

Dépistage précoce de la dysphagie oropharyngée

Projet soutenu dans le cadre de l'initiative du plan d'action en transfert des connaissances du comité directeur de la recherche en traumatologie AERDPQ-AQESSS.

La dysphagie est un problème fréquemment rencontré chez les usagers traumatisés crâniens-cérébraux modérés-sévères et les blessés médullaires avec atteinte cervicale en phase de soins aigus. Un projet d'implantation d'une pratique clinique fondée sur les résultats probants portant sur le dépistage précoce de la dysphagie oropharyngée chez ces clientèles est en cours dans notre organisation depuis octobre 2013. Ce thème a été choisi par une équipe interdisciplinaire en réponse à la volonté organisationnelle, depuis quelques années, de mettre en œuvre des interventions pour mieux identifier les troubles de la déglutition. Le choix du projet a entre autres été motivé par le haut niveau d'évidence associé au dépistage de la dysphagie oropharyngée, le manque de standardisation en lien avec cette pratique, les problèmes de pneumonie d'aspiration rencontrés dans notre centre et la nécessité d'initier des démarches pour optimiser la nutrition des usagers en traumatologie.

L'activité clinique de dépistage de la dysphagie oropharyngée concerne l'ensemble des infirmières et candidates à l'exercice de la profession infirmière (C.E.P.I) de l'hôpital du Sacré-Cœur de Montréal membre en règle de l'OIIQ, ayant suivi la formation sur le dépistage de la dysphagie oropharyngée et réussi le test d'évaluation des compétences suite à la formation.

La clientèle cible de l'activité clinique de dépistage inclue tous les usagers hospitalisés dans les unités de soins intensifs, de soins intensifs intermédiaires, de traumatologie et des sciences neurologiques, qui sont atteints d'un traumatisme crânien cérébral modéré à sévère ou d'une blessure médullaire avec atteinte cervicale, dans les 24h post-admission ou entre 4 h et 24 h après le retrait du tube endotrachéal, sauf si présence d'une trachéotomie. L'utilisateur peut être porteur ou non d'un tube naso-gastrique et peut faire l'objet ou non d'un suivi par une orthophoniste et une nutritionniste.

Le projet implique entre autres la collaboration de tout un comité interdisciplinaire d'implantation. Les membres du comité ont été choisis en fonction des disciplines et spécialités concernées, des postes stratégiques qu'ils occupent dans l'organisation pour assurer le bon déroulement du projet, ainsi que la complémentarité de leurs compétences.

COMITÉ INTERDISCIPLINAIRE D'IMPLANTATION

Responsable du projet :

- Mélanie Bérubé, IPA, M.Sc.,
Conseillère clinique en traumatologie
et orthopédie

Gestionnaire du programme/service :


- Marie St-Amour, Inf. M.Sc
Infirmière clinicienne coordonnatrice du
projet :
- Marie-Pierre Valiquette, B.Sc, M.Sc.
(cand.), Infirmière clinicienne, soins
intensifs

Co-chercheurs et collaborateurs :

- Anne-Marie Pauzé, M.Sc.,
Orthophoniste
- Dany Fortin, M.Sc., Chef de l'unité de
traumatologie
- Isabelle Lepage, B.Sc., Chef de l'unité
de neurochirurgie
- Michèle Tremblay, M.Sc., Chef de
l'unité des soins intensifs
intermédiaires
- Dr Francis Bernard, Neuro-
intensiviste, Interniste
- Dr Philippe Rico, Intensiviste,
Interniste
- Dr Marc Giroux, PhD, Neurochirurgien
- Dr Jean-Marc MacThiong, PhD,
Chirurgien orthopédiste
- Marie-Ève Côté, B.Sc., Nutritionniste
- Damien Contandriopoulos, PhD,
Chercheur en transfert des
connaissances
- Geneviève Lefrançois, M.Sc.,
Conseillère clinique en neurologie et
neurochirurgie
- Luc-Étienne Boudrias, M.Sc.,
Conseiller clinique en soins critiques

Échéancier

L'échéancier d'une année pour la réalisation du plan d'implantation comprend le développement des stratégies de transfert de connaissances, la formation du personnel, l'implantation et l'évaluation de la progression de la pratique clinique, une revue de dossiers et un questionnaire administré aux intervenants, ainsi que le développement des stratégies de partage de l'expérience avec d'autres sites. Le modèle du cycle des connaissances à l'action¹ (Passer à l'action) est utilisé pour guider de manière rigoureuse la réalisation de ce projet.

Étapes du plan d'implantation	Dates cibles	
1- Adaptation des connaissances au contexte local: <ul style="list-style-type: none"> ○ Sélection de l'outil de dépistage de la dysphagie ○ Développement du protocole clinique ○ Révision externe du protocole clinique et ajustements 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Octobre 2013 ○ Novembre 2013 – Janvier 2014 ○ Février 2014 	Complétée
2- Identification des barrières et facilitateurs: <ul style="list-style-type: none"> ○ Développement et distribution du questionnaire aux intervenants, brainstorming auprès du comité d'implantation et analyse des résultats 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Janvier - février 2014 	Complétée
 3- Développement des stratégies de TC: <ul style="list-style-type: none"> ○ Formation, vidéo, outils de rappel clinique et plan de suivi par des personnes ressources 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Mars – avril 2014 	
4- Formation du personnel: <ul style="list-style-type: none"> ○ Personnel soignant, orthophonistes, nutritionniste, neurochirurgiens, orthopédistes, intensivistes 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Mai – juin 2014 	
5- Implantation et évaluation de la progression de l'implantation <ul style="list-style-type: none"> ○ Revue de dossiers et questionnaire administrés aux intervenants 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Juillet – novembre 2014 	
6- Développement des stratégies de partage de l'expérience avec d'autres sites: <ul style="list-style-type: none"> ○ Diffusion du matériel développé et des résultats de la démarche sur le site de l'AERDPQ, développement de la séance d'information en ligne et établissement des contacts avec les associations de trauma spécialisées. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Mai – novembre 2014 	

L'avancement des travaux

Les cinq premières étapes du modèle du cycle des connaissances à l'action¹ sont plus particulièrement ciblées, soient: 1) la sélection des connaissances à appliquer, 2) l'adaptation de ces connaissances au contexte local, 3) l'évaluation des obstacles par rapport à l'utilisation des connaissances, 4) choisir, adapter et mettre en place les stratégies de transfert de connaissances, et 5) surveiller l'utilisation des connaissances.

Le processus ADAPTE² a été utilisé pour réaliser les deux premières phases du projet incluant l'adaptation des connaissances au contexte local. Ce processus inclut neuf modules menant à la création de guide clinique personnalisé à l'organisation. Ainsi, il y a eu création d'un premier comité d'implantation pour déterminer les connaissances à appliquer dans le cadre de ce projet (Module 1 : Préparation). Les membres de ce comité ont identifié des problématiques auprès des clientèles TCC et de blessées médullaires et ont consulté les synthèses de recherche disponibles pour déterminer le niveau d'évidence des pratiques envisagées (Modules 2 à 4 : Identification du problème, Recherche et Évaluation de l'évidence). Cette démarche a mené au choix du dépistage précoce de la dysphagie auprès des TCC et des blessés médullaires comme pratique à améliorer. Le comité d'implantation a par la suite été élargi pour une représentation des disciplines et spécialités touchées.

Les étapes suivantes ont mené à la sélection d'un outil de dépistage de la dysphagie pouvant être appliqué par les infirmières, médecins, orthophonistes et nutritionnistes ainsi que les interventions devant être mises en place selon le résultat obtenu (Module 5 : Décision et sélection). À cet effet, une présélection de 3 outils de dépistage a été effectuée en fonction de leur sensibilité et spécificité. Considérant qu'aucun des outils n'a spécifiquement été étudié auprès des clientèles cibles, la matrice de décision Kepner-Tregoe^{3,4} a été utilisée pour procéder au choix de l'outil de dépistage. Cette matrice a permis de procéder à une décision d'équipe concertée en tenant compte non seulement de la fiabilité et de la validité des outils présélectionnés, mais également de facteurs propres au contexte. Des points ont alors été alloués aux caractéristiques de l'outil (processus de développement, approprié à la clientèle, faisabilité et formation requise) par le comité d'implantation. L'outil a été finalement sélectionné selon le score cumulatif obtenu en tenant compte de l'évaluation individuelle des membres du comité.

Les interventions devant être appliquées (p.ex. débiter l'alimentation orale avec ou sans restrictions) selon le résultat obtenu lors du dépistage ont par la suite été élaborées. Ceci a mené à l'élaboration de l'outil de dépistage de la dysphagie traduit et adapté ainsi qu'au développement d'une règle de soins infirmiers en lien avec l'utilisation de l'outil (Module 6: Personnalisation) dont une première version a été approuvée par les membres du comité d'implantation et qui a fait l'objet d'une démarche de consultation auprès des intervenants qui l'appliqueront auprès des usagers (équipe d'orthophonistes, de nutritionnistes, de médecins et deux infirmières représentant chaque unité de soins ciblée). Les décideurs responsables de réguler les pratiques dans l'établissement, soit la Directrice des soins infirmiers et la Directrice des services professionnels ont données l'aval au développement de la règle de soins et entérineront celle-ci sous peu (Module 7: Revue externe). La règle de soins infirmiers a été entre autres élaborée pour soutenir les infirmières dans l'utilisation adéquate de l'outil de

dépistage. Elle sera présentée lors de la formation du personnel infirmier et sera par la suite disponible sur le site intranet de l'hôpital pour consultation au besoin. Elle contient une définition de certains termes qui clarifie des éléments de son contenu, le contexte d'implantation, les professionnels concernés, la clientèle visée, les conditions qui doivent être respectées pour accomplir l'activité clinique et les directives relatives à la réalisation de l'activité clinique.

À ce jour, l'outil de dépistage en lien avec la nouvelle règle de soins a été évalué auprès de cinq usagers TCC ou blessés médullaires (sur un objectif de 6) par des infirmières et des médecins participant au comité d'implantation en vue de parfaire l'outil de dépistage traduit et adapté et de s'assurer de sa faisabilité avant un déploiement à grande échelle. Les modifications requises seront par la suite apportées à l'outil et à la règle de soins à la lumière des commentaires recueillis. Suite à cette évaluations, les autres phases du modèle du cycle des connaissances à l'action mèneront à compléter les derniers modules du processus ADAPTE, soit le module 8 - Planification de la révision, et le module 9 -Développement d'un produit final de haute qualité.

Il nous semble important de souligner que les droits d'auteur pour l'utilisation de l'outil de dépistage à implanter ont été obtenus.



Dépistage standardisé de la dysphagie

DOCUMENT DE TRAVAIL

Dépistage précoce de la dysphagie oropharyngée chez les traumatisés crânien-cérébraux et les blessés médullaires avec atteinte cervicale.

Étape A – Évaluation des critères préalables au dépistage de la dysphagie

À compléter dans les 24 h après l'admission ou entre 4 h et 24 h post-extubation sauf si trachéotomie. Si trachéotomie, discutez avec le médecin traitant, l'orthophoniste et le nutritionniste pour conduite à suivre.

1. L'utilisateur est-il éveillé et alerte, ou capable de répondre à la parole ? Oui Non
2. L'utilisateur est-il capable d'être en position assise à 90° en maintenant sa tête alignée ? Oui Non

Si vous avez répondu **NON** à **L'UNE** des questions ci-dessus :

NE POURSUIVEZ PAS L'ÉVALUATION DES CRITÈRES PRÉALABLES AU DÉPISTAGE**

**Réévaluez les critères 1 et 2 à toutes les 24 heures.

Si l'utilisateur ne se qualifie pas pour le dépistage, discutez de l'hydratation et de la nutrition avec le médecin traitant **ET** le nutritionniste.

3. L'utilisateur peut-il tousser à la demande ? Oui Non
4. L'utilisateur peut-il avaler sa salive ? Oui Non
5. L'utilisateur est-il capable de se lécher la lèvre supérieure ET inférieure ? Oui Non
6. L'utilisateur est-il eupnéique avec une concentration d'O₂ et une SpO₂ stables ? Oui Non

Si vous avez répondu **OUI** aux questions 3 à 6 : **ÉVALUEZ LE CRITÈRE 7.**

Si vous avez répondu **NON** à **L'UNE** des questions 3 à 6 : **NE POURSUIVEZ PAS L'ÉVALUATION.**

AVISEZ LE MÉDECIN TRAITANT ET RÉFÉREZ À L'ORTHOPHONISTE ET AU NUTRITIONNISTE.

7. L'utilisateur a-t-il une voix « mouillée » ou « rauque » ou « de faible intensité » ?

NON : PROCÉDEZ AU DÉPISTAGE

OUI ou DOUTE : ARRÊTEZ, AVISEZ LE MD TRAITANT ET RÉFÉREZ À L'ORTHOPHONISTE ET AU NUTRITIONNISTE

Dépistage effectué par : _____ Date (aaaa-mm-jj) : _____

Orthophoniste avisé : Oui Non Date (aaaa-mm-jj) : _____

Nutritionniste avisé : Oui Non Date (aaaa-mm-jj) : _____

Médecin traitant avisé : Oui Non Date (aaaa-mm-jj) : _____

Étape B : Dépistage de la dysphagie

USAGER ALERTE ET EN POSITION ASSISE À 90°

Lors de l'identification d'un problème vous empêchant de compléter le dépistage, cochez le carré correspondant à l'étape échouée.

Donnez une première cuillère à thé d'eau (5 ml)	<input type="checkbox"/> Aucune tentative d'avalier, ou fuite d'eau de la bouche, ou présence de toux, suffocation, essoufflement, ou voix enrouée / mouillée après avoir avalé ou vous êtes incertain	Usager NPO Référez à l'orthophoniste et au nutritionniste
<input type="checkbox"/> Aucun problème		
Donnez une deuxième cuillère à thé d'eau (5 ml)	<input type="checkbox"/> Présence de toux, ou suffocation, ou essoufflement ou voix enrouée / mouillée après avoir avalé, ou vous êtes incertain	Usager NPO Référez à l'orthophoniste et au nutritionniste
<input type="checkbox"/> Aucun problème		
Donnez une troisième cuillère à thé d'eau (5 ml)	<input type="checkbox"/> Présence de toux, ou suffocation, ou essoufflement ou voix enrouée / mouillée après avoir avalé, ou vous êtes incertain	Usager NPO Référez à l'orthophoniste et au nutritionniste
<input type="checkbox"/> Aucun problème		
Donnez un petit verre d'eau (125 ml)	<input type="checkbox"/> Présence de toux, ou suffocation, ou essoufflement ou voix enrouée / mouillée après avoir avalé, ou vous êtes incertain	Usager NPO Référez à l'orthophoniste et au nutritionniste
<input type="checkbox"/> Aucun problème		
Donnez une compote et un biscuit	<input type="checkbox"/> Présence de toux, ou suffocation, ou essoufflement ou voix enrouée / mouillée après avoir avalé, ou vous êtes incertain	Usager NPO Référez à l'orthophoniste et au nutritionniste
<input type="checkbox"/> Aucun problème		

Si AUCUN PROBLÈME : Demandez une diète progressive appropriée à la condition de santé de l'usager. Assurez-vous que l'usager est assis à (90°) pour manger **ET** supervisez le premier repas (par l'infirmière). Pour toutes préoccupations, référez à l'orthophoniste et au nutritionniste.

RÉPÉTEZ L'ÉVALUATION ET LE DÉPISTAGE S'IL Y A DÉTÉRIORATION DE L'ÉTAT GÉNÉRAL OU DE LA FONCTION DE LA DÉGLUTITION

Si aucune préoccupation, poursuivre l'alimentation et maintenir une surveillance attentive aux différents signes de dysphagie.

Dépistage effectué par : _____ Date (aaaa-mm-jj) _____

Problème identifié : Oui Non Incertain

Orthophoniste avisée : Oui Non Date (aaaa-mm-jj) : _____

Nutritionniste avisée : Oui Non Date (aaaa-mm-jj) : _____

Médecin traitant avisé : Oui Non Date (aaaa-mm-jj) : _____

Identification des barrières et facilitateurs.

Les barrières et facilitateurs de niveau individuel (connaissances, attitudes, habiletés ou habitudes) et de niveau institutionnel (ressources humaines et financières, règlements ou équipement) sont en cours d'analyse dans le cadre du présent projet⁵. L'équipe de recherche en lien avec les 4 projets de transfert de connaissances soutenus par l'AERDPQ et l'AQESSS collabore étroitement avec notre équipe au processus d'identification de ces barrières et facilitateurs. Pour ce faire, un questionnaire a été distribué lors de la revue externe (Module 7) à tous les membres du comité d'implantation du projet, aux membres de l'équipe d'orthophonistes et de nutritionnistes, à l'ensemble des médecins spécialistes concernés et aux 8 infirmières interpellées pour l'évaluation de l'outil de dépistage. Les données sont présentement en phase d'analyse. Une période d'échange avec le comité d'implantation est prévue sous peu pour l'identification de stratégies en lien avec chaque barrière identifiée ainsi que des moyens pour potentialiser les facilitateurs.

Formation

La mise en place de la nouvelle pratique clinique sera précédée par une formation auprès des équipes soignantes impliquées. La formation proposée vise à accompagner les infirmières et les CEPI à effectuer le dépistage précoce de la dysphagie oropharyngée chez les traumatisés crâniens-cérébraux modérés à sévères et les blessés médullaires avec atteinte cervicale, à l'aide de l'outil de dépistage traduit et adapté. Elle vise également à partager les connaissances concernant les risques de pneumonie d'aspiration associés à la dysphagie oropharyngée et les besoins nutritionnels de la clientèle ciblée. Cette formation sera offerte par la conseillère clinique en orthopédie et en traumatologie en charge du projet, l'infirmière clinicienne coordonnatrice du projet, la nutritionniste et l'orthophoniste en traumatologie. Par ailleurs, la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal reconnaît à l'activité de formation développée pour l'implantation de la nouvelle pratique clinique, 2 heures de formation accréditée.

Formation proposée :

- Une lecture préparatoire d'un article scientifique sur la déglutition et la dysphagie
- Une formation interactive
 - Historique du projet
 - Utilisation de l'outil de dépistage et de la règle de soins qui l'accompagne.
 - Dysphagie chez les traumatisés crâniens-cérébraux (TCC) modérés à sévères et les blessés médullaires (BM) avec atteinte cervicale
 - Nutrition chez les TCC et les blessés médullaires
 - Évaluation des connaissances
 - Évaluation de la formation

Plusieurs méthodes et outils d'enseignement seront utilisés pour favoriser un apprentissage dynamique et agréable tels que: un support visuel et auditif, des études de cas, de la documentation, des références, et la possibilité d'interagir tout au long de la formation.

Conclusion

L'implantation de la nouvelle pratique clinique vise la diminution à court terme de la variabilité des pratiques pour dépister précocement la dysphagie, un meilleur dépistage à moyen terme, la diminution des événements indésirables et l'amélioration de la nutrition en réduisant les délais d'évaluation et de décision quant aux conduites à suivre. L'outil de dépistage et la règle de soins infirmiers qui l'accompagne permettra également de diminuer l'incertitude des cliniciens en présence de dysphagie pour ainsi agir de façon optimale et efficiente auprès d'une clientèle à risque.

C'est donc avec enthousiasme que le comité d'implantation de la pratique clinique sur le dépistage précoce de la dysphagie auprès des usagers traumatisés crâniens-cérébraux et blessés médullaires poursuit ses travaux pour favoriser l'adaptation et l'adoption d'une pratique clinique basée sur les résultats probants dans le but ultime d'offrir une qualité de soins en constante amélioration.

- 1- Graham, I.D., Logan, J., Harrison, M.B., et al. (2006). Lost in knowledge translation: time for a map? JCEHP, 26, 13-24.
- 2- ADAPTE Collaboration (2007). Manual for Guideline Adaptation – Version 1.0.
www.adapte.org.
- 3- Kepner, C.H., Tregoe, B.B. (1965). The Rational Manager: A Systematic Approach to Problem Solving and Decision Making. New York, NY: McGraw-Hill.
- 4- Donovan, N.J., Daniels, S.K., Edmiaston, J., Weinhardt, J., Summers, D., Mitchell, P.H. (2012). Dysphagia Screening: State of the Art : Invitational Conference Proceeding From the State-of-the-Art Nursing Symposium, International Stroke Conference 2012. Stroke, 44, e24-e31.
- 5- NICE (2007). How to change practice: Understand, identify and overcome barriers to change. London, National Institute for Health and Clinical Excellence.