ne s'applique pas aux personnes présentant uniquement une désaturation en oxygène ou une exacerbation de leur condition respiratoire sans détresse respiratoire associée.

La détresse respiratoire est manifestée par un de ces signes :

- dyspnée d'effort ou au repos, langage saccadé ou difficulté à parler, anxiété ou sentiment de suffoquer ET cyanose, pâleur ou extrémités froides ;
- respiration laborieuse : tirage des muscles accessoires, battement des ailes du nez, effort inspiratoire augmenté, stridor à l'inspiration, râles sibilants («wheezing») ou bruits respiratoires anormaux - avec ou sans diaphorèse, tachycardie ou bradycardie ;
- tachypnée :
 - nourrisson > 60/min ;
 - enfant préscolaire > 40/min ;
 - enfant de moins de 13 ans > 30/min ;
 - personne de 13 ans et plus > 20/min.

La dépression respiratoire se manifeste par :

- effort inspiratoire diminué, p. ex. diminution de la fréquence et de l'amplitude respiratoires ;
- diminution de la saturation en oxygène (< 92%) ;
- ronflements ou apnées chez le client ayant pris un opiacé ;
- sédation pouvant aller jusqu'à la somnolence et éventuellement, à la mort.

Alerte clinique

Le risque de **dépression respiratoire** est élevé lors de la prise d'un médicament ayant un effet dépressif sur le système nerveux central (SNC) chez un client à risque.

Les classes de médicaments en question englobent : opiacés, benzodiazépines, barbituriques, anipsychotiques, antidépresseurs, antiémétiques, antihistamines.

Les clients à risque sont : les nouveau-nés de moins de six mois, les personnes âgées, les clients naïfs aux opiacés (ayant commencé la prise depuis moins d'une semaine), les clients souffrant de maladies pulmonaires, d'apnée du sommeil ou d'insuffisance rénale, les clients éprouvant une douleur intense qui cesse subitement (p. ex. réduction de fracture) et ceux ayant subi un traumatisme crânien.

Les situations d'urgence englobent, mais ne sont pas limitées aux situations suivantes :

- accident vasculaire cérébral ;
- asthme sévère ;
- bronchospasme modéré ou sévère ;
- choc anaphylactique ;
- choc d'origine cardiovasculaire (hémorragique, syncope, etc.) ;
- douleur rétro-sternale ;
- intoxication au monoxyde de carbone ;
- intoxication médicamenteuse ;
- MPOC en exacerbation - ATTENTION - voir directives particulières ;
- soins palliatifs, phase terminale pour fin de soulagement des symptômes ;
- traumatisme.

Contre-indications

Aucune.

Limites et précautions

Les clients avec MPOC doivent recevoir l'oxygène par lunette (canule) nasale seulement, à faible débit, et être surveillés de près, pour détecter et corriger une dépression respiratoire et la narcose au CO² qui s'en suit.

Procédure

Directives générales

- Évaluer l'état de santé du client et le degré d'urgence de la situation, notamment :
 - sécurité des lieux ;
 - état de conscience ou niveau de sédation, selon le cas (voir à l'annexe 1 l'échelle de sédation proposée par l'OIIQ) ;
 - perméabilité de voies aériennes supérieures ;
 - fréquence et amplitude respiratoires, présence ou non de ronflements ;
 - fréquence cardiaque et tension artérielle ;
 - le cas échéant chez le client ayant pris un opiacé, l'intensité de la douleur (selon l'échelle en vigueur).
- **Intervenir selon les besoins prioritaires de la personne (p. ex. aspirer les sécrétions, faire la manœuvre de Heimlich, débiter la RCR, administrer du salbutamol (Ventolin®), demander de l'aide ou faire un transfert à l'urgence du CH pour la clientèle externe, ambulatoire ou à domicile)**
- S'il est disponible, utiliser un saturomètre pour évaluer l'hypoxie et la réponse au traitement (voir Méthode de soins # 2.6 de l'AQESSS).

Alerte clinique

En hypoxémie sévère, il sera impossible d'obtenir une lecture sur le saturomètre. À domicile, il se peut que le saturomètre soit non disponible. Dans ces cas, se fier plutôt à la coloration des téguments et aux autres manifestations cliniques (voir section « Indications »).

- Le cas échéant, demander aux personnes dans l'entourage d'éteindre leur cigarette.
- Fixer le masque ou la lunette nasale à la tubulure de rallonge et ce dernier à la source d'oxygène (cylindre vs dispositif centralisé); ouvrir le débitmètre et le régler avant d'administrer l'oxygène à la personne.
- Expliquer la procédure au client, le rassurer et l'installer en position semi-assise, si possible.
- Administrer l'oxygène ; s'assurer que le masque ou la lunette est bien ajusté.
- Pour la clientèle admise : aviser le médecin.
- Pour la clientèle externe/ambulatoire : organiser un transfert au CH ou aviser un médecin si sur place.
- Pour la clientèle à domicile : organiser un transfert au CH sauf si indication au contraire, par exemple, soins palliatifs, directive particulière au plan d'intervention ou au dossier.
- Assurer une surveillance étroite du client, ré-évaluer au moins aux 30 minutes.
- Noter au dossier l'état du client ainsi que l'oxygène administré (p. ex. moyens, concentration, débit, suivi, autres interventions).

Procédure

N.B. Pour la clientèle admise, l'infirmière est responsable et imputable de l'évaluation du client et de la décision d'administrer l'oxygène. Elle pourra demander à la CEPI ou à l'infirmière auxiliaire d'installer l'oxygène selon le protocole suivant.

Pour la clientèle à domicile, si l'infirmière auxiliaire est seule et si le client a de l'oxygène chez lui, elle peut intervenir en situation d'urgence, selon les dispositions du *Code de déontologie* de son ordre professionnel¹, selon l'avis de l'OIIQ² et selon le protocole suivant.

A) Clientèle admise ou externe/ambulatoire

Administrer l'oxygène

Pour l'adulte **sans** MPOC :

- si la saturométrie est 92 % ou plus, ne **pas** administrer d'oxygène ;
- si la saturométrie est moins de 92 %, administrer de l'oxygène :
 - par **masque avec réservoir sans réinspiration** à un débit de 12 à 15 l/min jusqu'à l'obtention d'une saturation de 92 à 95%, en s'assurant que le réservoir ne se dégonfle pas durant l'inspiration.
 - maintenir cette saturation de 92 à 95% en diminuant le débit (ou en l'augmentant si nécessaire). Ne jamais diminuer le débit sur un masque sans réinspiration à moins de 12 l/min puisque cela augmente le risque de réinspiration de CO² et même d'asphyxie.
 - (Au besoin, voir Méthode de soins #8.6.4 sur le site de l'AQESSS).

N.B. *Consignes visant les équipements*

Pour obtenir 100% d'oxygène, s'assurer qu'il y a une rondelle dans l'ouverture de chaque côté du masque et au niveau du réservoir.

Ne jamais installer de masque sans réinspiration sur un concentrateur d'oxygène ni sur un cylindre avec débitmètre qui ne peut dépasser 10 l/min .

¹ Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec (2004). La capacité légale de l'infirmière auxiliaire : Champ de pratique et activités réservées en vertu de la loi 90 (page 21). OIIAQ : Montréal.

«La Loi 90 ne change pas significativement les règles qui étaient applicables avant son adoption. Certaines situations requièrent une intervention immédiate lorsque la vie d'une personne est en danger ou sa sécurité est compromise (*Charte des droits et libertés de la personne*, L.R.Q., ch. C-12, art. 2). Dans le cadre de sa pratique professionnelle l'infirmière auxiliaire a l'obligation de dispenser des soins de qualité et de poser tous les gestes requis à cette fin. Le *Code de déontologie des infirmières et infirmiers auxiliaires* lui impose notamment l'obligation de maintenir le plus haut degré de qualité dans les soins dispensés dans l'exercice de la profession (art. 3.01.03) et de coopérer en toute circonstance à la conservation de la vie, au soulagement de la souffrance, au traitement de la maladie et à la promotion de la santé (art. 3.01.05).»

² Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2003). Guide d'application de la nouvelle *Loi sur les infirmières et les infirmiers* et de la *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé* (p. 14). OIIQ : Montréal.

«Un professionnel peut donc exercer une activité qui ne lui est pas réservée pour répondre à une situation d'urgence s'il a les connaissances minimales requises pour l'exercer et qu'aucun professionnel habilité ne peut intervenir dans l'immédiat.»

Un débit d'oxygène de 12-15 l/min videra très rapidement (en moins de 30 minutes) un cylindre de déambulation (type E)

ALERTE CLINIQUE

Pour l'adulte avec MPOC :

- si la saturométrie est 90 % ou plus, ne **pas** modifier ou administrer l'oxygène ;
- si la saturométrie est moins de 90 %, administrer de l'oxygène :
 - avec une **lunette (ou canule) nasale** et un débit de 3 à 4 l/min jusqu'à l'obtention d'une saturation entre 92 et 94 % ;
 - maintenir cette saturation de 92 à 94 % en diminuant le débit autant que possible (ou en l'augmentant si nécessaire).

(Au besoin, consulter Méthode de soins # 8.6.2 sur le site de l'AQESSS).

Pour l'enfant :

- si la saturométrie est 95% ou plus, ne **pas** administrer d'oxygène ;
- si la saturométrie est moins de 95 %, administrer l'oxygène :
 - à 100 % par masque pédiatrique avec réservoir sans réinspiration à un débit de 5 à 7 l/min pour obtenir une saturation de 95 % ou plus ;
 - maintenir cette saturation de 95% en diminuant le débit autant que possible (ou en l'augmentant si nécessaire).

B) Clientèle à domicile

Seules les personnes sous oxygénothérapie à domicile sont visées par la présente ordonnance collective. Dans ces cas, la conduite est la même que celle décrite pour l'adulte avec MPOC.

Les effets indésirables (secondaires) de l'oxygénothérapie englobent :

- inconfort ;
- sécheresse des muqueuses ;
- irritation cutanée par le masque ou la lunette nasale ;
- chez le client avec MPOC qui reçoit trop d'oxygène, dépression respiratoire.

Références

AQESSS. Méthodes de soins :

#8.6.2 : Administration d'oxygène par lunette nasale.

#8.6.4 : Administration d'oxygène par masque

CLSC Ahuntsic (2002). Procédure interdisciplinaire adoptée par le CMDP et le CECIL.

Info-Santé Web Protocole infirmier : Détresse respiratoire

Institut universitaire de gériatrie de Montréal (2007). Ordonnance collective N° OC-8.07 :

Administration d'O₂ en situation d'urgence.

Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec (2004). La capacité légale de l'infirmière auxiliaire : Champ de pratique et activités réservées en vertu de la loi 90.

N.B. Ce document est disponible sur le site web de l'OIIAQ à l'adresse suivante :

<http://www.oiiq.org/publication/capacite-legale.fr.html>

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2003). Guide d'application de la nouvelle *Loi sur les infirmières et les infirmiers* et de la *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé*. OIIQ : Montréal.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2004). Avis sur la surveillance clinique des clients qui reçoivent des médicaments ayant un effet dépressif sur le système nerveux central (SNC). Adopté par le Bureau du 21 octobre 2004 *et disponible à l'adresse* : http://www.oiiq.org/publications/publications_alpha.asp#168

Rédigé par Joanne Buttery, conseillère clinicienne

Consultations : Nathalie Lehoux, ACP en inhalothérapie, DSPPAPA-SAD 2007.03.13
Josée Bélanger, inf. ASI, DSGPSA-SSC 2007.11.01 & 2007.12.06
Christianne Dostie, inf. ASI, DSPEJF, 2008.03.18
Louise Turcot, inf. ASI, DSPPAPA-SAD, 2008.03.18
Michel Lévesque, DSI, 2008.07.29
Karine Guillemette, Coordinatrice technique du service d'inhalothérapie
Dre Suzanne Gosselin, DSPPM, 2008.08.22

ANNEXES :	ÉCHELLE DE SÉDATION
MOTS CLÉS :	DÉPRESSIONS RESPIRATOIRES, DÉTRESSES RESPIRATOIRES, HYPOXÉMIE, MPOC, NARCOSE AU CO ² , OPIACÉS, ORDONNANCES COLLECTIVES, OXYGÈNE, OXYGÉNOTHÉRAPIE, SÉDATIONS, SOMNOLENCE, URGENCES,
DIFFUSÉ À :	DIRECTRICE DSPEJF, DIRECTRICE DSGPSA, DIRECTRICE DSPPAPA, DIRECTRICE DSPPM, G - DSI Tous, G - DSPPAPA Chefs de service, G - DSPPAPA Coordonnatrices des activités, G - DSPPAPA Coordonnatrices des services, G - DSPPM CMDP CLSC – actifs, G - DSPPM CMDP CLSC – associés, G - DSPPM CMDP IUGS – actifs, G - DSPPM GMF-Extra Muros + clinique réseau (infirmières), G - DSPPM GMF-Intra Muros (infirmier(ère)s)

Chemin d'accès : U:\Document\DSPPM\Documents administratifs\Ordonnances collectives CSSS-IUGS\ORD-CMDP-31.doc - 9 mars 2012

Échelle de sédation proposée par l'OIIQ (2004)

Échelle de sédation	
Niveau de sédation	Description
S	Sommeil normal, éveil facile.
1	Éveillé et alerte.
2	Parfois somnolent, éveil facile.
3	Somnolent, s'éveille mais s'endort durant la conversation.
4	Endormi profondément, s'éveille difficilement ou pas du tout à la stimulation.

Note : les niveaux 3 et 4 constituent des niveaux de sédation élevés.