

Initier l'administration d'oxygène chez une personne en insuffisance respiratoire ou en situation d'urgence			
Direction(s) responsable(s)	Direction des soins infirmiers et de l'enseignement universitaire	Approuvé	2022-10-01
	Direction des services professionnels et de l'enseignement médical	Révisé	
Installations / Secteurs visés	Toutes les installations et tous les secteurs		
Outils cliniques associés	Méthodes de soins informatisées (MSI) : Administration d'oxygène		

1. Professionnels visés

- Infirmières
- Inhalothérapeutes

2. Activités réservées

Infirmières :

- Évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique.
- Exercer une surveillance clinique de la condition des personnes dont l'état de santé présente des risques, incluant le monitoring et les ajustements du plan thérapeutique infirmier.
- Initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques selon une ordonnance.
- Effectuer et ajuster les traitements médicaux, selon une ordonnance.

Inhalothérapeutes :

- Évaluer la condition cardiorespiratoire d'une personne symptomatique.
- Effectuer l'assistance ventilatoire, selon une ordonnance.
- Exercer une surveillance clinique de la condition des personnes sous anesthésie, y compris la sédation-analgésie, ou sous assistance ventilatoire.
- Administrer et ajuster des médicaments ou d'autres substances, lorsqu'ils font l'objet d'une ordonnance.

3. Situations cliniques visées/clientèles visées

- Toute personne qui présente des signes et des symptômes nécessitant l'administration d'oxygène via lunette nasale, masque avec adaptateur venturi (Ventimask), coffret trachéal, tente faciale, masque moyenne concentration ou masque haute concentration avec réservoir (100%).

4. Intentions thérapeutiques

- Traiter et prévenir les symptômes d'hypoxémie
- Diminuer le travail respiratoire
- Éviter une détérioration de l'état clinique

5. Définitions

Dépression respiratoire :	Diminution de la fréquence ou de l'amplitude respiratoire pouvant mener à une diminution de l'apport en oxygène et une augmentation de dioxyde de carbone (CO ₂).
Détresse respiratoire :	État respiratoire caractérisé par de la dyspnée sévère généralement accompagnée d'une respiration accélérée et superficielle avec possibilité de plusieurs signes et symptômes tels que la cyanose, le tirage et les bruits respiratoires anormaux.
Dyspnée :	Terme utilisé pour caractériser une expérience subjective d'inconfort respiratoire qui se compose de sensations qualitativement distinctes qui varient en intensité.
Hypercapnie :	Augmentation de la concentration de dioxyde de carbone (CO ₂) dans le sang.
Hypoxémie :	Diminution de la quantité d'oxygène transportée dans le sang.
Hypoxie :	Carence entre les besoins d'O ₂ par les tissus et la quantité d'O ₂ disponible dans le sang.
Insuffisance respiratoire :	État caractérisé par un taux sanguin d'oxygène bas (hypoxémie) ou un taux de dioxyde de carbone élevé (hypercapnie) dans le sang, indiquant une défaillance au niveau du processus d'échanges gazeux.
MPOC	Maladie pulmonaire obstructive chronique
SpO₂ :	Saturation pulsée d'oxygène mesurée à l'aide d'un saturomètre.

6. Indications

6.1 Personne présentant des signes d'insuffisance respiratoire :

Sans MPOC ou maladie associée à une défaillance respiratoire chronique :

- SpO₂ inférieure 92% à l'air ambiant;
- SpO₂ située en dehors des paramètres visés prescrits pour la condition clinique de la personne.

Avec MPOC ou maladie associée à une défaillance respiratoire chronique incluant la fin de vie :

- SpO₂ inférieure 88% à l'air ambiant;
- SpO₂ située en dehors des paramètres visés prescrits pour la condition /clinique de la personne.

Pédiatrique (moins de 14 ans)

- SpO₂ inférieure à 94% à l'air ambiant;
- SpO₂ située en dehors des paramètres visés prescrits pour la condition clinique de la personne.

Pouvant s'accompagner des signes et symptômes suivants :

Détresse respiratoire		Dépression respiratoire
Hypoxémie	Hypercapnie	
Tachypnée (voir Annexe A)	Dyspnée	Bradypnée (voir Annexe A)
Dyspnée	Fatigue	Somnolence
Fatigue	Confusion	Ronflements
Diaphorèse	Céphalée	Apnée
Hypertension légère	Somnolence	Diminution de l'amplitude
Détérioration de l'état de conscience	Étourdissement	Altération de l'état de conscience
Tachycardie	Vasodilatation cutanée	
Changement de l'état mental	Nausée	
Tirage		
Dysrythmie		

MSI repéré à : <https://msi.expertise-sante.com/fr/methode/administration-doxygene>

6.2 Situation d'urgence :

- Traumatisme sévère ou traumatisme craniocérébral;
- Situation critique : arrêt cardiorespiratoire ou procédure de réanimation, choc, sepsis, anaphylaxie, état épileptique, hémorragie pulmonaire majeure, noyade ou quasi noyade, empoisonnement au monoxyde de carbone;
- Maladie ou condition aiguë : crise d'asthme, pneumonie, cancer du poumon, pneumothorax, détérioration de fibrose pulmonaire, embolie pulmonaire, épanchement pulmonaire, anémie sévère, insuffisance cardiaque aiguë;
- Condition aiguë combinée à une hypoxémie : AVC, infarctus, hyperventilation ou respiration dysfonctionnelle, intoxication ou surdose médicamenteuse, trouble rénal ou métabolique, affection neurologique et musculaire aiguë et subaiguë produisant une faiblesse musculaire, grossesse avec urgence obstétricale.

7. Contre-indications

- Nouveau-nés de 30 jours et moins
- Ordonnance médicale indiquant un arrêt de tous les traitements.
- Présence d'un refus aux soins d'oxygénothérapie par directives médicales anticipées
- Personne présentant une intoxication médicamenteuse (ex. : Bleomycin) ou une exposition chimique (ex. : Paraquat) pouvant entraîner des lésions pulmonaires lors de l'administration d'O₂.
- Administration via lunette nasale si la personne présente :
 - Obstruction nasale
 - Épistaxis
 - Polypes nasaux
 - Chirurgie nasale

8. Conditions d'initiation

Personne dont l'oxygénation est insuffisante en situation d'urgence ou qui montre des signes et symptômes d'insuffisance respiratoire.

9. Limites/références au médecin

Hôpital : Après avoir initié l'administration d'oxygène, aviser le médecin traitant ou de garde dès que possible. S'il s'agit d'un usager dans un service ambulatoire, transférer à l'urgence hospitalière.

CHSLD : Après avoir initié l'administration d'oxygène, aviser le médecin traitant ou de garde dès que possible et/ou contacter le 911 (selon le niveau de soins).

Autres secteurs : Après avoir initié l'administration d'oxygène, appeler le 911 pour un transfert à l'urgence hospitalière.

10. Directives

1. Installer la personne en position semi-assise, si possible, et dégager les voies respiratoires.
2. Procéder à l'examen clinique :
 - Évaluation des signes vitaux, de la saturation et de l'état respiratoire;
 - État mental et neurologique, le cas échéant;
 - Identifier les signes et symptômes.

En situation d'urgence, administrer rapidement l'oxygène : Effectuer un bref examen respiratoire.

3. Choisir le mode d'administration approprié (lunette nasale, masque ou tente) selon l'état de la personne et de ses besoins en oxygène, puis procéder à l'assemblage de la source d'oxygène si nécessaire selon la disponibilité du matériel.

4. Administrer de l'oxygène :

Sans MPOC ou maladie associée à une défaillance respiratoire chronique :

- Viser une SpO₂ supérieure ou égale à 92%;
- Viser une SpO₂ située à l'intérieur des paramètres visés prescrits.

Avec MPOC ou maladie associée à une défaillance respiratoire chronique incluant la fin de vie :

- Viser une SpO₂ de 88% à 92%;
- Viser une SpO₂ située à l'intérieur des paramètres visés prescrits.

Pédiatrique (moins de 14 ans) :

- Viser une SpO₂ supérieure ou égale à 94%.

5. Assurer une surveillance constante et réévaluer la condition clinique aux 2 à 3 minutes jusqu'à l'atteinte de la saturation visée.
6. Aviser le médecin traitant et/ou procéder au transfert de la personne selon le milieu (voir section 9 Limites/références au médecin) dès que possible.
7. Ajuster les paramètres et/ou le mode d'administration en fonction de l'évaluation de l'état de la personne et de sa réponse au traitement :
 - Si la SpO₂ est sous la mesure visée, augmenter progressivement le débit d'oxygène;
 - Si la SpO₂ est au-dessus de la mesure visée, diminuer progressivement le débit d'oxygène.
8. Lorsque la saturation est atteinte, assurer une surveillance selon la condition de santé de la personne et le jugement clinique.
9. L'infirmière ou l'inhalothérapeute qui initie l'ordonnance doit documenter au dossier :
 - Évaluation respiratoire;
 - Signes vitaux incluant la saturation;
 - Évaluation mentale et neurologique, le cas échéant;
 - Date et heure de l'administration de l'oxygène;
 - Concentration et le débit d'oxygène (en litre/minute);
 - Mode d'administration;
 - Personnes avisées;
 - Suivi de l'état de la personne et sa réponse au traitement;
 - Ajustement du PTI, le cas échéant;
 - Autres interventions.

Se référer à l'annexe B pour l'Algorithme décisionnel pour l'administration de l'oxygène

11. Médecin répondant

Se référer à la section 9 Limites/références au médecin.

12. Annexes

Annexe A : Fréquence respiratoire normale pédiatrique et adulte selon l'âge

Annexe B : Algorithme décisionnel pour l'administration d'oxygène

13. Références

CSSS du Suroît. (2014) Ordonnance collective – Initier l'administration d'oxygène chez la clientèle adulte (18 ans et plus).

Encyclopédie médicale Larousse. (2019). Repéré à <https://www.larousse.fr/encyclopedie/medical>.

Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke. (2012). Détresse respiratoire : administration d'oxygène.

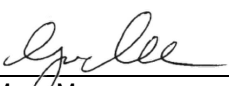
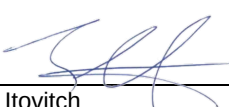
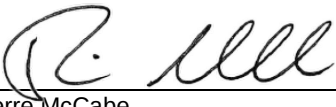
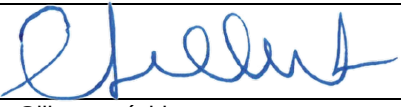
Merck. (2022). <https://www.merckmanuals.com/fr-ca/accueil/troubles-pulmonaires-et-des-voies-a%C3%A9riennes/insuffisance-respiratoire-et-syndrome-de-d%C3%A9tresse-respiratoire-aigu%C3%AB/insuffisance-respiratoire>.

Méthode de soins informatisées (2021). Administration d'oxygène. <https://msi.expertise-sante.com/fr/methode/administration-doxygene>.

Méthode de soins informatisées (2021). Examen clinique du système respiratoire. <https://msi.expertise-sante.com/fr/methode/examen-clinique-du-systeme-respiratoire?keys=%C3%A9valuation%20respiratoire>.

UpToDate (2021). Repéré à https://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-patient-with-dyspnea?topicRef=4648&source=see_link.

Processus d'élaboration/révision		
Rédigé par	Isabelle Beaudoin-Allaire, conseillère en soins infirmiers volet soins aigus	2022-02-24
Révisé par		
Personnes consultées	Fany Boulerice, conseillère en soins infirmiers, médecine chirurgie	2022-03-15
	Élyse Bériault, conseillère en soins infirmiers médecine chirurgie	2022-03-10
	Yannie Lefort-Brunelle, conseillère en soins infirmiers HBM	2022-03-14
	Audrey Harvey, conseillère en soins infirmiers volet soins aigus	2022-03-14
	Audrey Godin-Pelletier, infirmière clinicienne soutien à la pratique clinique, volet urgence et soins intensifs	2022-03-16
	Marie-Josée Pitre, conseillère en soins infirmiers volet réadaptation physique et loi 90	2022-03-02
	Amélie Roy, conseillère en soins infirmiers volet dépendance	2022-03-02
	Claudine Dansereau, conseillère en soins infirmiers volet Programmes Jeunesse et Activités de santé publique	2022-03-10
	Nancy Rousseau, assistante chef inhalothérapeute HAL	2022-03-03
	Dave Métras, conseiller en soins infirmiers volet hébergement	2022-03-15
	Chantal Laroche, conseillère en soins infirmiers médecine chirurgie	2019-01-11
	Christelle Robert, conseillère cadre aux outils cliniques	2022-02-24
	Johanne Racine. Assistante chef inhalothérapeute Suroît	2022-03-14
	Marie-France Vient, inhalothérapeute	2022-06-06
	Christine Rossel, APPR DSMREU	2022-08-24

Processus de recommandation		
Recommandé par le(s) chef(s) de départements médicaux	 Dre France Fréchette Chef médical de l'urgence et UHB	2022-10-28
	 Dre Josée Hébert Chef médical en obstétrique-gynécologie	2022-10-28
	 Dre Lynne Dumais Chef médical d'anesthésie-réanimation	2022-10-28
	 Dre Maya Marc Chef médical de la pédiatrie	2022-10-28
	 Dr Mitchell Germain Chef médical de la médecine générale	2022-10-28
	 Dr Joseph Itovitch Chef médical de la chirurgie	2022-10-28
	 Dr Pierre McCabe Chef de la médecine spécialisée	2022-10-28
Historique du document		
Approuvé par	 Dre Élise Gilbert, présidente Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens	2022-11-01
Annulation d'outils cliniques existants		
En date d'entrée en vigueur mentionnée, cette ordonnance collective vient annuler les outils cliniques suivants :		
Installation(s)	Annulation	
Hôpital du Suroît	OC-Initier l'administration d'oxygène chez la clientèle pédiatrique (moins de 18 ans) (1200-15-018) OC-Initier l'administration d'oxygène chez la clientèle adulte (18 ans et plus)(1200-14-001) OC-Initier l'administration d'oxygène chez la clientèle pédiatrique (moins de 18 ans)(1200-15-018)	
Secteur Jardins-Roussillon	OC-Administration d'oxygène(CLSC)	
CSSS Vaudreuil-Soulanges	OC-19 Initier l'administration d'O ₂ en situation d'urgence	

Initier l'administration d'oxygène chez une personne en insuffisance respiratoire ou en situation d'urgence

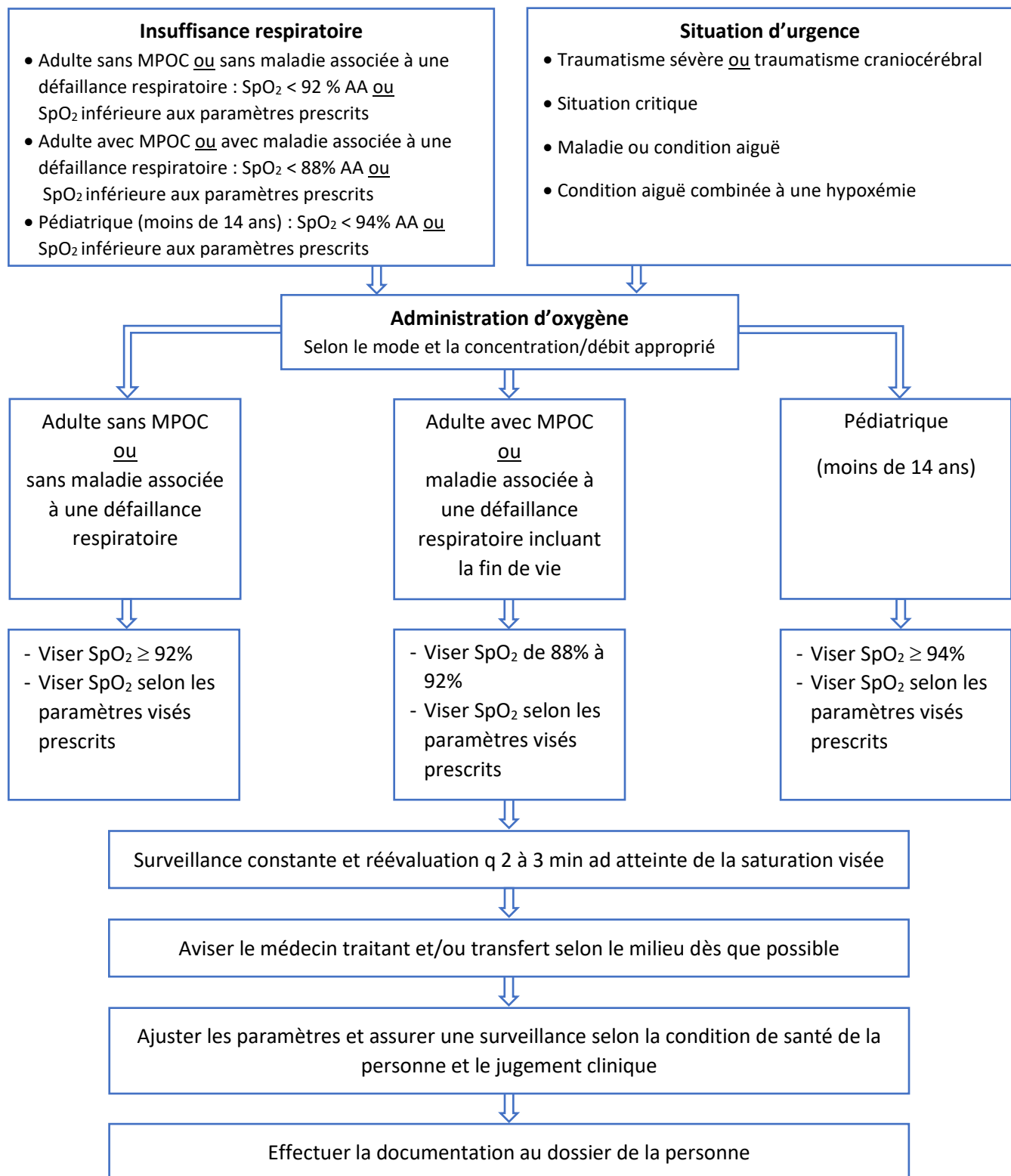
ANNEXE A

FRÉQUENCE RESPIRATOIRE NORMALE PÉDIATRIQUE ET ADULTE SELON L'ÂGE

Âge	Fréquence respiratoire (respirations par minute)
<i>Prématuré</i>	30-40 *courtes périodes d'apnée de 5-10 sec
<i>Nouveau-né à 6 mois</i>	30-60 *peut augmenter ad 80 dans les 6 à 8 premières heures de vie
<i>De 6 mois à 12 mois</i>	25-60
<i>De 1 an à 2 ans</i>	20-30
<i>De 2 ans à 4 ans</i>	20-25
<i>De 4 ans à 10 ans</i>	14-22
<i>De 10 ans à 15 ans</i>	12-18
<i>16 ans et plus</i>	10-20
<i>Femmes enceintes</i>	16-24

Méthode de soins informatisées (2021). Examen clinique du système respiratoire.

ALGORITHME DÉCISIONNEL POUR L'ADMINISTRATION D'OXYGÈNE



Initier l'administration d'oxygène chez une personne en insuffisance respiratoire ou en situation d'urgence