



FICHE ANNEXE N° 1: OXYGENOTHERAPIE DANS LES SEGMENTS DE L'OFFRE DE SOINS AU COURS DU REBOND EPIDEMIQUE DE COVID-19

Références

- HAS : proposer une oxygénothérapie à domicile, une modalité adaptée pour certains patients (9 novembre 2020)¹
- CNUH-CNP MIR-CNP ARMPO : propositions d'organisation pour des soins critiques sécurisés dans le contexte de la nouvelle vague pandémique Covid-19²
- SPLF : les conseils du GAVO2 2020 sur la ventilation et l'O2 de domicile³
- SPLF : oxygénothérapie courte durée dans le cadre de patients atteints de la Covid-19+ grave hors milieu pneumologique⁴
- SPLF : procédure de prise en charge pneumologique hors réanimation des patients hospitalisés dans le cadre de la pandémie Covid-19⁵

L'oxygène constitue le traitement symptomatique central et essentiel à la prise en charge de l'atteinte respiratoire liée à la Covid-19, afin de pallier le défaut d'oxygénation des patients souffrant d'une pneumonie hypoxémiante de gravité variable.

L'oxygénothérapie peut être déployée dans les différents segments de l'offre de soin (de la ville à la réanimation) avec le souci d'une **mise en œuvre encadrée et sécurisée, dans une optique du juste soin permettant une fluidification des parcours.**

Par rapport à la première vague du printemps, le développement des méthodes non invasives, en particulier d'oxygénation à haut débit nasal permettent d'envisager une **prise en charge non invasive des patients, en USI Covid pour les moins sévères, tant à la phase initiale de la maladie qu'après un passage en réanimation.**

Le développement de **l'oxygénothérapie à domicile**, dans les suites d'une hospitalisation, est susceptible de diminuer la pression sur le système hospitalier en réduisant les durées de séjour. En amont de l'hospitalisation, l'oxygénothérapie à domicile pour la prise en charge des patients peu symptomatiques ne relevant pas d'une oxygénothérapie hospitalière, ou en cas de dépassement franc des capacités d'accueil hospitalières, permettra de **décharger les structures hospitalières.**

¹ https://www.has-sante.fr/jcms/p_3216861/fr/covid-19-proposer-une-oxygenotherapie-a-domicile-une-modalite-adaptee-pour-certains-patients

² https://www.srlf.org/wp-content/uploads/2020/11/2020_11_09_Organisation_Soins_Critiques_Final-Valide%CC%81.pdf / <https://sfar.org/propositions-dorganisation-pour-des-soins-critiques-securises-dans-le-contexte-de-la-nouvelle-vague-pandemique-covid-19/>

³ <https://splf.fr/wp-content/uploads/2020/05/ConseilsGAVO2-2020-pdf.pdf>

⁴ <https://splf.fr/wp-content/uploads/2020/11/SPLF-COVID19-FOCUSO2-06112020.pdf>

⁵ <https://splf.fr/wp-content/uploads/2020/04/Groupe-GAVO2-ProcEDURE-de-prise-en-charge-pneumologique-hors-rea-des-patients-hospitalises-dans-le-cadre-de-la-pandemie-COVID19-Avril-2020.pdf>



1. Oxygénothérapie à domicile

Il s'agit d'une pratique innovante, encadrée par une recommandation de la HAS, permettant d'envisager de **décharger le système hospitalier en cas de saturation capacitaire**, en prenant en charge à domicile les patients avec une atteinte pulmonaire modérée ne nécessitant pas une indication formelle à l'hospitalisation ou bien dans les suites d'une hospitalisation après stabilisation du patient.

La mise en œuvre à domicile se fait après concertation entre les acteurs du soin de ville, médecin traitant, IDE à domicile, prestataires d'oxygénothérapie et/ou HAD et une **équipe hospitalière multidisciplinaire** (pneumologie, maladies infectieuses, soins critiques, gériatrie) selon les **modalités pratiques encadrées par les sociétés savantes** (SPLF, COREB, CMG).

Une **identification des patients au niveau du SAMU référent** pour anticiper la prise en charge urgente en cas de dégradation est nécessaire.

Les critères d'éligibilité sont listés dans les recommandations de la HAS⁶. Ces critères sont identiques entre une prise en charge par l'HAD ou par un professionnel libéral en lien avec un prestataire. L'HAD, composée d'une équipe pluridisciplinaire (médecin, IDE, assistant social, diététicien, psychologue, masseur kinésithérapeute, etc.), assure de façon systématique :

- l'astreinte 24/24
- l'évaluation de la compatibilité de l'environnement du patient (présence d'un aidant...)
- la prise en charge globale du patient : sociale, nutritionnelle, réhabilitation à l'effort, prévention des complications, prévention de la perte d'autonomie etc.

Quelle que soit la prise en charge retenue, les objectifs thérapeutiques sont de maintenir une SpO2 > à 92% avec un débit d'oxygène < 4 L/min. Les patients sont équipés d'un saturomètre et une visite IDE à domicile pluriquotidienne est organisée.

Les modalités pratiques de mise en œuvre (fiche de prescription et de surveillance, matériel etc) font l'objet de recommandations de la SPLF⁷.

Un certain nombre de signes d'alerte doivent être recherchés de façon pluriquotidienne et déclencher le contact hospitalier en urgence :

- nécessité de recourir à des débits d'oxygène >3L/min avec une désaturation rapide
- nécessité de recourir à des débits d'oxygène ≥ 4L/min (appel du 15)
- désaturation < 90% à au moins 2 prises consécutives (appel du 15)
- apparition d'une complication quelle qu'elle soit
- non amélioration après 72 heures
- décision du médecin généraliste à tout moment.

⁶ https://www.has-sante.fr/jcms/p_3216861/fr/covid-19-proposer-une-oxygenotherapie-a-domicile-une-modalite-adaptee-pour-certains-patients

⁷ <https://splf.fr/wp-content/uploads/2020/05/ConseilsGAVO2-2020-pdf.pdf>



2. Oxygénothérapie à haut débit et ventilation non invasive

Depuis la première vague du printemps, les données sur le risque de dissémination de bio aérosols associé à la mise en œuvre de techniques d'assistance respiratoire non invasive comme l'oxygénothérapie à haut débit nasal humidifié, la ventilation non invasive, la CPAP ont permis de **repositionner ces techniques à la phase aigüe de la prise en charge des patients Covid, mais aussi en aval d'un épisode de ventilation mécanique invasive en réanimation.**

Cette prise en charge non invasive initiale, lorsqu'elle est un succès et permet d'éviter l'intubation, est susceptible de réduire la durée de séjour en soins critiques et à l'hôpital. **Les techniques de haut débit nasal et de CPAP sont susceptibles d'être mise en œuvre dans les unités USI Covid permettant d'envisager une diminution de la pression sur les unités REA Covid.**

Une **formation adéquate aux techniques de suppléances et à la surveillance clinique et paraclinique des patients** est indispensable en particulier pour les patients à la phase initiale de la maladie, susceptibles de se dégrader très rapidement et nécessitant donc une prise en charge en réanimation. La technique de ventilation non invasive à deux niveaux de pression, plus complexe à appréhender chez le patient hypoxémique en insuffisance respiratoire aigüe, doit être **réservée aux unités avec du personnel ayant une expertise antérieure à la pandémie.**

3. Stocks et disponibilité locale de l'oxygène

Le recours plus important aux techniques d'oxygénation tant en ville à faible débit qu'à l'hôpital avec le développement du haut débit nasal, impose une **vigilance sur la disponibilité logistique des débits suffisants d'oxygène.**

Dans les circuits de fluides médicaux au sein des établissements de santé, il convient d'**anticiper la sollicitation accrue liée au haut débit d'oxygène en particulier en cas de création de novo d'unités USI COVID dans des secteurs habituellement limités à l'oxygénothérapie standard.**

A l'échelle régionale et nationale, **la gestion des stocks et de l'approvisionnement doit être assurée en continu.** L'état des lieux des stocks de dispositifs d'oxygénation à haut débit ainsi que leur ventilation au sein des établissements doit être anticipée.

La figure ci-dessous reprend les éléments de cadrage de l'oxygénothérapie à domicile.

