

Impact de la diffusion de recommandation

De Ryckere Mathieu

Infirmier Cadre

Service des Soins Intensifs

CUB Hôpital Erasme

Bruxelles



• **Déclaration d'intérêts de Mme/M.** : De Ryckere

➤ **Activités de conseil, fonctions de gouvernance, rédaction de rapports**

Non /

Société(s) :

➤ **Essais cliniques, autres travaux, communications de promotion**

Non /

Société(s) :

➤ **Intérêts financiers (actions, obligations)**

Non /

Société(s) :

➤ **Liens avec des personnes ayant des intérêts financiers ou impliquées dans la gouvernance**

Non /

Société(s) :

➤ **Réception de dons sur une association dont je suis responsable**

Non /

Société(s) :

➤ **Perception de fonds d'une association dont je suis responsable et qui a reçu un don**

Non /

Société(s) :

➤ **Détention d'un brevet, rédaction d'un ouvrage utilisé par l'industrie**

Non /

Société(s) :

Nutrition artificielle en réanimation

Guidelines for Nutrition Support in Critically Ill Patient

D. Hurel · J.-Y. Lefrant · N.J. Cano · C. Ichai · J.-C. Preiser · F. Tamion

Comité d'organisation

Société française d'anesthésie et de réanimation (Sfar)

Société de réanimation de langue française (SRLF)

Société francophone nutrition clinique et métabolique (SFNEP)

Présidents : Jean-Yves Lefrant (Sfar), Dominique Hurel (SRLF), Noël J. Cano (SFNEP)

Pilotes d'experts : Carole Ichai (Sfar), Jean-Charles Preiser (SRLF), Fabienne Tamion (SFNEP)

Experts : A. Ait Hssain, S. Barbar, M. Berger, J. Berré, J. Bohé, E. Bourgeois, B. Campillo, R. Cohendy, J.M. Constantin, A. Dive, C. Faisy, E. Fontaine, V. Fraipont, M. Hasselman, C. Heidegger, A. Jacquot, P. Jeannes, C. Lambe, M.R. Losser, P. Massanet, J.-C. Melchior, B. Nissen, C. Paugam, I. Perlot, A. Petit, L. Petit, B. Raynard, J. Reignier, A.F. Rousseau, S. Schneider, F. Sztark, R. Thibault, F. Valla, J.F. Zazzo

Réanimation (2014) 23:332-350
DOI 10.1007/s13546-014-0893-x

Les recommandations professionnelles sont définies par la Haute Autorité de Santé (HAS) comme « *des propositions développées selon une méthode explicite pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données* ».

- Outils d'aide à la décision
- Elaborées par des sociétés de spécialité
- Appuyées par la littérature actuelle
- Reflètent les opinions d'experts
- L'objet d'un consensus
- Données suite à un processus prédéfini et transparent

- Des exigences, des lois
- Des garanties de bénéfice pour le patient
- Un substitut au jugement clinique

- **Absence de standardisation**
- **Différences fréquentes entre prescription et pratique réelle**
- **Influence d'intérêts industriels**
- **Implication de différentes catégories de professionnels de santé**
- **Les patients dénutris sont souvent gérés par des spécialistes de la maladie sous-jacente**

- Les guidelines sont élaborés sur la base d'une revue systématique de la littérature
- Ils permettent de faire un choix de recommandations selon le niveau de preuve et les jugements de valeur pour une prise en charge d'un problème clinique particulier.
- La force de l'évidence est définie par des niveaux, du plus fort au plus faible, respectivement de A à C.
- Ces niveaux sont définis pour chaque guideline en fonction de la littérature médicale publiée, en attribuant le plus fort niveau de preuve à l'essai randomisé en double aveugle et le plus faible à l'opinion d'experts.

Niveaux de preuve, recommandations basées sur:

- A L'existence de multiples essais randomisés ou de méta-analyses
- B L'existence d'une seule étude randomisée ou d'études non randomisées
- C L'opinion d'experts, des études de cas ou des standards de soins

Classes de recommandation, conditions pour lesquelles:

- I Il existe des preuves et/ou un accord général qu'une procédure ou un traitement est utile et efficace
- II Il existe des preuves conflictuelles et/ou une divergence d'opinion au sujet de l'utilité ou de l'efficacité d'une procédure ou d'un traitement
 - IIa Le poids de l'évidence/des opinions d'experts sont en faveur de l'utilité et de l'efficacité
 - IIb L'utilité/l'efficacité sont moins bien établies par l'évidence/les opinions d'experts
- III Il y a des preuves et/ou un accord général qu'une procédure ou un traitement n'est pas utile/efficace, voire même dans certains cas, dommageable

Les recommandations en nutrition sont-elles utiles pour les infirmiers ?

- Evidence-based Nursing

Processus au cours duquel les infirmières prennent leurs décisions cliniques en se fondant simultanément sur les meilleures données probantes disponibles, leur compétence clinique, la préférence du patient et les moyens disponibles (Cullum, N., 2000)



Evidence-based nursing
Source: Haynes, R.B. et al (1996) in
McSherry, R. et al (2002)



Evidence-based nursing
Source: Haynes, R.B. et al (1996) in
McSherry, R. et al (2002)

- Culture des infirmiers / formation
- Problème du coût
- Problème de la langue
- Problème de compréhension
- Temps

- Peu de place pour la nutrition dans la formation « de base » des infirmiers belges
- Place pour la nutrition, dans la formation des infirmiers de réanimation, insignifiante
- Intérêt faible pour le sujet
- Au chevet du patient la prise en charge nutritionnelle passe au « second plan »

PRISE EN CHARGE NUTRITIONNELLE A L'USI

L'importance de la prise en charge nutritionnelle du patient agressé est largement démontrée et reconnue.

En effet, tant un déficit calorique important qu'un apport d'énergie excessif sont associés à un surcroit de complications.

Dans cette optique, en partenariat avec la SIZ nursing et la société belge de nutrition clinique (SBNC), nous souhaitons analyser les connaissances et pratiques actuelles en terme de gestion de la nutrition des patients de soins intensifs en Belgique francophone. Afin de nous y aider, nous vous demandons de nous consacrer 5 à 10 minutes de votre temps pour remplir ce questionnaire. Ceci nous permettra par exemple d'organiser diverses formations afin de répondre à vos besoins.

Pour la SIZ-Nursing

Mathieu De Ryckere

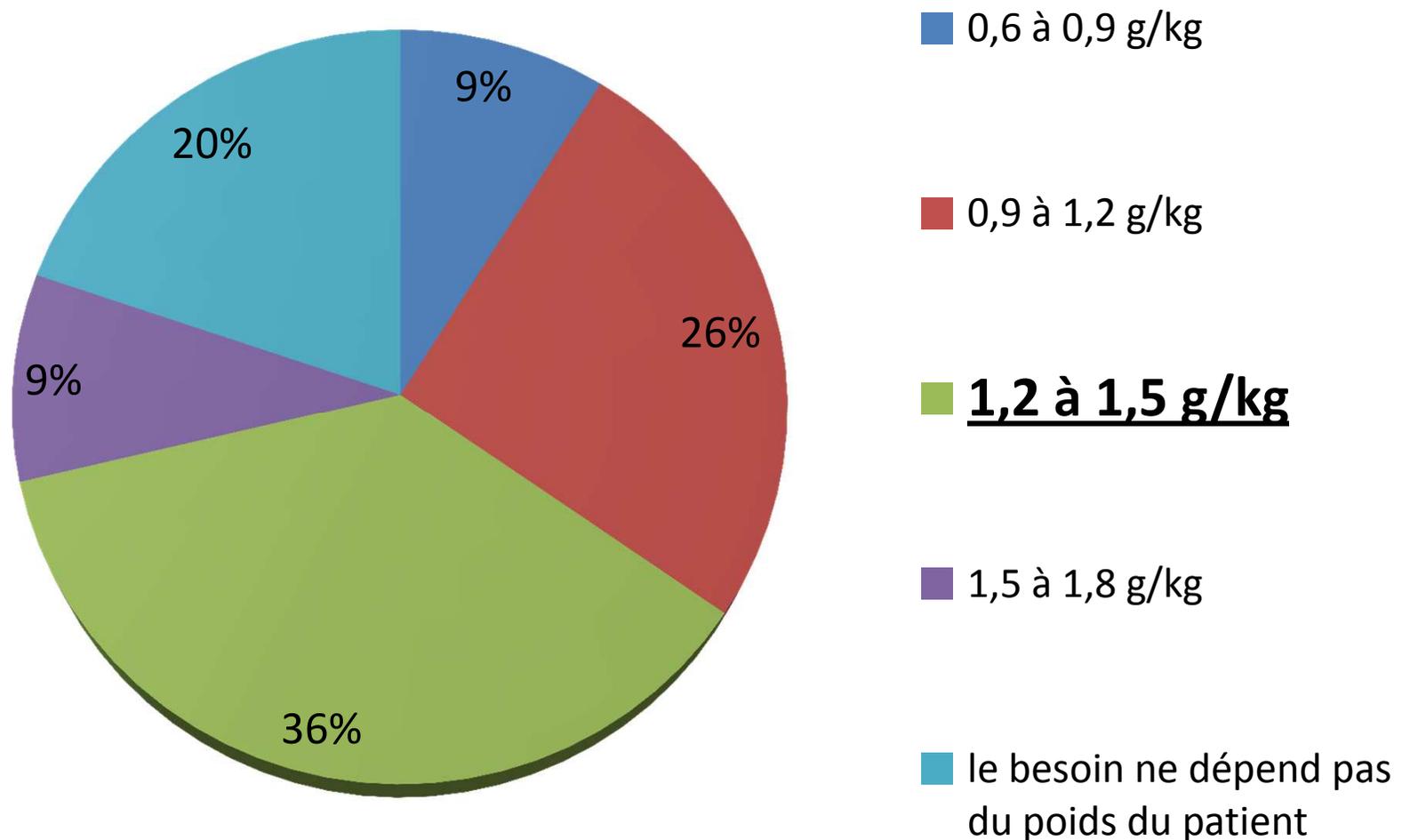
Pour la SBNC

Dr Jean-Charles Preisser

220 Réponses

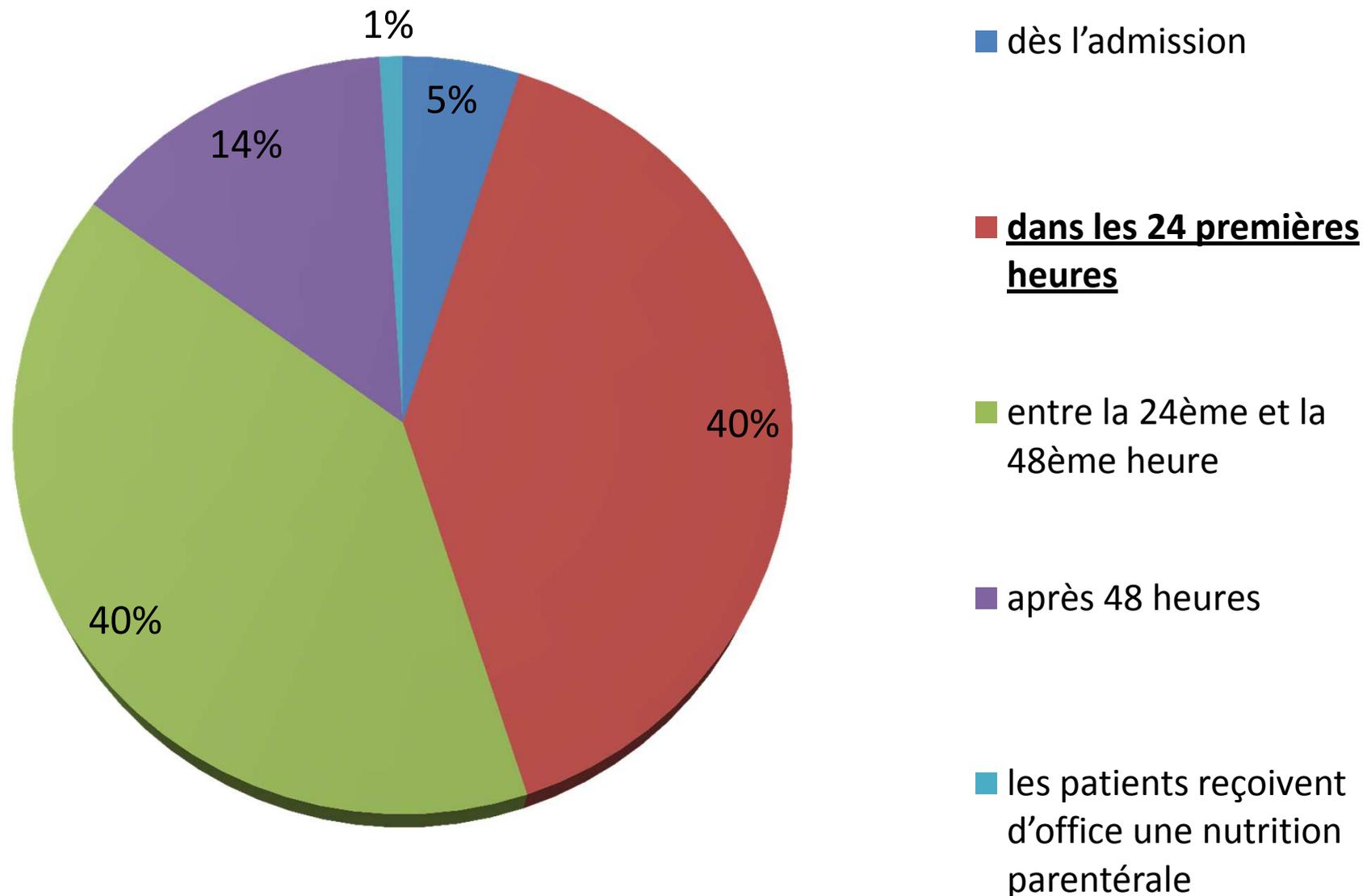
Les connaissances

QUEL EST L'APPORT PROTÉIQUE QUOTIDIEN RECOMMANDÉ ?

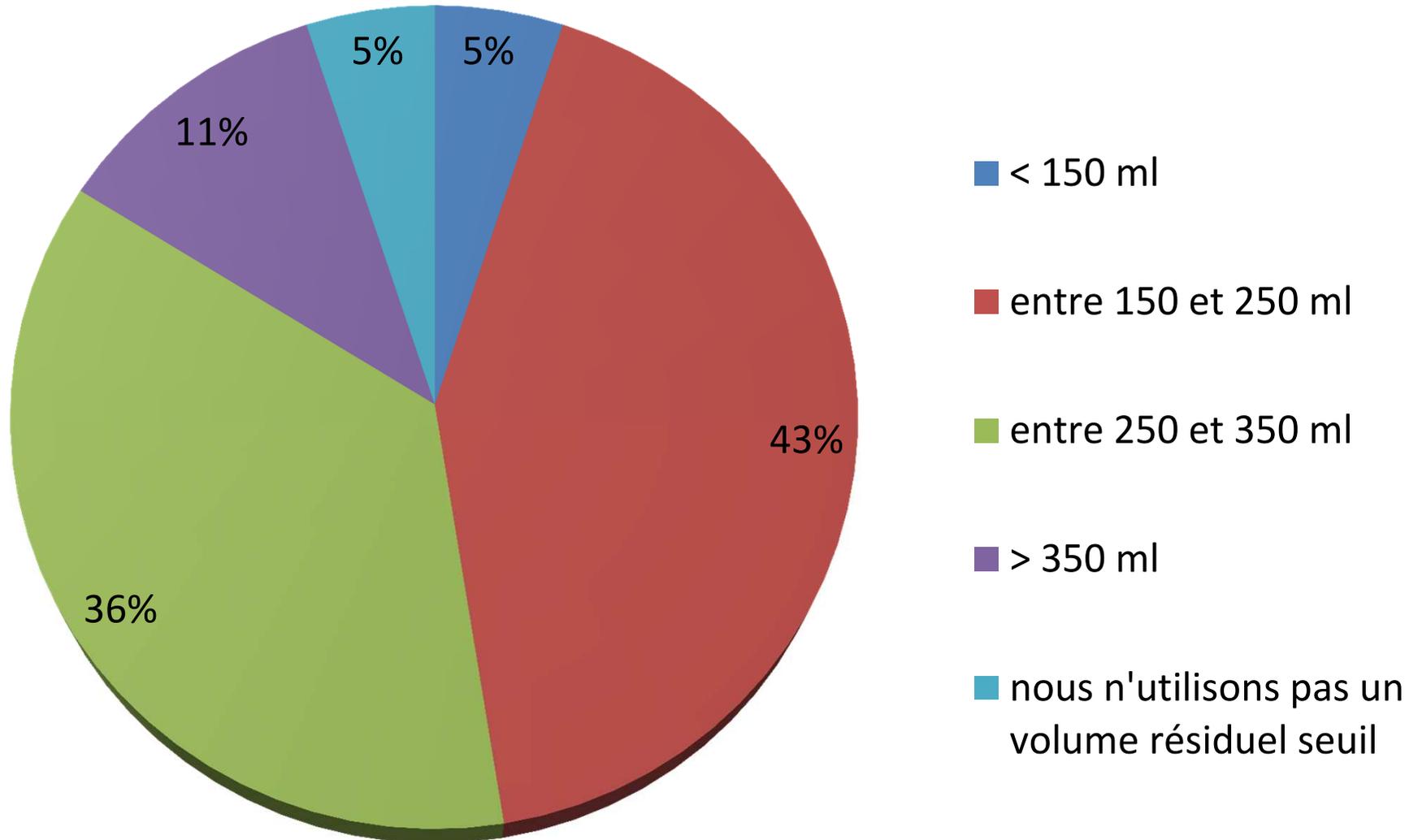


- Grande variabilité dans les réponses
- Taux moyen de bonnes réponses : 59 %

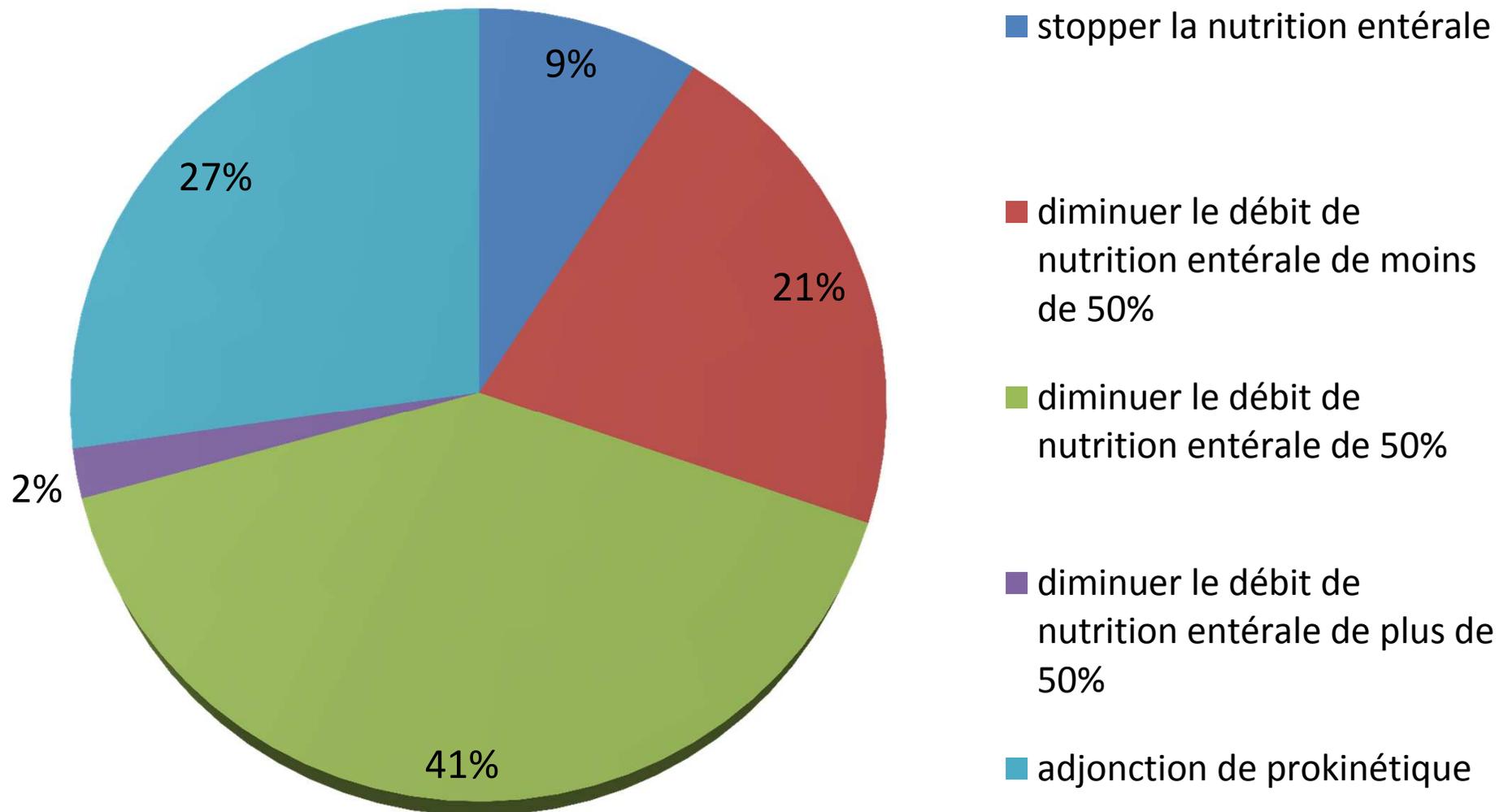
DANS VOTRE UNITÉ, LA NUTRITION ENTÉRALE EST DÉBUTÉE CHEZ UN PATIENT NE POUVANT S'ALIMENTER ?



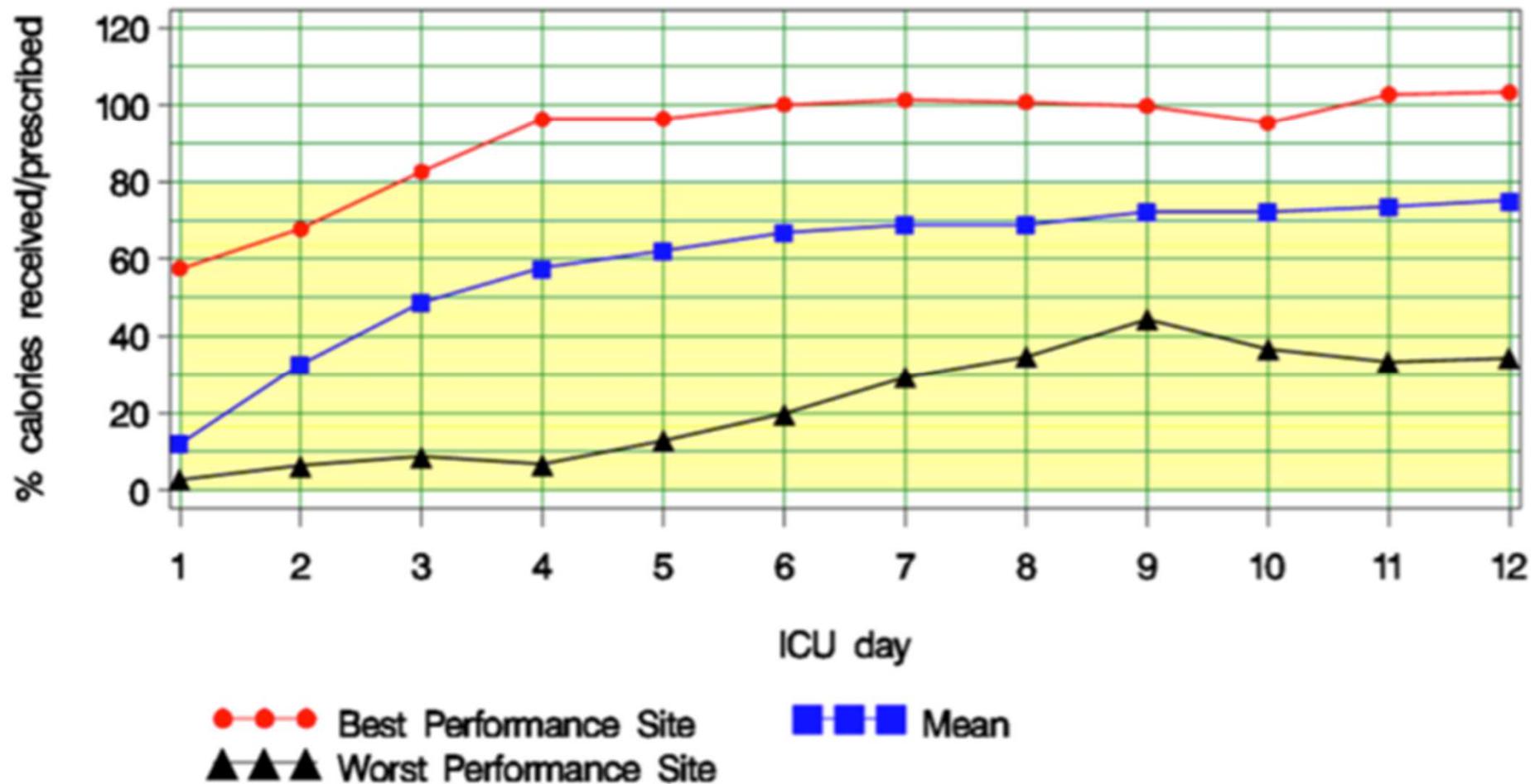
APRÈS QUEL VOLUME GASTRIQUE RÉSIDUEL MODIFIEZ-VOUS LE DÉBIT DE NUTRITION ENTÉRALE ?



QUELLE ADAPTATION DU DÉBIT DE NUTRITION ENTÉRALE FAITES VOUS ALORS (QUAND LE RÉSIDUS GASTRIQUE SEUIL EST ATTEINT) ?



- Grande diversité dans les pratiques
- Diversité présente au sein du même service
- Ne suivent pas les recommandations
- Utilisation de protocoles harmonise les pratiques



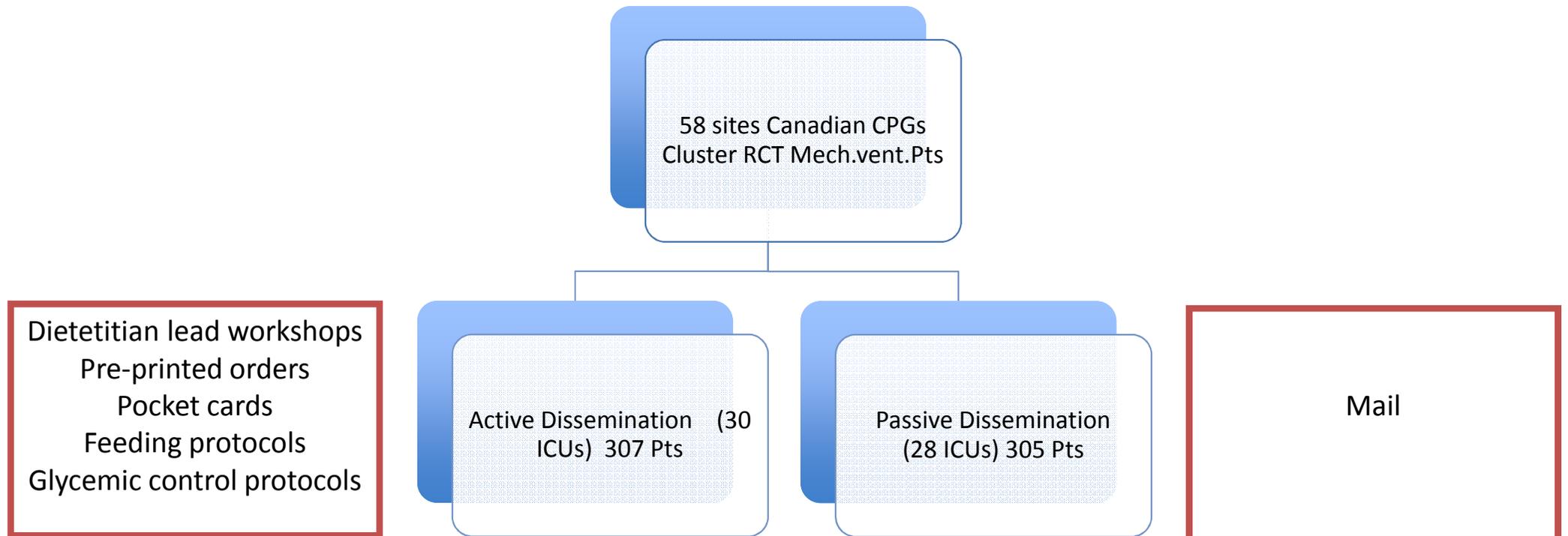
Prospective, observationnelle
 158 unités
 20 pays
 2946 patients

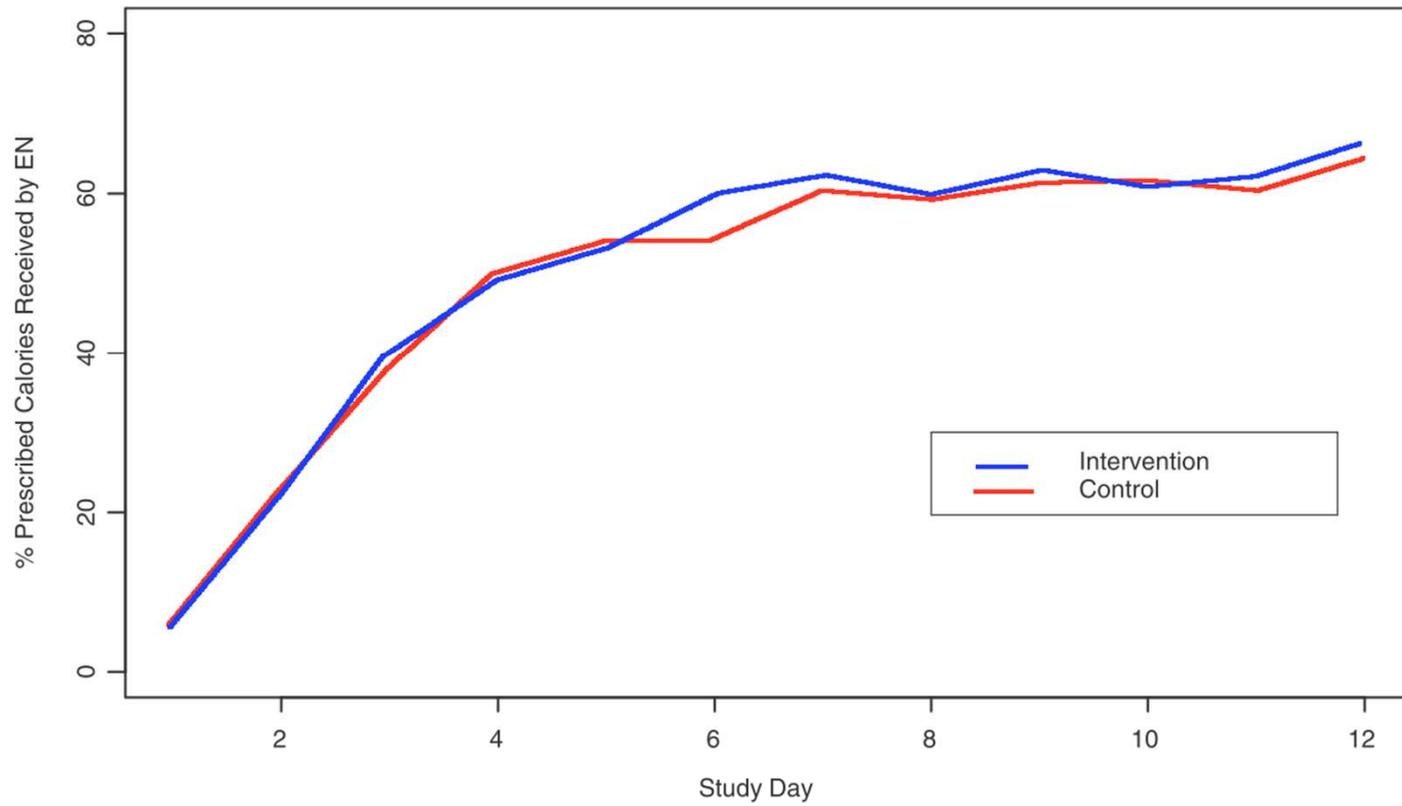
Les recommandations en nutrition sont-elles utiles pour les infirmiers ?



Accès littérature
Domaine peut attrayant
Diminuer les écarts de pratiques

MODE DE DIFFUSION DES RECOMMANDATIONS





Overall, dissemination of the CPGs improved other important nutrition support practices but was not associated with improvements in clinical outcomes.

MODE DE DIFFUSION DES RECOMMANDATIONS : IMPORTANT ?

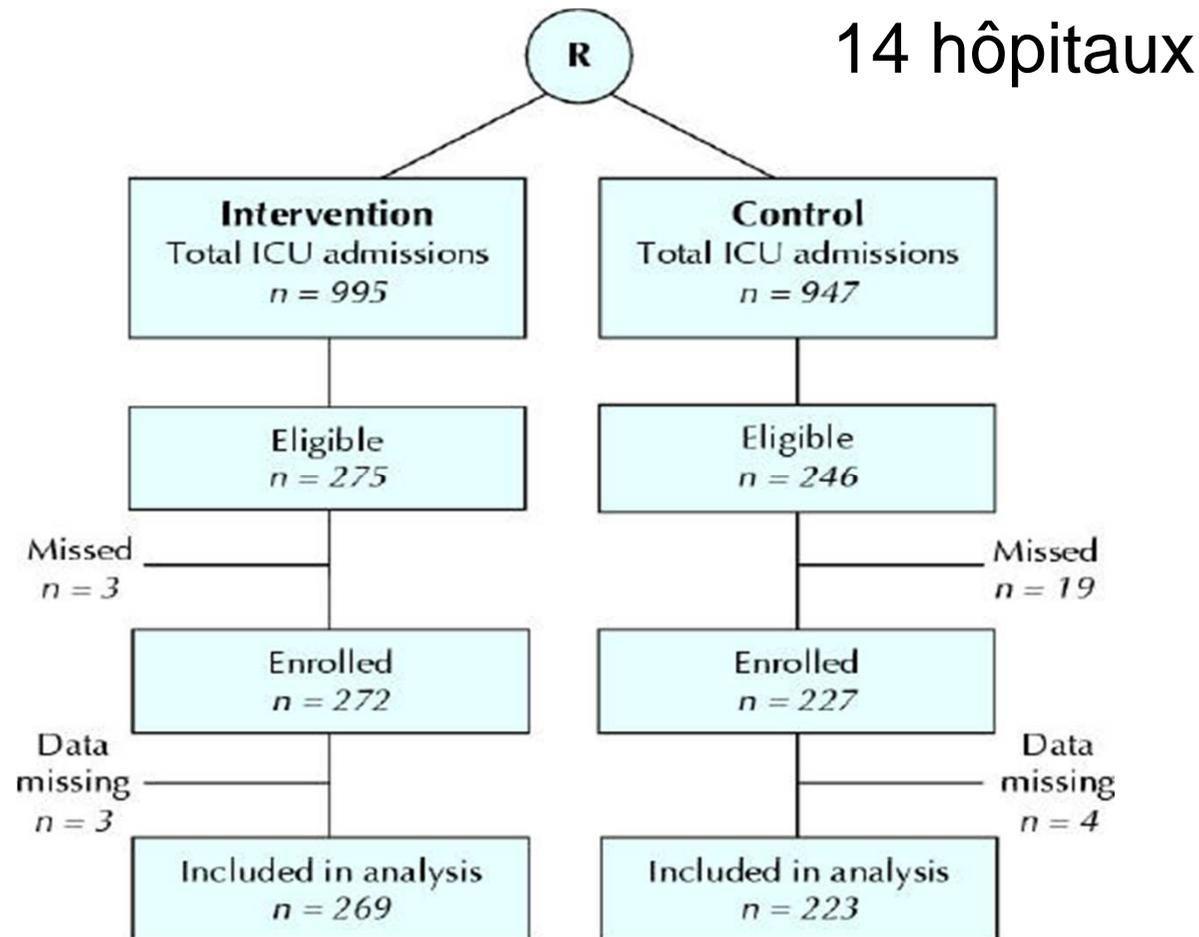


LES RECOMMANDATIONS ASSOCIÉES À L'UTILISATION DE PROTOCOLE : BÉNÉFICE POUR LES PATIENTS

Multicentre, cluster-randomized clinical trial of algorithms for critical-care enteral and parenteral therapy (ACCEPT)

CMAJ (2004) 170:197-204

Claudio M. Martin, Gordon S. Doig, Daren K. Heyland, Teresa Morrison, William J. Sibbald, for the Southwestern Ontario Critical Care Research Network



Multicentre, cluster-randomized clinical trial of algorithms for critical-care enteral and parenteral therapy (ACCEPT)

CMAJ (2004) 170:197-204

**Claudio M. Martin, Gordon S. Doig, Daren K. Heyland, Teresa Morrison, William J. Sibbald,
for the Southwestern Ontario Critical Care Research Network**

Dans le groupe intervention :

- Plus de nutrition entérale (6.7 v. 5.4 per 10 patient-days; $p = 0.042$)
- Moyenne de séjour à l'hôpital diminuée (25 v. 35 days; $p = 0.003$)
- Trend diminution mortalité(27% v. 37%; $p = 0.058$).
- Pas différence durée séjour USI (10.9 v. 11.8 days; $p = 0.7$).

Multicentre, cluster-randomized clinical trial of algorithms for critical-care enteral and parenteral therapy (ACCEPT)

CMAJ (2004) 170:197-204

Claudio M. Martin, Gordon S. Doig, Daren K. Heyland, Teresa Morrison, William J. Sibbald, for the Southwestern Ontario Critical Care Research Network

Interpretation: Implementation of evidence-based recommendations improved the provision of nutritional support and was associated with improved clinical outcomes.

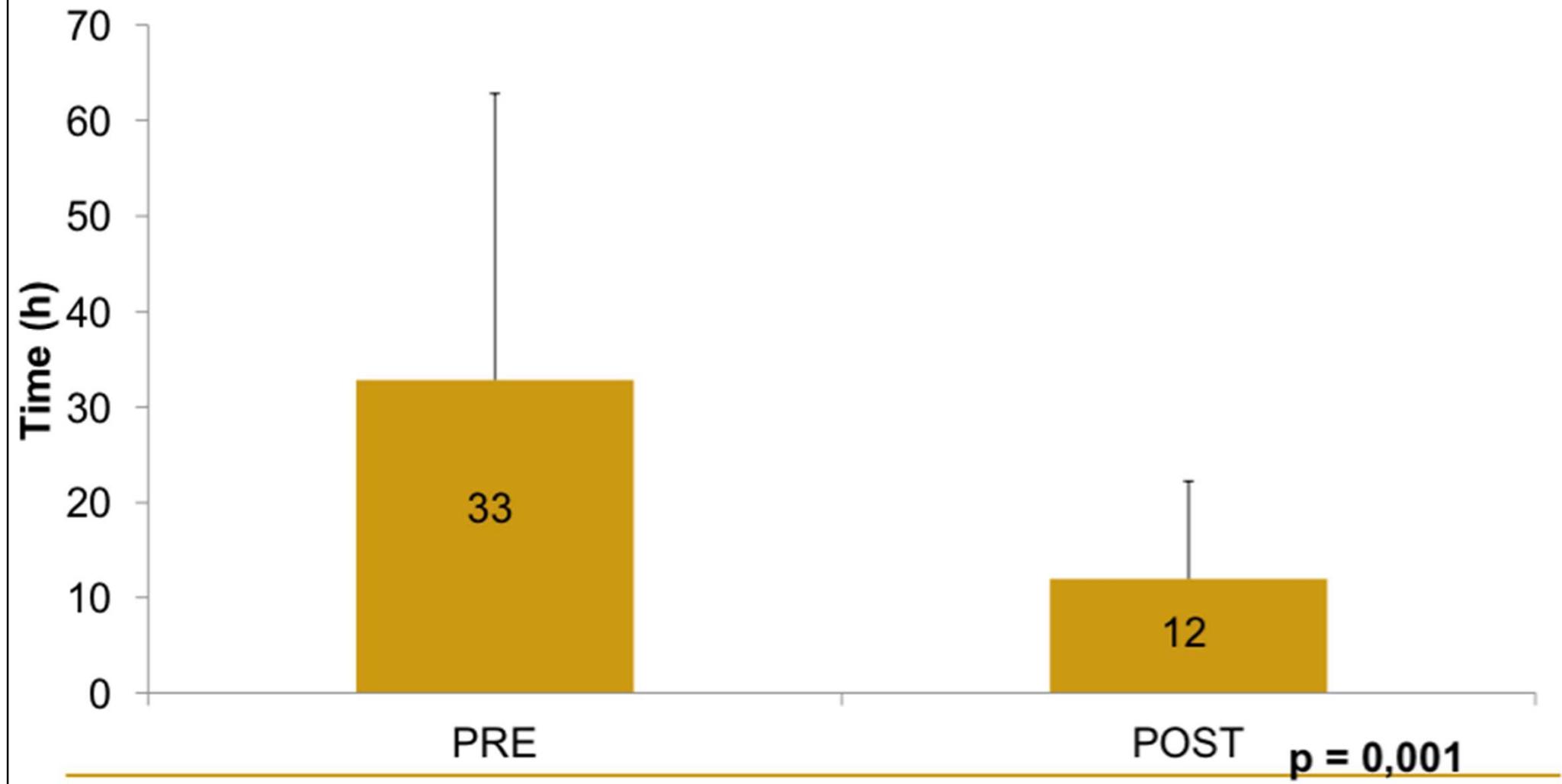
Use of a decision tree

De Ryckere et al Nut Clin Metab 2012

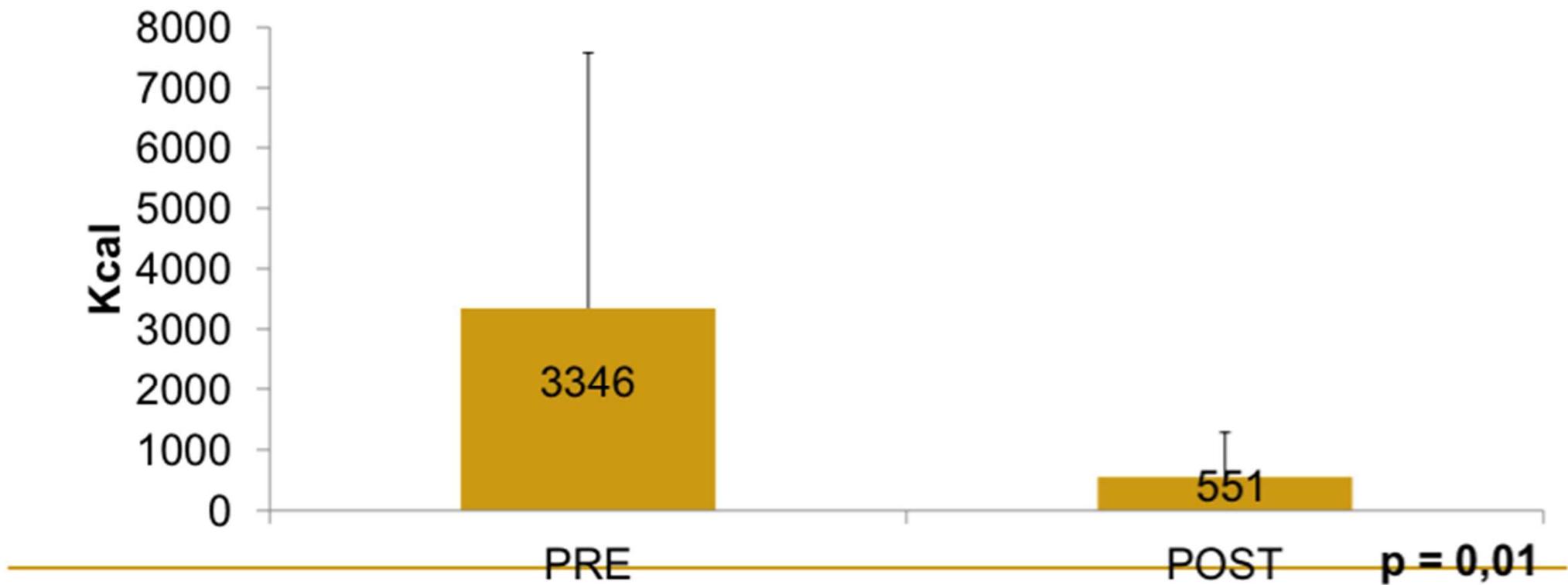
- Comparison before – after in the department:
 - 34 medico-surgical beds
 - 3000 patients/year
 - 2.5 patients/nurse

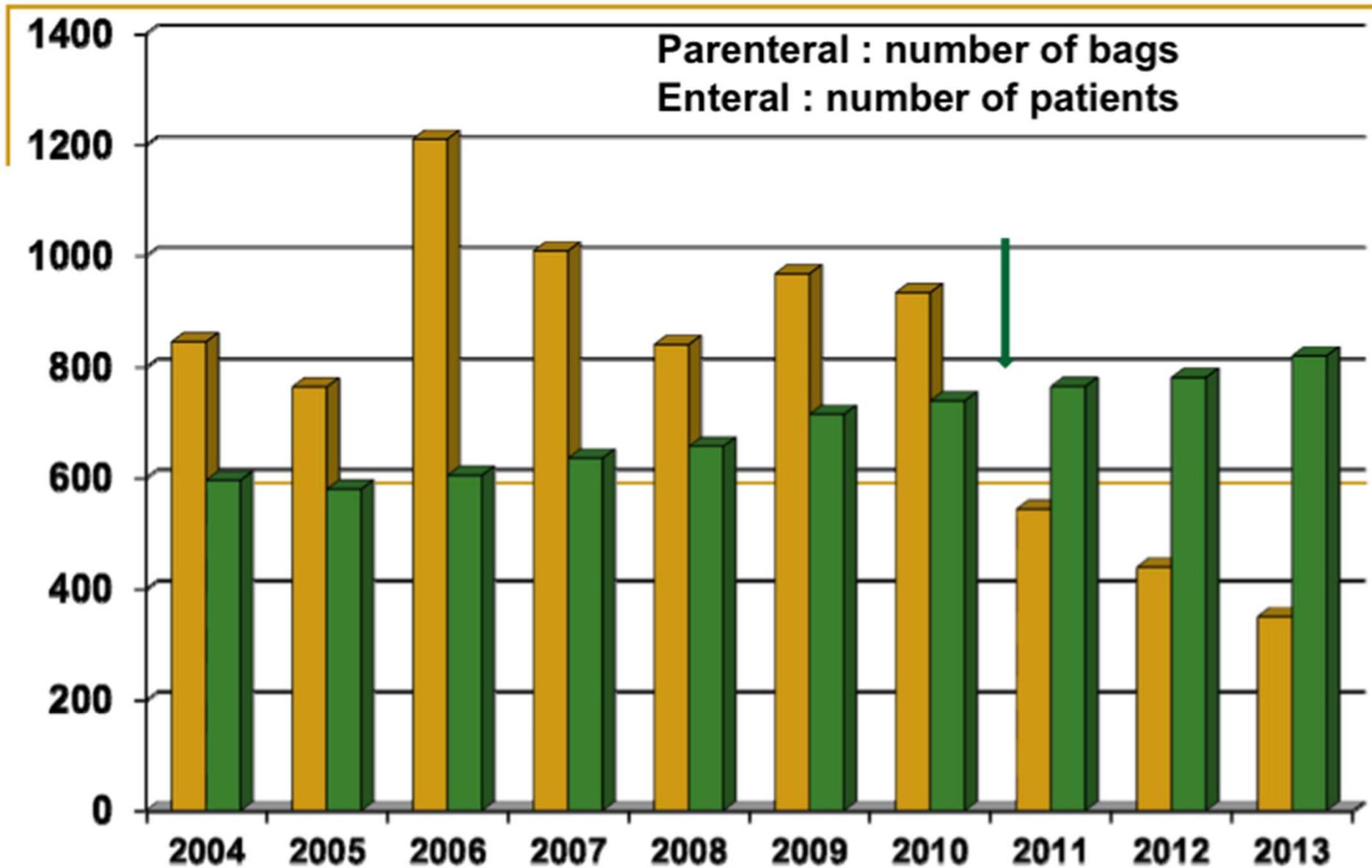
- 3 phases during 4 months
 - PRE : usual management of enteral nutrition
 - Information – diffusion of the decision tree (available at each bedside)
 - POST: management of enteral nutrition following the decision tree

Time to achieve the target rate



Difference between target caloric intake and actual intake





3,000 admissions/y
7,500 pt.days/y

■ Parentérale ■ Entérale

LES RECOMMANDATIONS ASSOCIÉES À L'UTILISATION DE PROTOCOLE : BÉNÉFICE POUR LES PATIENTS



- Recommandations = propositions, outils
- Intérêt des recommandations pour les infirmiers
- Importance de l'accessibilité
- Bénéfice à utiliser des protocoles basés sur ces recommandations
- Implication des infirmiers dans la création des protocoles
- Importance du mode de diffusion encore à évaluer