

# Explications des caractéristiques minimales de la « ventilation non invasive hors des soins intensifs » (CHOP 93-9E\_2016\_fr) version 01.07.2016

## 0. Définition générale de la ventilation non invasive (VNI)

Sous le terme de ventilation non invasive, on désigne l'administration de pression positive ou d'une assistance ventilatoire qui ne requiert pas d'interface endotrachéale entre le patient et le ventilateur. Exceptionnellement peuvent aussi figurer sous ce code des patients trachéotomisés, quand ils remplissent les critères pour l'indication, le traitement et la surveillance.

### 1. Indication :

En référence au point 1 « Indication » des caractéristiques minimales :  
Je mettrais plutôt : Les critères minimaux pour l'indication à la VNI sont :

*Valable pour les patients dès leur première année de vie révolue. Patients avec une insuffisance respiratoire moyennement sévère à sévère qui ne sont pas pris en charge dans une unité de soins intensifs, notamment les patients avec une insuffisance cardiaque ou une BPCO décompensée, un syndrome d'obésité-hypoventilation, les patients en stade terminal avec une dyspnée sévère surajoutée ; les patients avec une insuffisance respiratoire chronique en particulier les patients avec une BPCO ou une maladie neuromusculaire ; sevrage ventilatoire (sevrage après ventilation mécanique) hors des soins intensifs.*

### 2. Exigences pour les professionnels de santé spécialisés non-médecins (« experts en ventilation »)

En référence au point 2 (« équipe de ventilation ») des caractéristiques minimales :  
Idem ici : je mettrais : Les caractéristique minimales devant être remplies par l'équipe de ventilation sont :

*Une équipe de ventilation doit impérativement comprendre un médecin avec un titre de spécialiste en pneumologie au bénéfice d'un contrat à durée indéterminée quit (sera ?) aussi responsable de la poursuite de la VNI sur un mode ambulatoire, lorsque cela est indiqué.  
Experts en ventilation : 1 expert pour 5 patients doit être atteignable en permanence (7 jours sur 7 et 24h sur 24) et doit pouvoir se rendre auprès du patient en moins de 10 minutes. La prise en charge médicale spécialisée par un médecin avec des compétences particulières en ventilation non invasive (pneumologue, anesthésiste, réanimateur) doit être garantie en l'espace de 30 minutes en permanence (7 jours sur 7 et 24h sur 24).*

Les soins aux patients dans le domaine des maladies respiratoires, en particulier en ce qui concerne les mesures de soutien ventilatoire non invasives et invasives, nécessitent de la part des professionnels de santé spécialisés non-médecins des connaissances et des compétences spécifiques. Aussi bien dans un contexte hospitalier qu'ambulatoire, les médecins peuvent déléguer à ces professionnels de santé spécialisés des actions que ceux-ci peuvent effectuer de façon autonome et en assumant la responsabilité.

La formation proposée jusqu'à présent menant à l'examen professionnel de « conseiller / conseillère en affections respiratoires et tuberculose avec brevet fédéral » doit être élargie et complétée afin

que les compétences citées plus haut soient garanties. Cette formation conduira à l'obtention du titre « expert/experte spécialisé(e) en soins respiratoires avec diplôme fédéral ». Le programme de formation ainsi que l'examen sont actuellement en cours de révision pour répondre à ces nouvelles exigences. Une première session d'examen est prévue en 2018.

Une solution transitoire sera valable jusqu'au 1.1.19 pour les professionnels de santé non-médecins (« experts en ventilation ») :

- personnel soignant diplômé avec formation continue en soins intensifs
- personnel soignant diplômé avec formation complémentaire en soins intermédiaires et expérience pratique d'une année avec des patients sous ventilation non invasive et invasive
- physiothérapeutes diplômé(e)s, infirmières/infirmiers diplômé(e)s, infirmières/infirmiers ou techniciennes/techniciens du sommeil (spécialistes avec formation correspondante, par exemple celle de l'American Sleep Disorders Association pour somnologues non-médecins, ou titre équivalent), pour autant qu'ils aient une expérience pratique au minimum d'une année avec des patients sous ventilation non invasive et invasive
- physiothérapeutes diplômé(e)s, infirmières/infirmiers diplômé(e)s, infirmières/infirmiers ou techniciennes/techniciens du sommeil qui ont effectué la formation continue « SASplus/NIV » (cours proposé par la Ligue pulmonaire suisse et la Société suisse de pneumologie) et qui ont une expérience pratique de 3 mois au minimum avec des patients sous ventilation non invasive et invasive

Les experts en ventilation déjà actifs au 1.1.19 ont une période transitoire supplémentaire de 2 ans jusqu'en 2021 pour l'obtention du diplôme.

### 3. Exigences en ce qui concerne l'infrastructure

En référence au point 3 « infrastructure » des caractéristiques minimales :

Comme on se trouve déjà sous le point 3 je proposerais de mettre : Caractéristiques minimales de l'infrastructure

*Chambre à 4 lits au maximum, avec possibilité de surveillance vidéo, monitoring ventilatoire 24h/24 et 7 jours/7 (etCO<sub>2</sub> ou tcCO<sub>2</sub> ; courbes ventilatoires en temps réel, oxymétrie de pouls) ; analyse des gaz sanguins disponible 24h/24 et 7 jours/7 ; le traitement est possible dans une unité de soins intermédiaires, mais ne peut pas être réalisé simultanément à la prise en charge d'un cas complexe de soins intermédiaires. Le transfert dans une unité de soins intensifs en l'espace d'une heure doit pouvoir être garanti.*

#### 3.1 Equipement

- Ventilateurs: ils doivent répondre aux normes correspondantes pour « appareils de ventilation à domicile pour patients dépendants d'un ventilateur» et « appareils de ventilation à domicile pour assistance respiratoire» (normes des ventilateurs) ou « ventilateurs support de vie» (norme officielle) selon l'ordonnance sur les dispositifs médicaux ODim sous admin.ch
- Pour les patients dépendants du ventilateur ou pour les patients qui ne peuvent pas enlever le masque eux-mêmes, un ventilateur avec batterie interne est indispensable.
- L'adjonction d'oxygène > 10L/min doit être possible avec adaptateur correspondant
- Oxymétrie et capnographie en continu doivent être disponibles (déjà mentionné dans l'infrastructure)
- Aérosols : un adaptateur, un nébulisateur spécifique ou un système d'espaceur doivent être disponibles

- Prise en charge des expectorations : des dispositifs d'aide à la toux (de type Cough Assist ?) doivent être disponibles, y compris un système d'aspiration
- Laboratoire : l'analyse des gaz sanguins sur place ou à proximité doit être disponible en permanence, avec possibilité d'obtenir les résultats immédiatement (déjà mentionné plus haut)
- Moyens diagnostiques supplémentaires : l'institution doit offrir la possibilité de pratiquer une bronchoscopie, une polygraphie un examen du sommeil et des épreuves fonctionnelles respiratoires
- Il convient de vérifier les directives hospitalières internes en cas d'urgence pour qu'elles soient fonctionnelles et actuelles, le cas échéant elles devront être adaptées

### 3.2 Monitoring

- Les patients dépendants d'un ventilateur doivent bénéficier d'un monitoring en continu. Les fonctions d'alarme correspondantes avec déviation de l'alarme doivent être garanties (également en cas de panne de courant/passage sur un générateur de secours). Le temps de réaction ne doit pas dépasser 60 secondes.
- Sonnettes avec temps de réaction garanti dans un délai de 10 minutes pour tous les autres patients
- Si les patients ne sont pas en contact visuel direct avec la centrale de monitoring, il convient d'évaluer si leur sécurité peut être améliorée par :
  - une caméra vidéo infrarouge avec le son et interphone
  - des appareils de mesure de la ventilation et du CO2 fonctionnant de manière autonome avec possibilité de voir les tendances et les courbes
  - un monitoring ventilatoire, par exemple etCO2 ou tcCO2, courbes ventilatoires en temps réel

### 4. Traitement et documentation

En référence au point 4 des caractéristiques minimales :  
 Idem : « Les exigences minimales pour la VNI et le suivi sont »

*Au minimum 8h/j de ventilation non invasive (y compris CPAP, nCPAP, oxygénothérapie à haut débit) ; documentation sur les 8h des paramètres vitaux y compris fréquence respiratoire, oxymétrie de pouls, pCO2 et réglages du ventilateur. Ceux-ci doivent être évalués r sur place par le médecin en charge au moins 1x/jour ; l'équipe d'experts en ventilation a la compétence spécialisée de modifier les réglages des ventilateurs dans les limites fixées par le médecin ; visite quotidienne (7 jours/7) par les experts en ventilation et le médecin spécialiste avec des compétences particulières en ventilation non invasive ; à la demande, formation des patients et des proches jusqu'à 6 jours/semaine.*

Voir les modèles de documents FMH [http://www.fmh.ch/fr/tarifs\\_hospitaliers/swiss-drg/modeles-documentation.html](http://www.fmh.ch/fr/tarifs_hospitaliers/swiss-drg/modeles-documentation.html)

Visé par la société de pneumologie responsable des tarifs.

Ce document est à disposition sur la page de la société suisse de pneumologie sous le lien suivant ...