

Oxygénothérapie à domicile DE NOUVELLES LIGNES DIRECTRICES

et un nouveau cadre de référence en vigueur au Québec.

PAR **DIANE NAULT**, INF., M.SC.

De nouvelles lignes directrices en matière d'oxygénothérapie à domicile ont été déposées en juin 2009 au Comité exécutif de l'Association des pneumologues de la province de Québec (APPQ). À la suite de quoi le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec a révisé, avec l'aide d'experts, le cadre de référence régissant l'organisation et la gestion des services d'oxygénothérapie à domicile pour l'ensemble des régions du Québec. Le nouveau Programme national d'oxygénothérapie à domicile est en vigueur depuis juin 2011. Voici les principaux changements apportés au cadre de référence national, dont les recommandations basées sur les lignes directrices de l'APPQ s'adressent autant aux médecins prescripteurs d'oxygène à domicile, aux gestionnaires, pneumologues responsables de programme d'oxygénothérapie à domicile, qu'à tous les professionnels de la santé œuvrant auprès de la clientèle oxygène-dépendante, voire à toute personne nécessitant de l'oxygène à long terme.



© iStockphoto.com / Pflones

RÈGLES DE BASE

Collaboration du patient

Il est important que le patient recevant de l'oxygène à domicile collabore à son traitement en respectant sa prescription et en se rendant disponible aux visites de suivi à domicile.

Critères généraux d'admissibilité et fidélité thérapeutique

L'admissibilité à l'oxygénothérapie à long terme doit être déterminée à partir des valeurs du gaz artériel et des critères généraux qui sont les mêmes qu'auparavant, soit : une PaO_2 de repos ≤ 55 mmHG, ou ≤ 59 mmHG avec signes de cœur pulmonaire en forme d'œdème périphérique, d'une hémocrite $\geq 55\%$ ou d'ondes « P » pulmonaires à l'ECG. Dans la majorité des cas, la prescription d'oxygène est débutée en état d'instabilité et doit donc être réévaluée dans les 12 semaines suivantes

pour que l'oxygénothérapie soit considérée à long terme. À ce moment, entre 30 et 50 % des patients ne répondront plus aux critères d'admissibilité et l'oxygène pourra être cessé. On recommande que les patients utilisent l'oxygène pendant au moins 15 à 18 heures par jour ; si l'utilisation est inférieure à ce nombre d'heures, les bénéfices sont incertains.

Cinq changements majeurs figurent dans le Programme national d'oxygénothérapie à domicile basé sur les nouvelles lignes directrices québécoises

1 L'oxygénothérapie à long terme n'est plus indiquée pour les patients fumeurs.

Cette décision est fondée sur les risques connus de brûlures et d'incendie et le fait qu'il n'y a aucun avantage relatif à la survie des patients hypoxémiques qui continuent de fumer. Une abstinence de 4 semaines du tabagisme est nécessaire avant de débiter le traitement d'oxygène à long terme.

2 L'oxygénothérapie nocturne est prescrite seulement chez les patients qui ont une saturation < à 90 % plus de 30 % de la nuit, avec présence de signes cliniques de cœur pulmonaire ou d'arythmies cardiaques.

PROGRAMME NATIONAL D'OXYGÉNOTHÉRAPIE À DOMICILE

L'objectif du nouveau cadre de référence est de fournir des « balises » nationales quant aux critères d'admissibilité des usagers, des responsabilités des différentes instances impliquées, de l'équité et de la qualité des services, du mécanisme de suivi et d'évaluation. Un modèle de contrat d'engagement de l'usager aux soins d'oxygénothérapie à domicile est inclus dans le cadre de référence. Ce contrat a été créé dans le but d'éclairer les personnes pouvant bénéficier de ces soins sur les conditions à respecter concernant le suivi et les mesures de sécurité du milieu.

RECOMMANDATIONS

La validité des données scientifiques appuyant chacune des recommandations a été quantifiée à l'aide du système GRADE. Cette classification est basée sur la qualité des données scientifiques et sur le rapport existant entre les bénéfices d'une thérapie en comparaison des coûts et des risques encourus.

Les deux essais cliniques randomisés évaluant l'efficacité de l'oxygénothérapie nocturne n'ont pu démontrer d'effets sur la mortalité ou sur la progression de la maladie. Exceptionnellement, les patients atteints de fibrose kystique peuvent recevoir de l'oxygénothérapie nocturne si la désaturation est < à 90 % plus de 10 % de la nuit. Les patients atteints d'hypertension pulmonaire sévère (> 40 mmHG) qui présentent une désaturation isolée nocturne peuvent également recevoir de l'oxygénothérapie nocturne.

3 L'oxygénothérapie de déambulation est prescrite aux patients qui répondent aux critères généraux d'oxygénothérapie à long terme, mais qui sortent de leur domicile au moins 4 heures par semaine et qui ont une désaturation à l'effort sous le seuil de 85 % démontrée par un test de marche de 6 minutes en laboratoire.

Les études scientifiquement valides ne démontrent aucun effet réel sur la qualité de vie, le statut fonctionnel et la capacité à l'exercice de patients avec MPOC sévère. Dans les faits, les patients ne perçoivent aucune amélioration de leur qualité de vie et ne passent pas davantage de temps à l'extérieur. Une exception existe à cette règle : on encourage l'utilisation de l'oxygène de déambulation ou à l'effort chez les patients qui ont de l'hypertension pulmonaire (> 40 mmHG) afin de prévenir une détérioration.

4 L'oxygène de confort peut être prescrit en présence d'une hypoxémie sévère (saturation au repos < à 88 %) chez les patients porteurs d'un cancer du poumon ou ayant une atteinte pulmonaire liée à tout autre forme de cancer lorsque le pronostic vital est estimé à moins de 3 mois.

L'oxygénothérapie n'est pas le traitement de première intention chez ces patients ; la morphine seule ou en combinaison aux benzodiazépines est plus efficace en terme de confort.

5 Les patients souffrant d'insuffisance cardiaque chronique avec une hypoxémie significative ($PaO_2 \leq 59$ mmHG) sont maintenant éligibles à l'oxygénothérapie à long terme.

Indications pour les maladies neuromusculaires, la cyphoscoliose, le syndrome d'apnée/hypopnée obstructive du sommeil (SAHOS) et les autres pathologies pulmonaires.

L'assistance ventilatoire est le traitement à privilégier pour les patients atteints de maladies neuromusculaires ou de cyphoscoliose. L'oxygène sera ajouté si, en dépit d'une ventilation adéquate, l'hypoxémie persiste. Le CPAP est la thérapie de choix pour ceux atteints d'apnée du sommeil. Exceptionnellement, l'oxygène pourra être substitué au CPAP si l'appareil n'est pas toléré. On applique les critères généraux d'admissibilité pour prescrire de l'oxygène aux patients souffrant de maladies interstitielles comme la fibrose pulmonaire.



PAR **PATRICIA CÔTÉ**, INF., M.A.

Le RQAM est un organisme à but non lucratif qui regroupe des professionnels du Québec œuvrant auprès des personnes atteintes de maladies respiratoires chroniques et associées. Fort d'une expertise reconnue, il offre de la formation, de l'accompagnement et des outils aux intervenants et aux gestionnaires du réseau de la santé.

Il constitue un réseau de référence et d'expertises interdisciplinaires qui vise l'amélioration et l'harmonisation de la qualité des interventions auprès des personnes atteintes de maladies respiratoires et de leurs proches. Il propose différentes activités :

- > Formation de médecins et d'infirmières en GMF et en CSSS, d'infirmières auxiliaires, d'inhalothérapeutes, de nutritionnistes, de pharmaciens, etc.
- > Réseautage entre professionnels de divers milieux et de différentes régions.
- > Soutien et services-conseils auprès des intervenants par l'élaboration d'outils d'intervention et de réflexion sur des thèmes ou problématiques spécifiques.
- > Collaboration avec les ordres professionnels.
- > Expertise transmise à des organismes gouvernementaux, paragouvernementaux ou à but non lucratif : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Institut national d'excellence en santé et services sociaux, Institut national de santé publique du Québec, Santé Canada, Environnement Canada, Association pulmonaire du Québec, Asthme et Allergies Québec, Association des handicapés respiratoires de Québec, etc.
- > Évaluation, révision, approbation scientifique et andragogique de documents ou de matériel éducatif élaborés par les intervenants.

Pour en savoir plus : www.rqam.ca et www.readaptsante.com

Patricia Côté est directrice exécutive et conseillère principale du RQAM. Vous pouvez la joindre au 1 877 441-5072.



Les indications d'oxygénothérapie à domicile sont beaucoup plus précises depuis la parution des nouvelles lignes directrices de l'APPQ et du nouveau cadre de référence gouvernemental. Il faut toutefois promouvoir la diffusion de l'information à grande échelle en raison des nombreux changements apportés sur le plan de l'admissibilité des usagers. ■

L'auteure est conseillère clinicienne en soins infirmiers. Elle travaille au Service régional de soins à domicile pour malades pulmonaires chroniques (SRSAD) de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont de Montréal et est membre du Comité scientifique RQAM.

Sources

Lacasse, Y., R. Gauthier, B. Paradis, M. Chassé, J. Deschênes et C. Allard. *L'oxygénothérapie à domicile au Québec : Lignes directrices 2009*, Association des pneumologues de la province de Québec (APPQ), 2009.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). *Programme national d'oxygénothérapie à domicile : cadre de référence*, Québec, 2011, 163 p. [En ligne : www.msss.gouv.qc.ca/documentation/publications]