

Groupe de Travail inter-collégiales : Oxygénothérapie à haut débit en dehors des Soins Critiques

Version 1 – 20 novembre 2020

Coordination : Pr Jean-Damien Ricard (Médecine Intensive Réanimation, Louis Mourier)

Rédaction : Dr Hélène Vallet (Gériatrie, St-Antoine), Pr Guillaume Carteaux (Médecine Intensive Réanimation, Henri Mondor), Pr Jean-Damien Ricard (Médecine Intensive Réanimation, Louis Mourier), Pr Jean-Michel Constantin (Anesthésie Réanimation Médecine PériOpératoire, Pitié-Salpêtrière), Pr Xavier Lescure (Maladies Infectieuses, Bichat), Dr Benjamin Planquette (Pneumologie, Georges Pompidou), Pr Dominique Pateron (Médecine d'urgence, Saint-Antoine).

Relecture : Pr Antoine Vieillard-Baron (Médecine Intensive Réanimation, Ambroise Paré), Pr Marc Samama (Anesthésie Réanimation Médecine PériOpératoire, Cochin), Pr Frédéric Adnet (Médecine d'urgence, Avicenne)

1. Principes généraux

- 1) Privilégier – autant que faire se peut – la réalisation de l'OHD en soins critiques, dès lors qu'une ventilation invasive est envisagée en cas d'échec de l'OHD
- 2) Dans certains services aguerris à cette technique et possédant déjà des dispositifs et du personnel formé (Structures d'urgence, Services de Pneumologie par exemple), l'OHD peut s'envisager, y compris pour des patients pleinement réanimatoires
- 3) Le parc précis des dispositifs d'OHD doit être établi préalablement
- 4) Une centralisation des dispositifs est souhaitable
- 5) Il est impératif d'avoir statué sur l'intubation ou non, avant la mise en route de l'OHD. Cette décision est prise en respectant les souhaits du patient, en l'en informant ainsi que ses proches.
- 6) Quel que soit l'environnement dans lequel est réalisé cette technique, les personnels paramédicaux et médicaux sont formés
- 7) Il est indispensable de s'assurer auprès des services techniques et du biomédical, en lien avec la pharmacie, que l'utilisation simultanée de plusieurs dispositifs en salle ne pose pas de problème technique en matière de débit d'O₂
- 8) Il est important de rappeler aux familles qu'il s'agit d'une thérapeutique d'exception

Recours à l'oxygénothérapie à haut débit (OHD) ou à la CPAP en dehors des soins critiques

Trois aspects doivent être considérés:

1- Personnalisation du projet de soins :

Il est proposé en premier lieu de préciser le projet thérapeutique et les objectifs de traitements de façon collégiale, au mieux en intégrant le patient et ses proches dans les décisions. Ainsi, toute initiation d'un support non invasif d'oxygénation (OHD ou CPAP) en dehors de la réanimation doit faire l'objet d'une concertation entre le médecin du secteur concerné et un médecin réanimateur.

La personnalisation du projet de soins suivante, adaptée de la classification de la Society of Critical Care Medicine relative à la ventilation non invasive, peut être proposée, notamment chez le patient de gériatrie:

- 1) Projet « Réanimation » : Recours à l'OHD ou à la CPAP sans limitation a priori des thérapeutiques de réanimation.
- 2) Projet « Surveillance Continue » : Recours à l'OHD ou à la CPAP bien que la ventilation invasive ne fasse pas partie du projet thérapeutique.
- 3) Projet « Conventionnel » : Le recours à l'OHD ou à la CPAP ne fait pas partie du projet de soins.

Rappelons les éléments d'évaluation proposés par le groupe de travail « Ethique » des collégiales de médecine intensive-réanimation, d'anesthésie-réanimation, et de médecine d'urgence, qui informent la personnalisation collégiale du projet de soin :

A. Le respect des valeurs et des préférences et du patient

B. La prise en compte de l'état antérieur du patient, en particulier :

i. sa fragilité à évaluer par le score de fragilité clinique (CFS) et son autonomie fonctionnelle : par exemple un CFS \leq 2 est généralement nécessaire pour qu'un patient par ailleurs âgé puisse potentiellement bénéficier d'un projet « Réanimation », un CFS \leq 4 peut généralement autoriser un projet « Soins continus », et un CFS \leq 5 oriente généralement vers un projet « Conventionnel ». (cf CFS en fin de document)

ii. ses comorbidités

iii. son état neurocognitif : par exemple les patients porteurs d'un trouble neurocognitif majeur sévère (MMS $<$ 10) et/ou les patients déambulants rend généralement impossible tout projet d'admission en soins intensifs

C. La prise en compte de sa sévérité actuelle

D. L'évaluation de son confort physique et psychologique et de son besoin d'être soulagé.

Cette évaluation devrait se faire, autant que possible, de manière conjointe entre l'urgentiste, le réanimateur et le médecin du secteur de soin concerné

Quel que soit le projet de soins initialement proposé, celui-ci est réévalué quotidiennement, en prenant notamment en considération les altérations physiologiques progressives au cours de l'hospitalisation.

2- Lieu de réalisation de ces techniques

Ce lieu dépend de la personnalisation du projet de soins et des ressources disponibles.

A. Pas de dépassement des capacités de soins critiques

- 1) Projet « Réanimation » : L'OHD ou la CPAP sont réalisées en Unité de Surveillance Continue ou en Réanimation.
- 2) Projet « Surveillance Continue » : L'OHD ou la CPAP sont réalisées en Unité de Surveillance Continue.
- 3) Projet « Conventionnel » : Il n'est pas proposé de recourir à l'OHD ni à la CPAP. Chez ces patients, l'oxygénothérapie standard est poursuivie en salle.

B. Dépassement des capacités de soins critiques

Il est proposé de recourir à l'OHD ou à la CPAP en secteur de soin, en débutant par les patients ayant un projet « Surveillance Continue » afin de maintenir autant que possible les patients ayant un projet « Réanimation » dans les Unités de Surveillance Continue et de Réanimation.

Dans ce cas-là, l'indication de l'OHD ou de la CPAP doit se faire en concertation avec le réanimateur. L'évaluation de l'efficacité et de la tolérance doit se faire de manière quotidienne par le médecin du secteur concerné. Le réanimateur pourra être concerté à tout moment en cas de besoin.

Les familles seront clairement informées du caractère exceptionnel du recours à ce type de technique intensive en hospitalisation conventionnelle et de la possibilité de son arrêt en cas d'inefficacité ou d'inconfort.

3. Formation et usage pratique

L'usage de l'OHD et de la CPAP nécessite une formation des équipes avant son utilisation. Dans la mesure du possible, les médecins devraient pouvoir être formés par les médecins réanimateurs. Les équipes IDE pourraient être formées par le fournisseur ou par les médecins préalablement formés.


Les réglages de l'OHD devraient être confiés aux médecins uniquement. La surveillance de l'OHD (fréquence, variables pertinentes à recueillir et critères d'appel du réanimateur) doit être établie avant la mise en place de la technique en dehors des soins critiques.

D'une manière générale, la mise en place de l'OHD et de la CPAP ne doit pas mettre en tension les équipes paramédicales.

Une check-list de mise en route de l'OHD est proposée ci-dessous :

	Oui	Non	Non Adapté	A réévaluer
Hypoxémie non corrigée sous O2				
Place disponible en soins critiques				
Patient confortable				
Score de fragilité ≥ 5				
Troubles cognitifs				
Réanimateurs informés				
Transfert en Réanimation si dégradation				
Transfert en USC si dégradation				
Intubation prévue si dégradation				
Famille informée du projet.				
Patient informé du projet.				
Pas de limitation technique en secteur de soin.				

Score de fragilité (Clinical Frailty Scale)

Clinical Frailty Scale	
 <p>1 Very Fit – People who are robust, active, energetic and motivated. These people commonly exercise regularly. They are among the fittest for their age.</p>	 <p>7 Severely Frail – Completely dependent for personal care, from whatever cause (physical or cognitive). Even so, they seem stable and not at high risk of dying (within ~ 6 months).</p>
 <p>2 Well – People who have no active disease symptoms but are less fit than category 1. Often, they exercise or are very active occasionally, e.g. seasonally.</p>	 <p>8 Very Severely Frail – Completely dependent, approaching the end of life. Typically, they could not recover even from a minor illness.</p>
 <p>3 Managing Well – People whose medical problems are well controlled, but are not regularly active beyond routine walking.</p>	 <p>9 Terminally Ill – Approaching the end of life. This category applies to people with a life expectancy <6 months, who are not otherwise evidently frail.</p>
 <p>4 Vulnerable – While not dependent on others for daily help, often symptoms limit activities. A common complaint is being “slowed up”, and/or being tired during the day.</p>	<p>Scoring frailty in people with dementia</p> <p>The degree of frailty corresponds to the degree of dementia. Common symptoms in mild dementia include forgetting the details of a recent event, though still remembering the event itself, repeating the same question/story and social withdrawal.</p> <p>In moderate dementia, recent memory is very impaired, even though they seemingly can remember their past life events well. They can do personal care with prompting.</p> <p>In severe dementia, they cannot do personal care without help.</p>
 <p>5 Mildly Frail – These people often have more evident slowing, and need help in high order IADLs (finances, transportation, heavy housework, medications). Typically, mild frailty progressively impairs shopping and walking outside alone, meal preparation and housework.</p>	
 <p>6 Moderately Frail – People need help with all outside activities and with keeping house. Inside, they often have problems with stairs and need help with bathing and might need minimal assistance (cuing, standby) with dressing.</p>	