



HÔPITAL DU SACRÉ-CŒUR
DE MONTRÉAL

HSCM *Doués pour la vie*

Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
du Nord-de-
l'Île-de-Montréal

Québec



IMPLANTATION D'UN PROTOCOLE INFIRMIER DE DÉPISTAGE DE LA DYSPHAGIE OROPHARYNGÉE EN TRAUMATOLOGIE

*Projet de développement et
d'implantation d'une pratique
clinique fondée sur des résultats probants*

Mélanie Bérubé, M.Sc., PhD (c), Conseillère clinicienne
orthopédie/traumatologie, chargée du projet dysphagie

Marie-Pierre Valiquette, M.Sc., Conseillère clinicienne intérimaire
cardiorespiratoire, coordonnatrice du projet dysphagie

PROJETS D'IMPLANTATION D'UNE PRATIQUE CLINIQUE FONDÉE SUR DES
RÉSULTATS PROBANTS DANS LE CADRE DU PLAN D'ACTION SUR LE TRANSFERT DE
CONNAISSANCES DU COMITÉ DIRECTEUR DE LA RECHERCHE EN TRAUMATOLOGIE



ASSOCIATION DES ÉTABLISSEMENTS
DE RÉADAPTATION EN DÉFICIENCE
PHYSIQUE DU QUÉBEC



Transfert de connaissances

Innovation clinique



- Développement
 - Formation
 - Implantation/ancrage
 - Résultats
 - Diffusion
 - Pérennisation
-
- ✓ Désir d'amélioration continue
 - ✓ Humilité d'apprentissage continu
 - ✓ Volonté, volonté, volonté!

Pertinence



Incidence dysphagie

- TCC modérés-sévères : 38% à 65% (McKay et al., 1999; Terré et al., 2007)
- BM cervicaux : 50% (Alashemi, 2011; Brown et al., 2012)

Complications

- Aspiration : 30%-50% des usagers avec dysphagie oropharyngée (ABIEBR, 2011)
- Taux de mortalité : 30% est associé à la pneumonie d'aspiration suite à un événement neurologique (Wong et al., 2012)

Pertinence



Nutrition

- Contribue : bien-être, rétablissement, guérison des plaies, diminution des infections
- Dysphagie : ↑ Malnutrition (McKay et al., 1999; Hammond, 2008; Alhashemi, 2010)
- TCC sévères et BM cervicaux : 2/3 sont dénutris (Kakrau, 2006; Kakrau, 2007; Wong, 2012; Bratton, 2007)

Efficiences organisationnelles

- Malnutrition : augmentation de la durée de séjour de l'ordre de 40% à 70% (Norman et al., 2008)
- Ressources spécialisées limitées engendrant des délais

Pertinence

- MD/INF pas à l'affût de l'importance de certains signes cliniques
 - Absence de déglutition spontanée
 - Aucune tentative d'avaler
 - Fuite d'eau de la bouche
 - Suffocation à la prise d'un liquide/solide
 - Essoufflement (en tout temps ou lors des repas)
 - Mauvaise gestion des sécrétions/salive
 - Toux (en tout temps ou lors des repas)
 - Raclement de la gorge (en tout temps ou lors des repas)
 - Changement de qualité de la voix : mouillée ou rauque ou de faible intensité ou aphone
 - Sensation de blocage, douleur ou inconfort dans le mécanisme oral périphérique ou les voies digestives hautes

Pas disponible!



Méthode

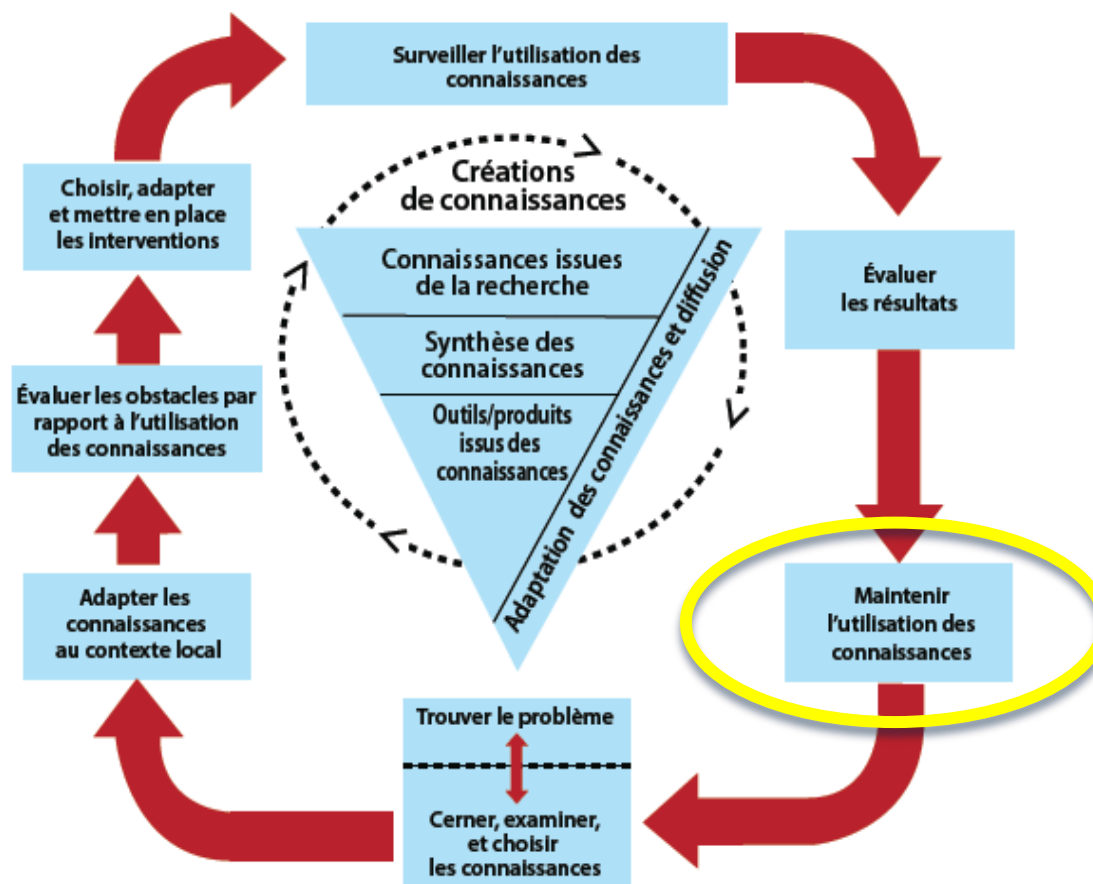


Figure 1

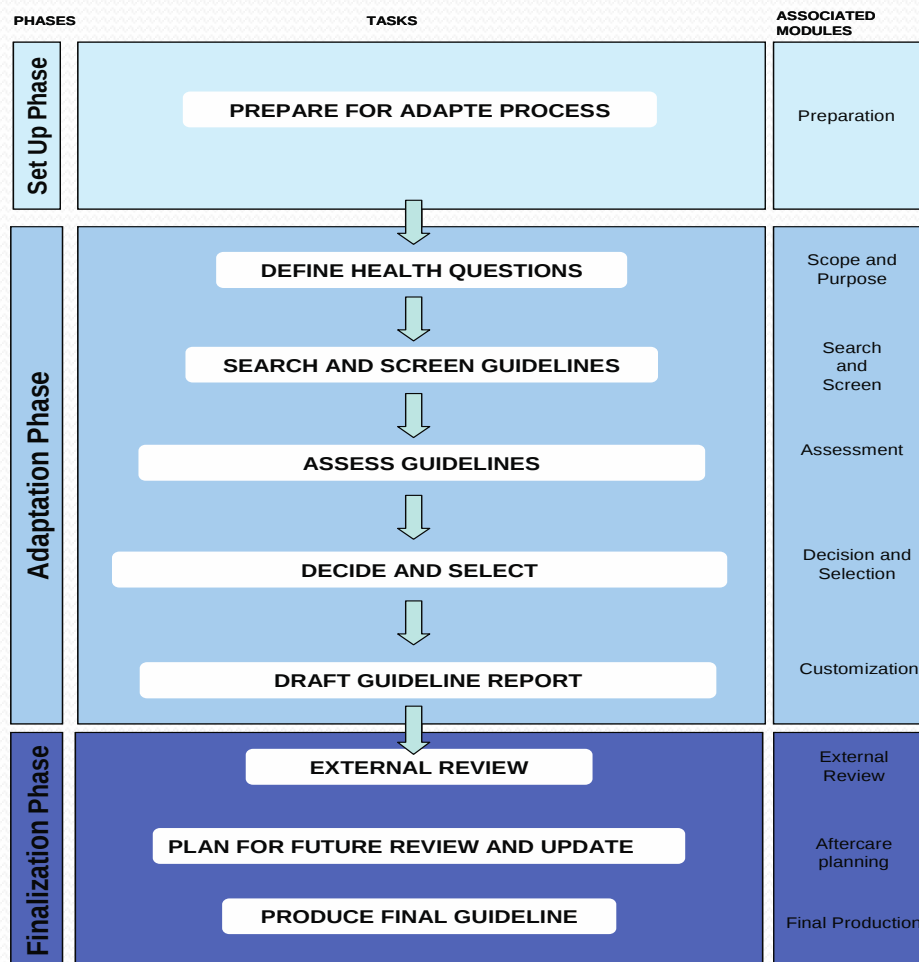
Cycle de la mise en pratique (APPLICATION)

Instituts de recherche en santé du Canada (Graham et al. 2006)

TCC et BM

Étape 1 : Adapter les connaissances

Summary of the ADAPTE process



Coordonnatrice de projet

Dans le contexte d'un projet de transfert de connaissances, la coordonnatrice de recherche doit avoir :

- Une expérience clinique significative
- Une crédibilité établie auprès des équipes
...pour être en mesure de participer à toutes les phases menant à l'application des résultats probants dans la pratique.

Infirmière clinicienne libérée 2 jours/sem. en moyenne pour :

- Assurer la coordination du projet
- Développer les documents liés au projet
- Développer la formation en interdisciplinarité pour le personnel infirmier
- Effectuer les démarches d'accréditation universitaire de la formation
- Prodiger la formation à l'ensemble du personnel ciblé
- Effectuer un suivi de l'implantation de la pratique
- Effectuer une revue de dossiers pour colliger les données en lien avec les indicateurs retenus

...pour un total de **744,77 heures de travail**

- Développer en interdisciplinarité une formation audio-enregistrée pour faciliter la pérennisation de l'implantation de la nouvelle pratique
...pour environ **100 heures de travail de plus!**



Comité d'experts



- Mélanie Bérubé, M.Sc., PhD (c) – Responsable du projet - Conseillère clinicienne en soins orthopédie/traumatologie
- Marie-Pierre Valiquette, M.Sc. – Coordonnatrice du projet – Conseillère clinicienne interimaire en soins cardiorespiratoire
- Philippe Rico, MD, Intensiviste
- Marc Giroux, MD, Neurochirurgien
- Francis Bernard, MD, Intensiviste
- Anne-Marie Pauzé, MPO, Orthophoniste
- Marie-Ève Côté, B.Sc., Nutritionniste
- Dany Fortin, M.Sc., Coordonnateur programme traumatologie
- Isabelle Lepage, B.Sc., Chef de l'unité de neurosciences
- Michelle Tremblay, B.Sc., Chef de l'unité des soins intensifs-intermédiaires
- Luc-Étienne Boudrias, M.Sc., CSI (c), Conseiller clinicien en soins infirmiers – Soins intensifs
- Geneviève Lefrançois, M.Sc., Conseillère clinicienne en soins infirmiers - Neurosciences



Choix de l'outil de dépistage



Présélection de 3 outils a été réalisée lors de l'élaboration du protocole de recherche en fonction de leur **fiabilité** et **validité**.

- Standardized Swallowing Assessment (Perry, 2001a, 2001b; Perry and Love, 2001)
- Modified Mann Assessment of Swallowing Ability (Antonios et al., 2010)
- Acute Stroke Dysphagia Screening (Edmiaston et al., 2010)

Matrice de décision Kepner-Tregoe

Évaluation de l'outil de dépistage	Très mauvais 1	Mauvais 2	Bien 3	Très bien 4	Excellent 5
Processus de développement (20%)					
Faisabilité (20%)					
Approprié à la clientèle cible (40%)					
Formation requis (20%)					

Outil et règle de soins infirmiers

Standardized Swallowing Assessment

Perry, L. (2001a). Screening swallowing function of patients with acute stroke. Part one: identification, implementation and initial evaluation of a screening tool for use by nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 10, 463-473.

Développement



Révision externe



Raffinement



Outil original

APPENDIX ONE:

Standardised Swallowing Screen

Pre - Swallow Screening Checklist: complete within 24 hours of admission.

Name:

Ward:

1. Is the patient awake and alert, or responding to speech? YES ☐
NO ☐
2. Is the patient able to be positioned upright, with some head control? YES ☐
NO ☐

If your answer is **NO** to either of the above questions -

GO NO FURTHER AND DO NOT SCREEN.

Reassess every 24 hours and if the patient remains inappropriate for screening or referral to SLT, discuss hydration and nutrition with medical team.

3. Can the patient cough when asked to? YES ☐
NO ☐
4. Is the patient able to maintain some control of their saliva? YES ☐
NO ☐
5. Is the patient able to lick top and bottom lip? YES ☐
NO ☐
6. Is the patient able to breathe freely? YES ☐
(ie no difficulty breathing or problems maintaining SaO₂) NO ☐

If answers to questions 3 - 6 are **YES** - **PROCEED WITH SCREEN**

If any answer is **NO** - **STOP & REFER TO SLT**

Finally -

7. Does the patient have a 'WET' or HOARSE -sounding voice?
NO ☐ **PROCEED WITH SCREEN**
YES ☐ **STOP & REFER TO SLT**

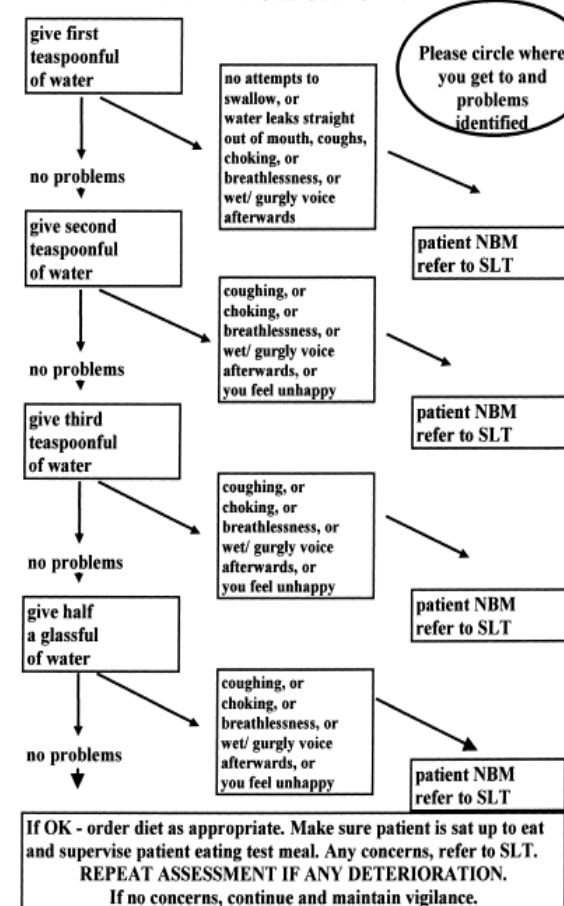
If in doubt, discuss with SLT or medical team.

Pre-screen -

Date &

Sign:.....

Swallow screen: WITH PATIENT ALERT AND SAT UPRIGHT:

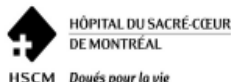


Screened by.....Date.....

Problems identified YES ☐ NO ☐ unsure ☐

SLT phoned.. YES ☐ NO ☐ Date.....

Outil initial HSCM



Dépistage standardisé de la dysphagie



Dépistage précoce de la dysphagie oropharyngée chez les **traumatisés crâniocérébraux modérés à sévères 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'usager est-il éveillé et alerte, ou capable de répondre à la parole ? ☐ Oui ☐ Non
2. L'usager 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'usager ne se qualifie pas pour le dépistage, discutez de l'hydratation et de la nutrition avec le médecin traitant ET le nutritionniste.

3. L'usager peut-il tousser à la demande ? ☐ Oui ☐ Non
4. L'usager peut-il avaler sa salive ? ☐ Oui ☐ Non
5. L'usager est-il capable de se lécher la lèvre supérieure ET inférieure ? ☐ Oui ☐ Non
6. L'usager 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'usager 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**

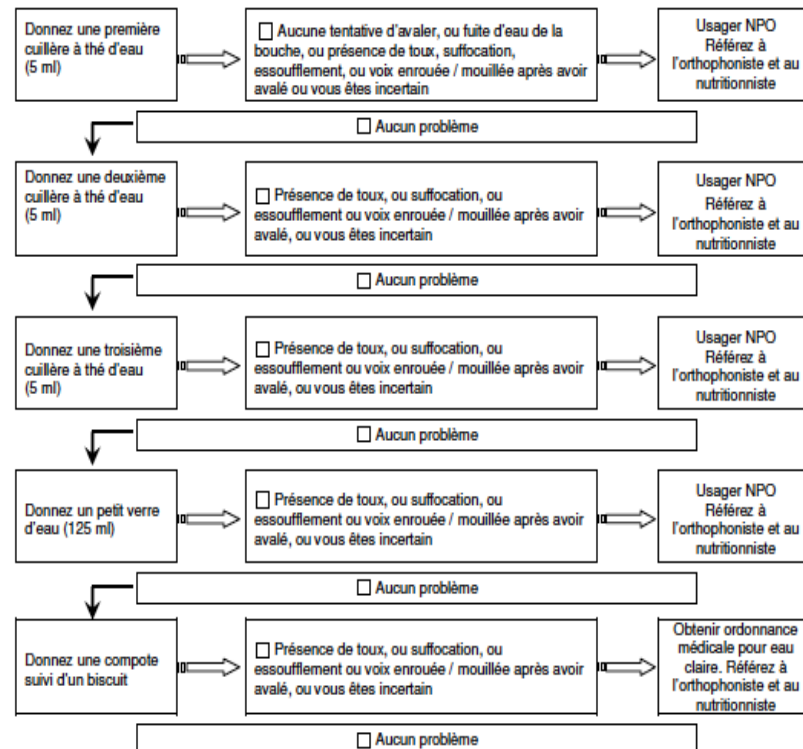
Évaluation effectuée par : _____ Date (aaaa-mm-jj) : _____
 Orthophoniste avisé : ☐ Oui ☐ Non Date (aaaa-mm-jj) : _____
 Nutritionniste avisé : ☐ Oui ☐ Non Date (aaaa-mm-jj) : _____
 Médecin traitant avisé : ☐ Oui ☐ Non Date (aaaa-mm-jj) : _____

Nom : _____ Prénom : _____ # dossier : _____

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.



Si **AUCUN PROBLÈME** : Obtenir ordonnance médicale pour 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 avisé : ☐ Oui ☐ Non Date (aaaa-mm-jj) : _____

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

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

RSI-011

- Définition
- Contexte
- Professionnels concernés
- Clientèles visées
- Conditions
- Intention thérapeutique
- Conditions de réalisation
- Contre-indications absolues et relatives
- Directives préalables
- Directives de réalisation
- Documentation
- Bibliographie



HÔPITAL DU SACRÉ-CŒUR
DE MONTRÉAL

HSCM Doués pour la vie



RÈGLE DE SOINS INFIRMIERS

ACTIVITÉ CLINIQUE :	Dépistage de la dysphagie oropharyngée chez l'usager traumatisé crâniocérébral modéré à sévère ou avec blessure médullaire cervicale ¹	RSI-011
Référence à une politique et procédure : oui ☐ non ☒		
Référence à un protocole oui ☐ non ☒		

DÉFINITION

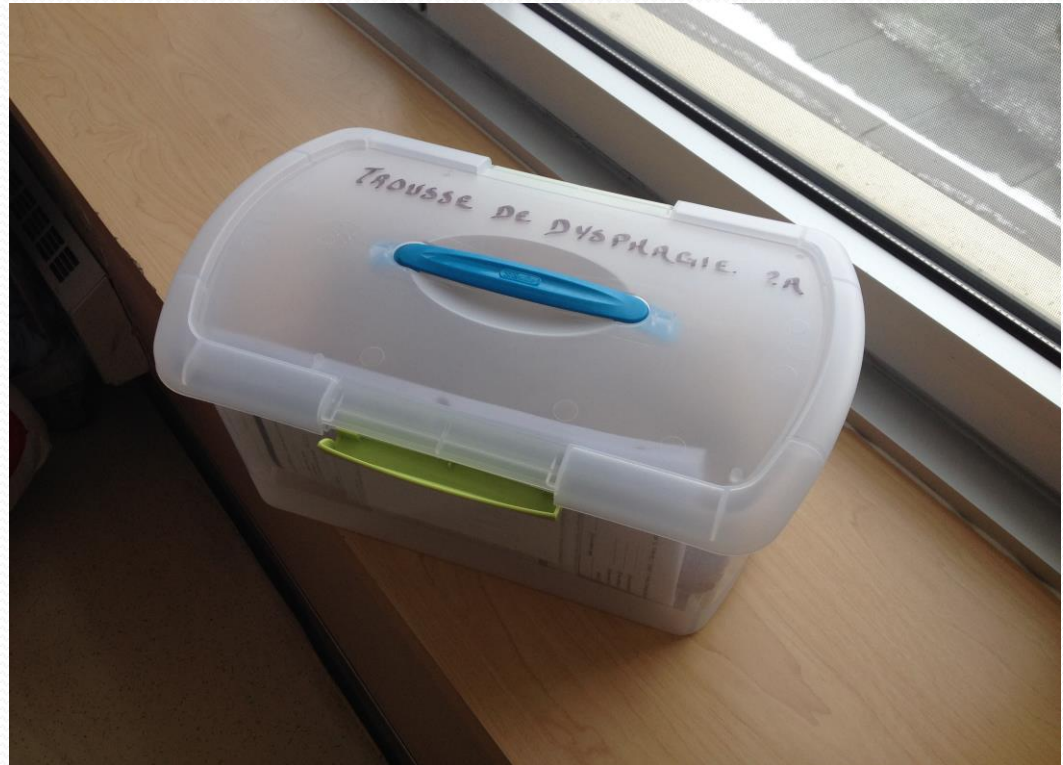
La dysphagie oropharyngée est une complication fréquemment rencontrée en traumatologie, particulièrement chez les traumatisés crâniocérébraux (TCC) et les blessés médullaires avec atteinte cervicale. De fait, chez les TCC modérés-sévères, l'incidence de dysphagie oropharyngée varie de 38 % à 65 %^{1,2}, tandis que chez les blessés médullaires cervicaux, elle atteint 54 %³. Le problème de la dysphagie s'explique notamment chez ces usagers par un changement dans la physiologie de la déglutition ou encore par un trouble cognitif ou comportemental.^{4,5}

La dysphagie peut entraîner l'aspiration de matériel solide ou liquide dans les voies respiratoires. Ce phénomène pouvant engendrer des complications graves comme la pneumonie d'aspiration.^{6,7} De plus, un taux de mortalité de 30 % a été associé à la pneumonie d'aspiration^{6,7} suite à un événement neurologique⁸ alors qu'il est jusqu'à 15 fois plus important chez les usagers ayant subi une chirurgie de la colonne par voie antérieure.⁹

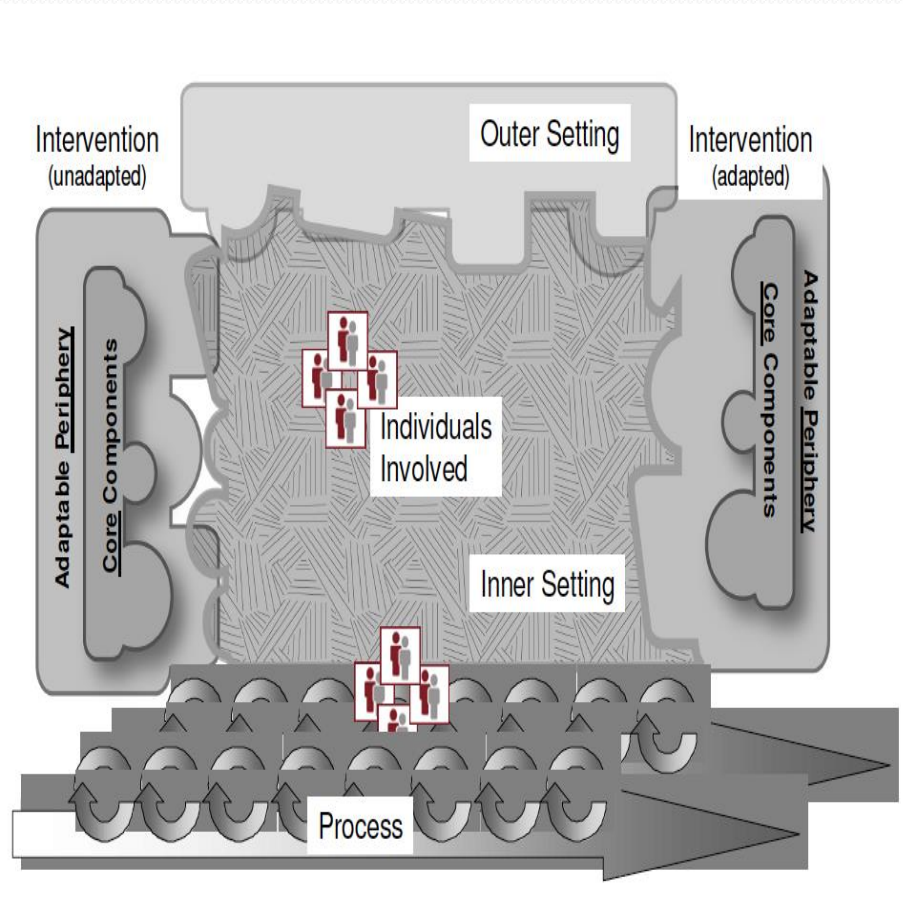
En plus des conséquences que la dysphagie peut entraîner sur la fonction vitale respiratoire, elle peut aussi engendrer un délai dans le début de l'alimentation orale, contribuant à la malnutrition.^{1,10,11} Or, la malnutrition est aussi associée à des conséquences néfastes telles que l'augmentation du risque de plaies de pression et d'infection.^{12,13} Enfin, le non dépistage ou un dépistage inadéquat de la dysphagie peut porter atteinte à l'efficacité organisationnelle en augmentant le recours à des ressources spécialisées et les durées de séjour.¹²

Trousse de dysphagie

- Composantes:
 - Cuillères
 - Verres (125ml)
 - Biscuits
 - Compotes
 - Liste
d'allergènes

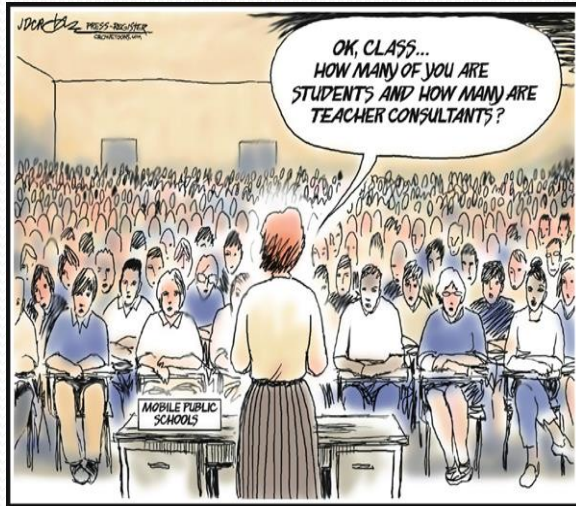


Étape 2: Analyse obstacles/facilitateurs



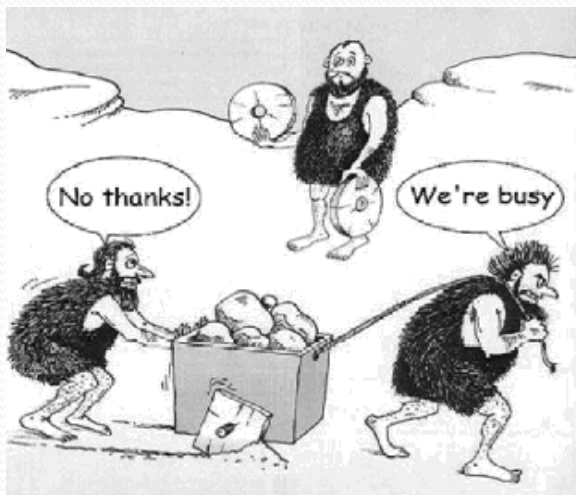
Consolidated Framework for
Implementation Research (CFIR)
(Damschroder et al., 2009)

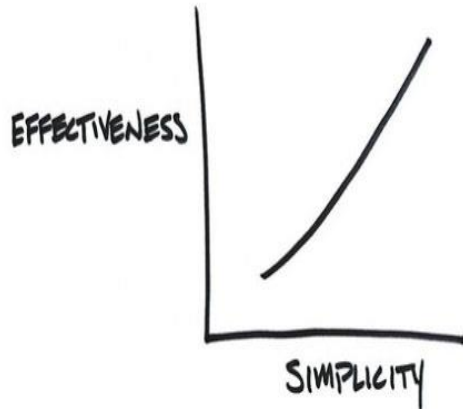
Groupe Triage (Lamontage & Tétréault, 2014)



Obstacles

- Grand nombre d'acteurs
- Plusieurs personnes à former
- Clientèle cible restreinte
- Attitude du personnel face au changement
- Rapidité d'implantation
- Projets de recherche simultanés





Facilitateurs

- Pertinence de l'intervention
- Simplicité de l'intervention
- Qualités personnelles et professionnelles du comité d'experts
- Approche interdisciplinaire concertée
- Accréditation de la formation



ACCREDITATION

Étape 3 : Mettre en place la nouvelle pratique



Coordination



Collaboration

Formation, implantation, partage

- 28 séances de formation dispensées aux infirmières et CEPI avec un questionnaire d'évaluation des connaissances :
 - Principaux mécanismes physiopathologiques impliqués dans la dysphagie
 - Utilisation de l'outil de dépistage de la dysphagie selon la RSI-011
 - Risques de pneumonie d'aspiration chez les clientèles visées
 - Besoins nutritionnels de la clientèle visée.
- Rencontre des PAB et Inf. aux. pour les informer de la nouvelle pratique
- Séances de renforcement auprès des AIC et infirmières
- Formation audio-enregistrée disponible

Outil éducatif aux infirmières n'ayant pas reçu la formation initiale ou désirant revoir certains éléments
- Partage des connaissances

CIT Montréal 2014, AERDPQ/INESSS 2015 et SIDIIEF 2015

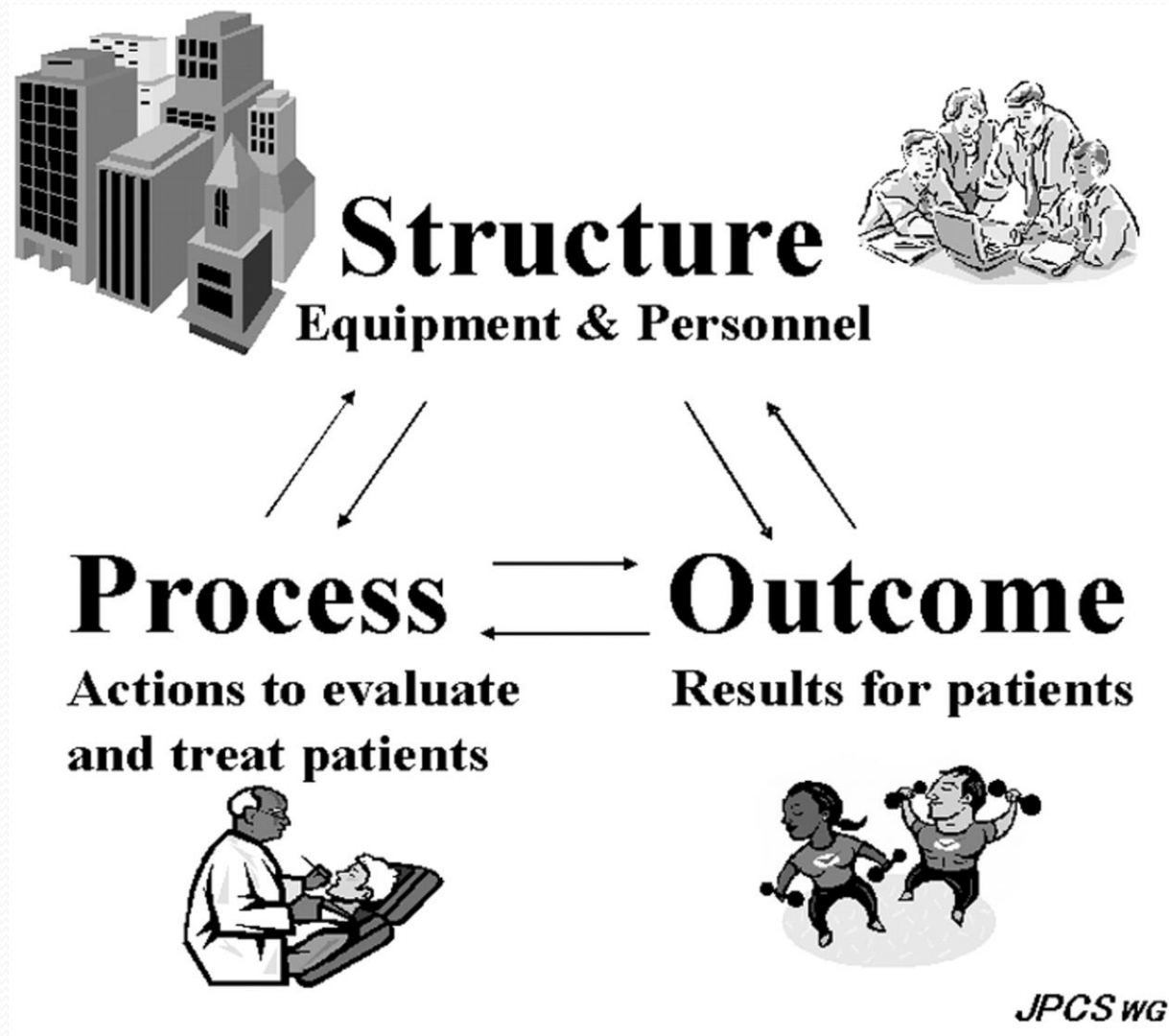
Étape 4 : Surveiller l'utilisation des connaissances

La surveillance de l'application de l'outil de dépistage de la dysphagie a été rendue possible grâce à:

- La consultation de la base de données sur les admissions en trauma pendant la période ciblée
- L'utilisation d'une grille de collecte de données en lien avec les indicateurs de processus et de résultats
- Une présence sur les unités de soins impliquées
- Du “coaching” prodigué directement aux membres des équipes
- La collaboration des chefs de service en présence d'une faible adhérence de certains individus.



Étape 5 – Évaluer les résultats



Structure

Indicateurs et éléments associés	Niveau d'implantation
1. Formation d'au moins 75% du personnel	- Un total de 185 infirmières ont été formées représentant 92% du personnel actif.
2. Préparation de ressources pour un dépistage adéquat de la dysphagie (p.ex. algorithme décisionnel, ordonnances pré-imprimées, vidéo, etc.).	- Un algorithme décisionnel a été développé et approuvé par le comité des formulaires de l'hôpital. - Une règle de soins infirmiers a été développée et approuvée par la DSIQS. - Des trousse de dépistage ont été mises à la disposition des infirmières. - Une formation audio-enregistrée a été créée.

Processus

Indicateurs et éléments associés	Niveau d'implantation
1. Proportion d'utilisateurs ayant reçu le dépistage (suivi à effectuer auprès d'au moins 30 utilisateurs)	- Un total de 41 utilisateurs évalués de juillet à octobre 2014. - Ensemble des données colligées auprès de 33 utilisateurs. Chez ces 33 utilisateurs, 28 dépistages ont été effectués (85%).
2. Nombre moyen de tentatives de dépistage effectuées par utilisateur	- Une moyenne de 1,46 tentative par utilisateur a eu lieu.
3. Proportion d'application adéquate de l'outil de dépistage	- 37/41 (90%) tentatives de dépistage. • <i>Deux dépistages ont été faits moins de 4 heures post-extubation;</i> • <i>Dépistage poursuivi chez 2 utilisateurs présentant une voix rauque/éteinte.</i>

Processus

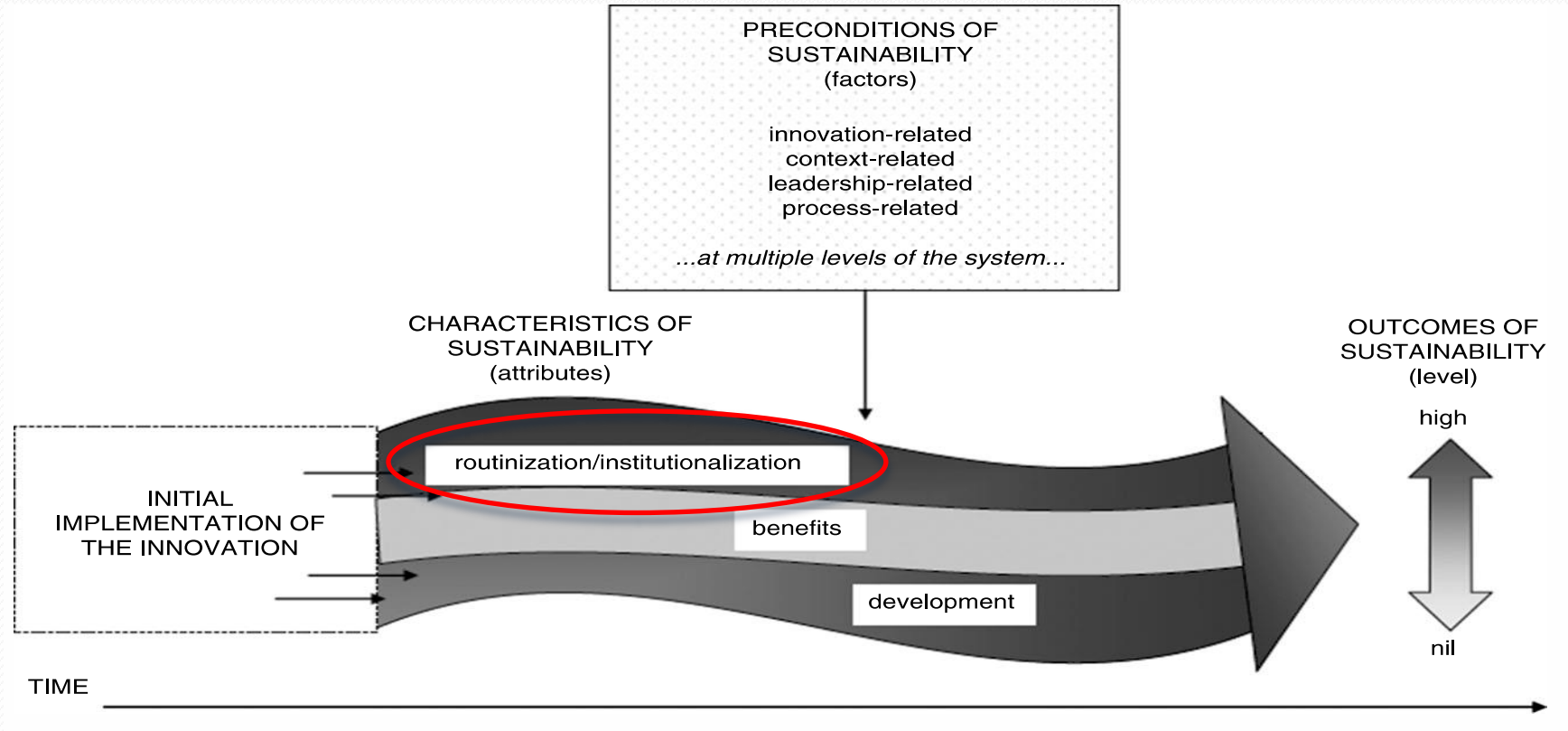
Indicateurs et éléments associés	Niveau d'implantation
4. Proportion de l'implication de l'orthophoniste pour l'évaluation de la dysphagie avant que le dépistage soit effectué par l'infirmière ou le médecin.	- 1/33 candidats au dépistage (3%). Lors de la période de transition, l'orthophoniste a été demandée dans 38% des cas malgré le retrait de l'ordonnance pré-imprimée.
5. Proportion des usagers où le médecin a été avisé du résultat du dépistage pour obtenir une ordonnance en lien avec le début de l'alimentation.	- 21/28 (75%) des usagers chez qui le dépistage a été effectué.

Résultats

Indicateurs et éléments associés	Niveau d'implantation
1. Proportion de réalisation du dépistage dans les délais établis (initiaux)	- 22/28 (79%) des usagers chez qui un dépistage a été effectué. - Le délai moyen avant le dépistage a été de 16,7 heures.
2. Taux de pneumonie suite au dépistage de la dysphagie	- 1/28 (3,5%) usagers dépistés a développé une pneumonie d'aspiration. La pneumonie a été diagnostiquée 24 heures post-extubation. **Une incidence de 5,8% a été répertoriée l'année précédant le début du projet.

Étape 6 : Maintenir l'utilisation des connaissances

Modèle de pérennisation de l'innovation dans les services de santé





Et arriva le 31 mars 2015!!!

We need to have a meeting to discuss how productivity is suffering because we are always attending meetings.



your  cards
someecards.com



Comité d'experts

- Dr Philippe Rico, Intensiviste
- Dr Francis Bernard, Intensiviste
- Dr Marc Giroux, Neurochirurgien
- Dr Tarik Slaoui, Neurologue
- Lisa Jane Callow, Nutritionniste
- Marie-Ève Côté, Nutritionniste
- Anna Paula Delgado, Orthophoniste
- Mélanie Bérubé, CCSI Ortho-Trauma
- Marie-Pierre Valiquette, CCSI intérimaire, Coordo du projet dysphagie

Consultants

- Équipe d'intensivistes
- Équipe de médecin en gériatrie
- Stéphane Delisle, Inhalothérapeute
- Adélaïde Démélo, DSI
- Isabelle Yelle, Adjointe à la DSI
- Coordonnateurs de programmes

Standardisation de la pratique

- Élargissement de la clientèle spécifique
- Clientèles à risque de dysphagie :
 - 38% à 65% des usagers souffrant d'un TCC modéré-sévère (Mackay, Morgan et Bernstein, 1999)
 - 50% des blessés médullaires cervicaux (Shin, Yoo, Lee, Goo et Kim, 2011)
 - 30% à 45% des usagers ayant subi un AVC (Voyer et al., 2013)
 - 30% à 60% des usagers de plus de 70 ans (Voyer et al., 2013)
 - 50% des usagers atteints de Parkinson (Voyer et al., 2013)
 - 3% à 62% des usagers post-extubation (Rassameehiran, 2015)

Le problème de la dysphagie s'explique notamment chez ces usagers par un changement dans la physiologie de la déglutition ou encore par un trouble cognitif ou comportemental (Alashemi, 2010; Brown et al., 2012).

La personne âgée

- Revue de littérature : Prévalence de la dysphagie

Auteurs	Échantillon	Âge	Prévalence	Origine	Méthode
Serra-Prat et al., 2011	N=245	+ 70 ans	27.1%	Domicile	V-VST
Nogueira et Reis, 2013	N=266	Moyenne 82 ans	38%	Hospitalisés	Au chevet
Cabré et al., 2013	N=2359 (7 ans)	Moyenne 84.9 ans	47.5%	Hospitalisés	Au chevet
Leder et Suiter, 2008	N=2381 (7 ans)	+ 60 ans	37.7%	Hospitalisés	FEES
Kawashima, Motohashi et Fujishima, 2004	N=1313	+ 60 ans	13.8%	Domicile	Questionnaire

Revue de dossiers de trauma

(Novembre 2014–Avril 2015)

- 57 dossiers révisés:
 - Dépistage standardisé: 15/57
 - Dépistage non-officiel (sans le formulaire): 12/57
 - Notes infirmières abordant la déglutition lors du premier repas: 5/57
 - Nombre de patients non-dépistés: 25/57

Dépistage standardisé de la dysphagie: 26.3 %

Absence de dépistage: 43,8%

Outil de dépistage : modifications

**HÔPITAL DU SACRÉ-CŒUR
DE MONTRÉAL**
HSCM Doués pour la vie

HSM0000

Dépistage standardisé de la dysphagie

DOCUMENT DE TRAVAIL

Pour les usagers hospitalisés dans les unités de soins intensifs, de soins intensifs intermédiaires, de traumatologie, des sciences neurologiques et d'urgence. Si l'usager est porteur d'une trachéotomie ou a des antécédents connus de dysphagie (connu dysphagique), il est contre-indiqué de procéder au dépistage. Dans ce contexte clinique, discutez avec le médecin traitant, l'orthophoniste et la nutritionniste pour la conduite à suivre.

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

Clientèle AVC: À compléter dans les 4 h après l'arrivée à l'urgence / avant la première prise de liquide ou d'aliments.
Clientèles telles que décrites dans la RSI-011 (autre que AVC): À compléter dans les 24 h après l'admission ou entre 4 h et 24 h post-extubation / avant la première prise de liquide ou d'aliments.
Clientèle avec canule nasale à haut débit humidifié (Optiflow): À compléter lorsque l'usager est sous Optiflow et a retiré lorsque l'Optiflow est cessé.

1. L'usager est-il éveillé et alerte, ou capable de répondre à la parole ?	☐ Oui	☐ Non
2. L'usager 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'usager ne se qualifie pas pour le dépistage, discutez de l'hydratation et de la nutrition avec le médecin traitant ET la nutritionniste.

3. L'usager peut-il tousser à la demande ?	☐ Oui	☐ Non
4. L'usager peut-il avaler sa salive ?	☐ Oui	☐ Non
5. L'usager est-il capable de se lécher la lèvre supérieure ET inférieure ?	☐ Oui	☐ Non
6. L'usager est-il eupnéique sans vent-masque, avec une concentration d'O ₂ et une SpO ₂ 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 À LA NUTRITIONNISTE.

7. L'usager a-t-il une voix « mouillée » ou « rauque » ou « de faible intensité » ou « ne produit pas de son » ?
(Parler avec le patient ET demander de dire aaah pour l'analyse de la voix)

☐ NON : PROCÉDEZ AU DÉPISTAGE

☐ OUI OU DOUTE: ARRÊTEZ, AVISEZ LE MD TRAITANT ET RÉFÉREZ À L'ORTHOPHONISTE ET À LA NUTRITIONNISTE

Évaluation effectuée par :	Date (aaaa-mm-jj) :
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) :

Traduction libre et adaptation du Standardized Swallowing Screen, Perry, L. (2001). J Clin Nurs. 10, 453-473.

Nom : _____ Prénom : _____ # Dossier : _____

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. Aviser le médecin lors de l'identification d'un problème.
*** Si et S. Inter: Obtenir une ordonnance médicale avant de débiter l'eau claire ou la diète appropriée.**

Donnez une première cuillère à thé d'eau (5 ml) et faites dire aaah après avoir avalé	☐ 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 à la nutritionniste
☐ Aucun problème		
Donnez une deuxième cuillère à thé d'eau (5 ml) et faites dire aaah après avoir avalé	☐ 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 à la nutritionniste
☐ Aucun problème		
Donnez une troisième cuillère à thé d'eau (5 ml) et faites dire aaah après avoir avalé	☐ 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 à la nutritionniste
☐ Aucun problème		
Donnez un petit verre d'eau (125 ml) et faites dire aaah après avoir avalé	☐ 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 à la nutritionniste
☐ Aucun problème		
Donnez une compote suivie d'un biscuit et faites dire aaah après avoir avalé chacune des textures	☐ Présence de toux, ou suffocation, ou essoufflement, ou voix enrouée / mouillée après avoir avalé, ou vous êtes incertain	Eau claire permise* Référez à l'orthophoniste et à la nutritionniste
☐ Aucun problème		

SI AUCUN PROBLÈME: Débiter une diète appropriée à la condition de santé de l'usager. Obtenir l'ordonnance médicale pour la diète dans les 12h suivant le dépistage à l'exception des Si et S. Inter où une ordonnance médicale doit être obtenue avant de débiter la diète appropriée. 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 à la nutritionniste.

RÉPÉTEZ L'ÉVALUATION ET LE DÉPISTAGE S'IL Y A DÉTERIORATION 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) :

Traduction libre et adaptation du Standardized Swallowing Screen, Perry, L. (2001). J Clin Nurs. 10, 453-473.

Critères d'application de l'outil

- Pour les usagers hospitalisés dans les unités de soins intensifs, de soins intensifs intermédiaires, de traumatologie, des sciences neurologiques et d'urgence. Si l'utilisateur est porteur d'une trachéotomie ou a des antécédents de dysphagie, il est contre-indiqué de procéder au dépistage. Dans ce contexte clinique, discutez avec le médecin traitant, l'orthophoniste et la nutritionniste pour la conduite à suivre.

CLIENTÈLES VISÉES

Les usagers hospitalisés dans les unités de soins intensifs, de soins intensifs-intermédiaires, de traumatologie (2^èC), des sciences neurologiques (5^èD) ou d'urgence présentant les critères suivants:

- 75 ans et plus
- TCC léger, léger complexe, modéré ou sévère
- Lésion médullaire cervicale
- Atteinte neurologique (p.ex., AVC, tumeur cérébrale, sclérose en plaques, Parkinson)
- Atteinte du larynx ou ayant été opéré pour une chirurgie de type oto-rhino-laryngologique
- Post-extubation, sauf lors d'une intubation pour une chirurgie élective
- Signes de dysphagie

Règle de soins RSI-011

HÔPITAL DU SACRÉ-CŒUR
DE MONTRÉAL

HSCM Doués pour la vie



Règle de soins infirmiers

ACTIVITÉ CLINIQUE :	Dépistage de la dysphagie oropharyngée	RSI-0XX
Référence à une politique et procédure :	oui non	
Référence à un protocole	oui non	

DÉFINITION

Le terme dysphagie désigne un trouble de la déglutition (action d'avaler) affectant les phases orale, pharyngée ou oesophagienne de la déglutition. Elle est la conséquence d'une ou de plusieurs pathologies sous-jacentes d'origine neurogène, oncologique, structurale, psychogène, chirurgicale, congénitale ou iatrogène¹. La dénutrition protéinoénergétique, les accidents vasculaires cérébraux (AVC) et les maladies neurodégénératives comme le Parkinson, la sclérose en plaque et l'Alzheimer prédisposent à la dysphagie. Ainsi, entre 30 et 45 % des usagers ayant subi un AVC et près de 50% des usagers atteint du Parkinson souffriraient de dysphagie². La dysphagie affecterait aussi de 30 à 60% des aînées vivant en milieu de soins². Par ailleurs, la dysphagie oropharyngée est une complication fréquemment rencontrée en traumatologie, particulièrement chez les traumatisés crâniocérébraux (TCC) et les blessés médullaires cervicaux. De fait, chez les TCC modérés-sévères, l'incidence de dysphagie oropharyngée varie de 38% à 65%^{3,4}, tandis que chez les blessés médullaires cervicaux, elle atteint 54%.⁵ Le problème de la dysphagie s'explique notamment chez ces usagers par un changement dans la physiologie de la déglutition ou encore par un trouble cognitif ou comportemental.^{6,7}

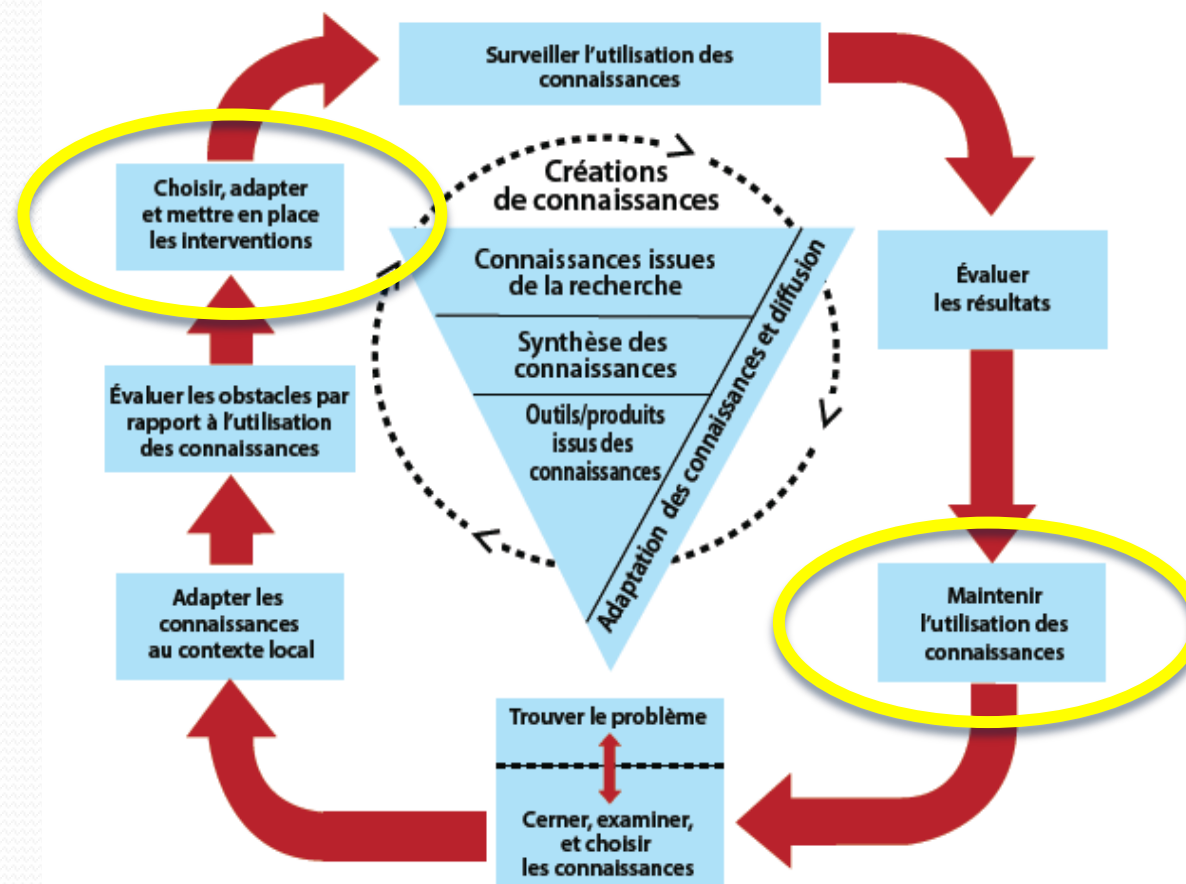
La dysphagie peut entraîner l'aspiration de matériel solide ou liquide dans les voies respiratoires, ce phénomène pouvant engendrer des complications graves comme la pneumonie d'aspiration⁷. De plus, un taux de mortalité de 30% est associé à la pneumonie d'aspiration^{8,9} suite à un événement neurologique¹⁰ alors qu'il est jusqu'à 15 fois plus important chez les usagers ayant subi une chirurgie de la colonne par voie antérieure¹¹.

- L'infirmière ou la CEPI doit avoir effectué la **formation** requise et complété avec succès le **test d'évaluation*** des compétences pour effectuer le dépistage standardisé de la dysphagie
- Une autre infirmière doit effectuer le dépistage en l'absence de réponse à ces critères.

***Si échec à l'évaluation : avis au chef d'unité et 2 reprises possibles**

Méthode

Autres clientèles



TCC et BM

Figure 1

Cycle de la mise en pratique (APPLICATION)

Instituts de recherche en santé du Canada (Graham et al. 2006)

Amélioration continue

- Formation initiale audio-enregistrée
- Capsules clientèle élargie
 - Juin-juillet 2015 et octobre 2015
- Activités d'ancrage
 - Conseillères en soins infirmiers
- Audits de dossiers
 - Juillet-août 2015 : 1 x/semaine
 - Septembre 2015 ... : 1 x/mois
- Rappels sur la pratique
 - Tableau de communication
 - Présence des conseillères
- Validation de l'outil
 - Rédaction du protocole - juillet-août 2015
 - Comité de recherche en traumatologie - octobre 2015





Conclusion

- **Pertinence de l'intervention:**

- Améliorer le délai d'évaluation, donc reprise plus rapide de l'alimentation orale
- Éviter les **pratiques essais/erreurs** non standardisées
- Répondre aux **besoins cliniques** reliés à la dysphagie
- L'évaluation de la dysphagie fait partie de **l'évaluation infirmière**

- **Faisabilité:**

- Outil **facilement** applicable
- Requier **peu de temps** de la part des intervenants
- Fait déjà partie des **pratiques courantes** (reprise d'alimentation orale débutant par de l'eau, suivi d'aliments à consistance variable, etc)

- **Collaboration interdisciplinaire et partenariat**



Bibliographie

- ADAPTE Collaboration (2007). Manual for Guideline Adaptation – Version 1.0. www.adapte.org
- Alashemi, H.H., (2010). Dysphagia in severe traumatic brain injury. *Neurosciences*, 15, 231-236.
- Antonios, N., Carnaby-Mann, G., Crary, M., Miller, L., Hubbard, H., Hood, K., ...Silliman, S. (2010). Analysis of a physician tool for evaluating dysphagia on an inpatient stroke unit: the modified Mann Assessment of Swallowing Ability. *Journal of Stroke & Cerebrovascular Diseases*, 19, 49-57.
- Bayley, M., Teasell, R., Marshall, S., Cullen, N., Collantonio, A., & Kua, A. (2007). Evidence Based Recommendations for Rehabilitation of Moderate to Severe Acquired Brain Injury. *Acquired Brain Injury Knowledge Uptake Strategy (ABIKUS)*.
- Brown, C.V.R., Hejl, K., Mandaville, A.D., Chaney, P.E., Stevenson, G., Smith, C. (2012). Swallowing dysfunction after mechanical ventilation in trauma patients. *Journal of Critical Care*, 26, 108.e9-108.e13.
- Cane, J., O'Connor, D., & Michie, S. (2012). Validation of the theoretical domains framework for use in behaviour change and implementation research. *Implementation Science*, 7:37.
- Chaw, E., Shem, K., Castillo, K., Wong, S.L., & Chang, J. (2012). Dysphagia and Associated Respiratory Considerations in Cervical Spinal Cord Injury. *Topics in Spinal Cord Injury Rehabilitation*, 18, 291-299.
- Consortium for Spinal Cord Medicine (2008). *Early Acute Management in Adults with Spinal Cord Injury: A Clinical Practice Guidelines for Health-Care Professionals*. Paralyzed Veterans of America: Washington, DC.
- Damschroder, L.J., Aron, D.C., Keith, R.E., Kirsh, S.R., Alexander, J.A., & Lowery, J.C. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated ouframework for advancing implementation science. *Implementation Science*, 4, 50.

- Dias Marques, C.H., de Rosso, A.L.Z., Andre, C. (2008). Bedside Assessment of Swallowing in Stroke: Water Tests Are Not Enough. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 14, 378-383.
- 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, e
- Donabedian, A. (1988). The Quality of Care: How Can It Be Assessed? *Journal of the American Medical Association*, 260, 1743-1748.
- The Evidence-Based Review of Moderate To Severe Acquired Brain Injury (ABIEBR) (2011). Module 5. Mise à jour juillet 2013. <http://www.abiebr.com/>
- Edmiaston, J., Connor, L.T., Loehr, L., Nassief, A. (2010). Validation of a dysphagia screening tool in acute stroke patients. *American Journal of Critical Care*, 19, 357-364.
- Ellis, A.L., & Hannibal, R.R. (2013). Nursing Swallow Screens: Why Is Testing Water Only Not Enough? *Journal of Neuroscience Nursing*, 45, 244-253.
- Fleiszer, A.R., Semenic, S.E., Ritchie, J.A., et al. (2015). The sustainability of healthcare innovations: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing. Ahead of print (January 2015)*.
- Graham, I.D., Logan, J., Harrison, M.B., Strauss, S.E., Tetroe, J., Caswell, W., & Robinson, N. (2006). Lost in knowledge translation: time for a map? *The Journal of continuing education in the health professions*, 26, 13-24.
- Kepner, C.H., & Tregoe, B.B. (1965). *The Rational Manager: A Systematic Approach to Problem Solving and Decision Making*. New York, NY: McGraw-Hill.
- Lamontagne, M.E., & Tétreault, S. (2014). Méthode TRIAGE. In S. Tétreault & P. Guillez (Eds), *Guide pratique de recherche en réadaptation* (1e éd.) (pp.355-366). Paris: de boeck.
- Lasnier, F. (2000). *Réussir la formation par compétences*. Montréal: Guérin.
- Mackay, LE., Morgan, AS., & Bernstein, BA. (1999). Swallowing disorders in severe brain injury: risk factors affecting return to oral intake. *Archives of Physical Medicine & Rehabilitation*, 80, 365-371.

- Norman, K., Pichard, C., Lochs, H., & Pirlich, M. (2008). Prognostic impact of disease-related malnutrition. *Clinical Nutrition*, 27, 5–15.
- Perry, L. (2001a). Screening swallowing function of patients with acute stroke. Part one: identification, implementation and initial evaluation of a screening tool for use by nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 10, 463–473.
- Perry, L. (2001b). Screening swallowing function of patients with acute stroke: part two: detailed evaluation of the tool used by nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 10, 474–481.
- Perry, L., & Love, C.P. (2001). Screening for dysphagia and aspiration in acute stroke: a systematic review. *Dysphagia*, 16, 7–18.
- Shem, K., Castillo, K., Wong, S.L., Chang, J., & Kolakowsky-Hayner, S. (2012). Dysphagia and Respiratory Care in Individuals with Tetraplegia: Incidence, Associated Factors, and Preventable Complications. *Topics in Spinal Cord Injury Rehabilitation*, 18, 15–22.
- Shin, J.C., Yoo, J.H., Lee, Y.S., Goo, H.R., & Kim, D.H. (2011). Dysphagia in cervical spinal cord injury. *Spinal Cord*, 49, 1008–1013.
- Sidani, S., Guruge, S., Miranda, J., Ford-Gilboe, M., Varcoe, C. (2010). Cultural Adaptation and Translation of Measures: An Integrated Method. *Research in Nursing & Health*, 33, 133–143.
- Starmer, H.M., Riley, L.H., Hillel, A.T., Akst, L.M., Best, S.R., & Gourin, C.G. (2014). Dysphagia, Short-Term Outcomes, and Cost of Care After Anterior Cervical Disc Surgery. *Dysphagia*, 29, 68–77.
- Terré, R., & Mearin, F. (2007). Prospective evaluation of oro-pharyngeal dysphagia after severe traumatic brain injury. *Brain Injury*, 21, 1411–1417.
- Voyer, P. et al. (2013). *Soins infirmiers aux aînées en perte d'autonomie*, 2^e édition. Édition du renouveau pédagogique : Québec, Canada