

ORDONNANCE COLLECTIVE ADMINISTRATION D'OXYGÈNE

Établissement : CISSS de Lanaudière

Numéro de l'ordonnance collective : OC CISSSL 24

Période de validité : 3 ans (décembre 2022)

SITUATION CLINIQUE

Tous les usagers du CISSS de Lanaudière, là où une source d'oxygène est disponible, présentant des signes et symptômes d'une hypoxémie dont la désaturation en oxygène (SpO₂).

En prophylaxie lors de certaines procédures thérapeutiques et diagnostiques.

ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES VISÉES

Activités réservées et champ d'exercices de l'infirmière :

- 1- Évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique.
- 2- Initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques, selon une ordonnance.
- 3- Administrer et ajuster des médicaments ou d'autres substances lorsqu'ils font l'objet d'une ordonnance.

Activités réservées et champ d'exercices de l'inhalothérapeute :

- 1- Évaluer la fonction cardiorespiratoire d'une personne symptomatique.
- 2- Administrer et ajuster des médicaments ou autres substances lorsqu'ils font l'objet d'une ordonnance.

Activités réservées et champ d'exercices du physiothérapeute :

- 1- Évaluer la fonction neuro-musculo-squelettique d'une personne présentant une déficience ou une incapacité de sa fonction physique.
- 2- Procéder à l'évaluation fonctionnelle d'une personne lorsque cette évaluation est requise en application d'une loi.
- 3- Le physiothérapeute peut administrer et ajuster l'oxygène lorsqu'il procède à une évaluation ou réalise une intervention auprès d'une personne ayant besoin d'un apport en oxygène; sauf si cette personne est sous ventilation effractive ou sous ventilation à pression positive non effractive.¹

PROFESSIONNELS AUTORISÉS

- Infirmières
- Inhalothérapeutes
- Physiothérapeutes

¹ Règlement sur les activités professionnelles pouvant être exercées par les membres de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec, M-9, r, 4.1.

INDICATIONS

Aucune indication additionnelle

INTENTION OU CIBLE THÉRAPEUTIQUE

- Prévenir les complications de l'hypoxémie.
- Prévenir une détérioration de l'état clinique de l'utilisateur.
- Maintenir une oxygénation artérielle adéquate.
- Diminuer le travail respiratoire de l'utilisateur.

CONTRE-INDICATIONS

- Les nouveau-nés présents en néonatalogie sont exclus de cette ordonnance.
- La clientèle admise en néonatalogie est exclue de cette ordonnance.
- La femme enceinte est exclue de cette ordonnance.

PROTOCOLE MÉDICAL

Évaluation de l'utilisateur

- Évaluer la présence de signes et symptômes d'hypoxémie :
 - Tachycardie;
 - Tachypnée;
 - Agitation, dyspnée;
 - Pâleur des muqueuses;
 - Cyanose;
 - Confusions
- Procéder à l'évaluation complète de la condition respiratoire de l'utilisateur (auscultation pulmonaire, fréquence respiratoire, rythme et amplitude respiratoire et saturation en oxygène) et à la prise des signes vitaux (TA, FC) selon les champs d'exercices respectifs des professionnels autorisés.
- Lors de désaturation à l'effort, donner le temps à l'utilisateur de récupérer et réévaluer le besoin d'oxygène selon la condition clinique de l'utilisateur.
- Le choix du dispositif, du débit et de la source d'oxygène se fait selon la condition clinique et le confort de l'utilisateur (Voir MSI : *Cadre de référence d'oxygénothérapie*).
- S'assurer d'avoir une source d'oxygène sécuritaire et fonctionnelle (canalisation murale, concentrateur ou cylindre) conformément à la *Procédure pour l'administration d'oxygène lors du déplacement d'un utilisateur*.

Administration de l'oxygène

- Installer l'oxygène en fonction des besoins de l'utilisateur, de façon **graduelle**, selon les informations suivantes :

Clientèle	Saturation visée
Adulte sans MPOC (18 ans et plus)	Plus grand ou égal à 90 %
Adulte avec MPOC (18 ans et plus)	Plus grand ou égal à 90 % ou selon SpO2 visée par médecin traitant
Pédiatrique (moins de 18 ans)	Plus grand ou égal à 94 %, lorsqu'éveillé Plus grand ou égal à 92 % lors du sommeil pour l'utilisateur stable

Prophylaxie

L'usage d'oxygène sans désaturation est autorisé pour certaines procédures thérapeutiques et diagnostiques où l'on peut s'attendre, durant la procédure, à une désaturation reliée à la médication sédative utilisée. (Ex. : échographie trans-œsophagienne, cardioversion, bronchoscopie...)

Soins et surveillance

- Évaluer la condition respiratoire (auscultation pulmonaire, fréquence, amplitude et rythme respiratoire, saturation) de l'utilisateur et procéder à la prise des signes vitaux (TA, FC) au moment suivant :
 - 20 à 30 minutes après le début de l'administration;
 - Puis selon la condition clinique de l'utilisateur.
- Surveiller l'apparition de signes et symptômes de :
 - Oxygénotoxicité et hyperoxie :
 - Douleur thoracique rétro sternale exacerbée par une respiration profonde;
 - Toux sèche et irritation de la trachée;
 - Douleur pleurétique à l'inspiration;
 - Dyspnée;
 - Sensation de congestion nasale, irritation de la gorge et malaise aux oreilles et aux yeux.
 - Détresse respiratoire en particulier chez l'utilisateur MPOC.
- Ajuster le débit d'oxygène selon la condition de l'utilisateur ainsi que sa réponse à l'administration de l'oxygène.
- Maintenir l'oxygénothérapie le moins longtemps possible, dès l'atteinte de la saturation visée.
- Assurer une mobilisation fréquente et l'élimination des sécrétions afin d'optimiser l'oxygénation (ex. : technique d'inspirométrie).

Sevrage

- Dès l'atteinte de la saturation visée, procéder au sevrage de l'oxygène de façon **graduelle**, jusqu'à l'obtention de la saturation visée du présent protocole ou selon les directives du médecin traitant.
- Toutes interventions en lien avec l'administration de l'oxygène doivent faire partie de la documentation au dossier de l'utilisateur et être transmises verbalement à l'infirmière responsable de l'utilisateur afin d'assurer un suivi clinique.

Mise en garde : L'administration d'oxygène doit se faire avec prudence et à bas débit chez l'utilisateur atteint de MPOC, car de trop hautes concentrations d'oxygène peuvent mener à la dépression du réflexe respiratoire, voir même à l'arrêt respiratoire.

LIMITES OU SITUATIONS EXIGEANT UNE CONSULTATION MÉDICALE OBLIGATOIRE

- Arrêt cardiovasculaire, œdème pulmonaire, détresse respiratoire et dépression respiratoire.
- Lors de besoin croissant en oxygène pour atteindre la saturation visée.
- Lors de toute détérioration ou absence d'amélioration ayant des répercussions sur l'état clinique de l'utilisateur.
- Si utilisation d'un masque haut débit (Optiflow) sans amélioration.
- Lors de la présence de signes et symptômes d'oxygénotoxicité et d'hypoxie.
- Usager pédiatrique (moins de 18 ans) : Lors d'une augmentation du débit de 10 % et plus des besoins en oxygène.

COMMUNICATION AVEC LE MÉDECIN TRAITANT

Non applicable.

OUTILS DE RÉFÉRENCE ET SOURCES

Gagné, Éric, Thérapie respiratoire, publication CCDMD, Québec, Canada, 2004, p92-96.

College of Respiratory Therapists of Ontario (2013). Oxygen therapy clinical best practice guideline. Repéré à http://www.crto.on.ca/pdf/PPG/Oxygen_Therapy_CBPG.pdf.

Centre de santé et de services sociaux du Nord de Lanaudière (2009). *Administrer de l'oxygène en situation d'urgence*. Document interne.

MSI : Administration d'oxygène en situation d'urgence

MSI : Cadre de référence pour l'oxygénothérapie

MSI : Utilisation d'un cylindre d'oxygène

MSI : Administration d'oxygène par masque

MSI : Administration d'oxygène par lunette nasale

CISSS de Lanaudière (2017). *Procédure pour l'administration d'oxygène lors d'un déplacement d'un usager*. Document interne.

Urden, L.D., Stacey, K.M. & Lough, M.E. (2014). Critical care nursing. *Soins infirmiers. Soins critiques*. (7^e éd.). Adaptation française par L.A. Brien, J. Houle, D. Milhomme et A. Tanguay. Québec : Chenelière Éducation.

IDENTIFICATION DU MÉDECIN PRESCRIPTEUR

Non applicable.

IDENTIFICATION DU MÉDECIN RÉPONDANT

Le médecin répondant qui répond aux questions et aux demandes de précisions concernant l'application ou non d'une ordonnance collective et oriente le professionnel ou la personne habileté quant aux suites à donner relativement au suivi du patient.

PROCESSUS DE MISE EN VIGUEUR

1. ÉLABORATION DE LA VERSION ACTUELLE

Isabelle Durand, inhalothérapeute, coordonnatrice technique en inhalothérapie
Céline Bolduc, chef de service activités respiratoires HPLG
Réjean Duchesne, chef de service activités respiratoires CHDL
Isabelle Boily, conseillère-cadre en soins infirmiers
Josée Coderre, conseillère-cadre en soins infirmiers

2. VALIDATION DE LA VERSION ACTUELLE

Dr Youssef Khabazeh Pédiatre
Dre Mylène Robinette Pédiatre
Dr Félix Grégoire-Bertrand Anesthésiologiste
Dr Pek Bonavuth Pneumologue
Dr Sylvie Bourrassa, Omnipraticienne
Dr Etienne Villeneuve, Omnipraticienne
Dr Chantal Gascon, Gynécologue

3. APPROBATION DE LA VERSION ACTUELLE

REPRÉSENTANT DU CMDP (EN ÉTABLISSEMENT)

Nom et prénom	Signature	Date
Olivier, Jérôme		3 décembre 2019

Nom et prénom	Signature	Date
Olivier, Jérôme		18 mai 2021 (mise à jour)

4. RÉVISION

Date d'entrée en vigueur : décembre 2019

Date de la dernière révision (si applicable) :

Date prévue de la prochaine révision : décembre 2022

Signature du médecin répondant (si applicable) :

Signature :

Date :