

## PROCOLE INTERDISCIPLINAIRE

### Sevrage de la canule trachéale

#### OBJET :

- Guider les professionnels de la santé dans les différentes étapes du sevrage de la canule trachéale, dans l'évaluation physique, la surveillance clinique et le suivi chez une clientèle trachéotomisée.
- Assurer une uniformisation de la pratique et optimiser la collaboration interprofessionnelle.

#### INTERVENANTS VISÉS :

- Les inhalothérapeutes de l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé.
- Les orthophonistes de l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé.
- Les médecins de l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé.
- Les infirmières de l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé.

#### CLIENTÈLES VISÉES :

- Tous les usagers adultes trachéotomisés hospitalisés nécessitant un sevrage de la canule trachéale.

#### CONDITIONS D'INITIATION :

- Lorsque l'ordonnance individuelle d'application du protocole de sevrage de la canule trachéale est prescrite par un pneumologue, un ORL et/ou un médecin œuvrant aux soins critiques.
- Lorsque l'ordonnance individuelle est complétée afin de dégonfler le ballonnet de la canule trachéale par un pneumologue, un ORL et/ou un médecin œuvrant aux soins critiques.

#### DIRECTIVES :

##### Rôles et responsabilités :

- L'inhalothérapeute contribue à l'évaluation de la condition respiratoire et du suivi du sevrage de la canule trachéale chez l'usager trachéotomisé.
- L'orthophoniste procède à l'évaluation de la fonction laryngée et des risques d'aspiration lors du processus de sevrage de la canule trachéale. Une demande de consultation en orthophonie doit être complétée par un médecin lorsque le sevrage de la trachéotomie est envisagé, préférablement lorsque l'usager est sevré de la ventilation mécanique.
- L'infirmière procède à l'évaluation de la condition respiratoire.

EN VIGUEUR LE : 6 septembre 2017

N° : PID-011-2

DATE PRÉVUE DE RÉVISION : 6 septembre 2020

Page : 1 De : 12

### 1. DÉBUT DU SEVRAGE : DÉGONFLEMENT DU BALLONNET

#### 1.1.

#### Rôles et interventions de l'infirmière

- Avise l'inhalothérapeute afin de procéder au dégonflement du ballonnet.
- S'assure qu'une demande de consultation en orthophonie a été complétée.

#### 1.2.

#### Rôles et interventions de l'inhalothérapeute et de l'infirmière

- Évaluent en collaboration les critères suivants afin de dégonfler le ballonnet :
  - Absence de ventilation mécanique;
  - Absence de sécrétion amenant un risque d'obstruction de la canule trachéale;
  - Risque d'aspiration contrôlé ou minimisé.
- Dégonflent le ballonnet
- Vérifient la tolérance au dégonflement du ballonnet selon ces critères de stabilité :
  - Fréquence respiratoire < 30/minute;
  - Absence de dyspnée et/ou de tirage;
  - Capable de tousser efficacement via la canule trachéale;
  - SpO<sub>2</sub> ≥ 92% à l'air ambiant ou avec une concentration d'oxygène ≤ à 50%, à moins qu'une saturation visée soit déjà préétablie par le médecin traitant;
  - Confort respiratoire de l'utilisateur.

#### Si les critères de stabilité ne sont pas atteints

- L'inhalothérapeute regonfle le ballonnet en vérifiant la pression à l'intérieur de celui-ci (se référer à la méthode de soins informatisée « Gonflement et dégonflement du ballonnet d'une canule à trachéostomie »)
- Un autre essai sera fait ultérieurement selon la décision de l'équipe interdisciplinaire et avis médical. À ce moment, reprendre à l'étape 1.1

#### Si les critères de stabilité sont atteints

- Laisser le ballonnet dégonflé.
- L'inhalothérapeute et l'infirmière assurent une surveillance respiratoire en alternance en effectuant des visites aux 2 heures afin d'assurer un confort respiratoire adéquat. \*
- Passer à l'étape 1.3

*\*Attention : Si les critères de stabilité ne sont pas respectés lors des visites de surveillance, le ballonnet est regonflé, en vérifiant la pression à l'intérieur de celui-ci. Un autre essai sera fait ultérieurement selon la décision de l'équipe interdisciplinaire incluant l'avis médical.*

EN VIGUEUR LE : 6 septembre 2017

N° : PID-011-2

DATE PRÉVUE DE RÉVISION : 6 septembre 2020

Page : 2 De : 12

## PROTOCOLE INTERDISCIPLINAIRE

### Sevrage de la canule trachéale

#### 1.3.

#### Rôles et interventions de l'orthophoniste

- Évalue les capacités de déglutition de l'utilisateur

#### Rôles et interventions de l'infirmière et médecin

- L'infirmière avise le médecin traitant lorsque le ballonnet est dégonflé depuis 24h et que l'utilisateur maintient les critères de stabilité énumérés en 1.2 pour cette période.
- Le médecin procédera à l'étape 2.

## 2. RETRAIT DE LA CANULE TRACHÉALE

#### **Notez bien :**

***Si la trachéotomie a été effectuée il y a 7 jours ou moins, tout changement de canule trachéale devrait être fait par un ORL. Après ce délai, un médecin habilité peut procéder.*** En général, la canule est changée pour la première fois vers le jour 7, mais jamais avant le jour 3.

#### 2.1.

#### Rôles et interventions du médecin

##### Critères pour le retrait de la canule trachéale :

- Stabilité clinique ;
- $PCO_2 < 60$  mm Hg; ET rythme respiratoire  $< 30$ /minute;
- Absence de delirium ou d'autres désordres psychiatriques ;
- Absence de sténose trachéale ou glottique ;
- Absence de granulome ou de contre-indication ;
- Toux efficace ;
- Force expiratoire maximale (MEF)  $\geq 40$  cmH<sub>2</sub>O ;
- Risque d'aspiration contrôlé ou minimisé;
- Usager consentant

Retrait de la canule trachéale par le médecin.

#### **Si la canule est retirée**

Poursuivre à l'étape 4.

#### **Si le retrait (sans sevrage) n'est pas possible**

Poursuivre à l'étape 3.

EN VIGUEUR LE : 6 septembre 2017

N° : PID-011-2

DATE PRÉVUE DE RÉVISION : 6 septembre 2020

Page : 3 De : 12

### 3. CHANGEMENT DE LA CANULE TRACHÉALE POUR SEVRAGE

#### 3.1.

##### Rôles et interventions du médecin

- Change la canule pour une canule de plus petit calibre sans ballonnet ou fenestrée au besoin.
- Prescrit l'installation d'un bouchon de décanulation.

#### 3.2.

##### Rôles et interventions de l'infirmière

- Avise l'inhalothérapeute et l'orthophoniste afin de tenter l'occlusion manuelle de la canule, sauf si le bouchon de décanulation a déjà été installé par l'ORL, dans ce cas passer à l'étape **3.5**.

#### 3.3.

##### Rôles et interventions de l'inhalothérapeute et de l'orthophoniste

*Avant de tenter l'occlusion manuelle, s'assurer que le ballonnet est dégonflé.*

- Selon la disponibilité du service, l'inhalothérapeute ou l'orthophoniste tente l'occlusion manuelle.  
Mettre un doigt ganté sur l'ouverture de la canule trachéale sans faire de pression sur celle-ci. Tout en maintenant un doigt sur l'ouverture de la canule, demander à l'usager de respirer normalement.
  - L'usager doit pouvoir soutenir une conversation pendant 3 minutes afin d'établir que l'occlusion manuelle est tolérée. Les critères de stabilité énumérés en **1.2** doivent également être atteints lors de l'occlusion manuelle.

##### Si l'occlusion manuelle n'est pas tolérée selon les critères de stabilité :

- Cesser l'occlusion manuelle et aviser l'orthophoniste, s'il n'est pas présent, afin qu'il tente l'occlusion à la phonation.
- Poursuivre à l'étape **3.4**.

##### Si l'occlusion manuelle est bien tolérée selon les critères de stabilité :

- Passer à l'étape **3.3.1**

EN VIGUEUR LE : 6 septembre 2017

N° : PID-011-2

DATE PRÉVUE DE RÉVISION : 6 septembre 2020

Page : 4 De : 12

**3.3.1.**

**Rôles et interventions de l'inhalothérapeute et de l'orthophoniste**

*\*Ne pas débiter l'installation du bouchon durant le quart de nuit. Avant d'installer le bouchon, s'assurer que le ballonnet est dégonflé.*

- L'inhalothérapeute ou l'orthophoniste en collaboration avec l'infirmière procède à l'installation du bouchon sur la canule trachéale (se référer à la méthode de soins informatisée « Sevrage de trachéostomie : bouchon de décanulation »).
- Passer à l'étape **3.5**

**3.4**

**Rôles et interventions de l'orthophoniste**

L'orthophoniste vérifie que l'occlusion manuelle de la canule à la phonation seulement est bien tolérée selon les critères de stabilité énumérés en **1.2** en s'assurant d'abord que le ballonnet est dégonflé et que l'usager est en mesure de comprendre le processus d'essai de la valve.

**Si l'occlusion manuelle à la phonation n'est pas tolérée selon les critères de stabilité :**

- Cesser l'occlusion manuelle.
- Reprendre l'étape **3.3** ultérieurement selon la décision de l'équipe interdisciplinaire incluant l'avis médical.

**Si l'occlusion manuelle à la phonation est bien tolérée selon les critères de stabilité:**

- Installer la valve phonatoire.  
(se référer au guide d'installation de la valve phonatoire inclus avec celle-ci).
- L'orthophoniste procède à la surveillance de l'usager pendant 15 minutes avec une saturométrie constante.

*\*La valve phonatoire ne doit pas être portée lorsque l'usager dort.*

**Si la valve n'est pas tolérée selon les critères de stabilité :**

- Retirer la valve.
- Reprendre l'étape **3.4** ultérieurement selon la décision de l'équipe interdisciplinaire incluant l'avis médical.

**Si la valve est bien tolérée selon les critères de stabilité :**

- Garder la valve en place durant la journée.
- L'orthophoniste avise l'infirmière qu'une valve phonatoire a été installée.
- Poursuivre à l'étape **3.4.1**

**EN VIGUEUR LE : 6 septembre 2017**

**N° : PID-011-2**

**DATE PRÉVUE DE RÉVISION : 6 septembre 2020**

**Page : 5      De : 12**

## PROTOCOLE INTERDISCIPLINAIRE

### Sevrage de la canule trachéale

#### 3.4.1

#### Rôles et interventions de l'infirmière et de l'inhalothérapeute

L'inhalothérapeute et l'infirmière assurent une surveillance respiratoire en alternance en effectuant des visites aux 2 heures afin d'assurer un confort respiratoire adéquat.

Si lors des évaluations, les critères de stabilité énumérés en 1.2 ne sont pas atteints et ce, avec le même niveau d'O<sub>2</sub> sous le coffret trachéal :

- L'infirmière ou l'inhalothérapeute retire la valve phonatoire selon la même méthode que pour le retrait d'un bouchon de décanulation (se référer à la méthode de soins informatisée « *Sevrage de trachéostomie : bouchon de décanulation* »).
- Reprendre l'étape **3.4** ultérieurement suite à la décision de l'équipe interdisciplinaire incluant l'avis médical.

Si les critères de stabilité énumérés en 1.2 sont atteints et ce, avec le même niveau d'O<sub>2</sub> sous le coffret trachéal :

- La valve phonatoire sera gardée toute la journée. Elle sera retirée seulement lors du coucher selon la même méthode que pour le retrait d'un bouchon de décanulation (se référer à la méthode de soins informatisée « *Sevrage de trachéostomie : bouchon de décanulation* »). Remettre la valve sur la canule au matin.
- Reprendre l'étape **3.3** lorsque la valve est bien tolérée pour 8 heures consécutives (excluant la nuit).

EN VIGUEUR LE : 6 septembre 2017

N° : PID-011-2

DATE PRÉVUE DE RÉVISION : 6 septembre 2020

Page : 6 De : 12

## PROTOCOLE INTERDISCIPLINAIRE

### Sevrage de la canule trachéale

#### 3.5

#### Rôles et interventions de l'infirmière et de l'inhalothérapeute

Suite à l'installation du bouchon,

- L'infirmière assure une surveillance de la fonction respiratoire en effectuant une évaluation de la condition respiratoire de l'utilisateur toutes les 15 minutes pendant une heure.
- La saturométrie doit être assurée pendant l'heure au complet (se référer aux méthodes de soins informatisées « Mesure de la saturation en oxygène : saturométrie (SpO<sub>2</sub>) » et « Évaluation de la respiration : signes vitaux »).

Si durant l'heure d'observation, les critères de stabilité énumérés en 1.2 ne sont pas atteints et ce avec le même niveau d'O<sub>2</sub> que sous le coffret trachéal

- L'infirmière retire le bouchon de la canule et réinstalle le coffret trachéal.
- L'infirmière avise l'inhalothérapeute.
- Suite à son évaluation respiratoire, l'inhalothérapeute avise l'orthophoniste pour l'essai d'une valve phonatoire comme moyen de transition si nécessaire. Dans ce cas, reprendre à l'étape 3.4.

Si durant l'heure d'observation, les critères de stabilité énumérés en 1.2 sont atteints et ce avec le même niveau d'O<sub>2</sub> que sous le coffret trachéal

- Poursuivre le protocole à l'étape 3.6.

EN VIGUEUR LE : 6 septembre 2017

N° : PID-011-2

DATE PRÉVUE DE RÉVISION : 6 septembre 2020

Page : 7 De : 12

**3.6**

**Rôles et interventions de l'infirmière et de l'inhalothérapeute**

- L'infirmière laisse le bouchon en place pour les heures suivantes (visons 24h consécutives) en assurant une surveillance de la fonction respiratoire (se référer à la méthode de soins informatisée « Évaluation de la respiration : signes vitaux »).
- L'inhalothérapeute et l'infirmière assurent une surveillance respiratoire aux 4 heures ou plus selon le jugement clinique en alternance afin d'assurer un confort respiratoire adéquat.

Les soins de trachéotomie ne sont pas requis à cette étape-ci à moins d'exception. S'ils sont jugés nécessaires, il est considéré que le bouchon n'est pas toléré.

**Si, pendant l'intervalle de 24 heures, le bouchon n'est pas toléré selon les critères de stabilité énumérés en 1.2:**

- L'infirmière ou l'inhalothérapeute retire le bouchon et s'avise mutuellement (se référer à la méthode de soins informatisée « Sevrage de trachéostomie : bouchon de décanulation »).
- Reprendre le protocole à l'étape **3.3**.

**Si le bouchon est toléré selon les critères de stabilité énumérés en 1.2 :**

- Si la trachéotomie a été effectuée il y a 7 jours ou moins,
  - L'infirmière avise la clinique d'ORL pour faire revoir l'utilisateur dans le but de retirer la canule trachéale (en mentionnant que l'utilisateur est stable depuis 24 heures avec le bouchon de décanulation).
- Si la trachéotomie a été effectuée il y a plus de 7 jours :
  - À l'unité des soins critiques, l'infirmière avise le médecin de cette unité dans le but de retirer la canule trachéale (en mentionnant que l'utilisateur est stable depuis 24 heures avec le bouchon de décanulation).
  - Autre unité de soins, l'infirmière avise le médecin traitant dans le but de retirer la canule trachéale (en mentionnant que l'utilisateur est stable depuis 24 heures avec le bouchon de décanulation) et la clinique ORL à moins de conduite contraire du médecin traitant
- Poursuivre à l'étape **3.7**

**EN VIGUEUR LE : 6 septembre 2017**

**N° : PID-011-2**

**DATE PRÉVUE DE RÉVISION : 6 septembre 2020**

**Page : 8      De : 12**



## PROTOCOLE INTERDISCIPLINAIRE

### Sevrage de la canule trachéale

#### 3.7

##### Rôles et interventions du médecin

Retrait de la canule trachéale.

#### 4. SUIVI POST-RETRAIT DE LA CANULE TRACHÉALE

##### Rôles et interventions de l'infirmière

- Lorsque la canule est retirée, il persiste une ouverture que l'on doit couvrir avec un pansement sec.
- Fermer l'orifice de la trachéostomie avec un pansement tissé adhésif de type Elastoplast afin qu'il n'y ait aucune fuite d'air.
- Le pansement est changé par l'infirmière ou par l'utilisateur à domicile lorsque souillé ou bien à chaque 7 jours jusqu'à la fermeture de l'orifice de la trachéostomie.
- L'infirmière rappelle à l'utilisateur d'appuyer sur le pansement pour tousser et parler.
- La plaie devrait se fermer environ 5 à 7 jours après le retrait de la canule trachéale. À ce moment, il n'y a plus de nécessité de mettre un pansement. Laisser la plaie à l'air.

##### Rôles et interventions de l'inhalothérapeute

L'inhalothérapeute cesse les visites à l'utilisateur.

EN VIGUEUR LE : 6 septembre 2017

N° : PID-011-2

DATE PRÉVUE DE RÉVISION : 6 septembre 2020

Page : 9 De : 12

## RÉFÉRENCES À DES OUTILS CLINIQUES OU DES DOCUMENTS COMPLÉMENTAIRES

### Indiquer le titre et, s'il y a lieu, le numéro

- Ordonnance collective OC-097 « Initier et ajuster l'oxygénothérapie (FiO<sub>2</sub>) chez les usagers adultes et pédiatriques ».
- Méthode de soin informatisée [MSI] « Évaluation de la respiration : signes vitaux »
- Méthode de soin informatisée [MSI] « Gonflement et dégonflement du ballonnet d'une canule à trachéostomie »
- Méthode de soin informatisée [MSI] « Mesure de la saturation en oxygène : saturométrie (SpO<sub>2</sub>) »
- Méthode de soin informatisée [MSI] « Sevrage de la trachéostomie : bouchon de décanulation »
- Règle de soins - 028 inhalothérapie « Sevrage de la canule trachéale »

### BIBLIOGRAPHIE :

Beduneau, G., Bouchetemple, P. & Muller, A. (2007). De la trachéotomie à la décanulation : quels sont les problèmes dans une unité de sevrage ? *Réanimation*, 16(1), 42-48.

Bourjeily, G., Habr, D. & Supinski, G. (2002). Review of Tracheotomy Usage: Complications and Decannulation Procedures. Part II. *Clinical Pulmonary Medicine*, 9(5), 273-278.

Fisher, D.F., Kondili, D., Williams, J., Hess, D. R., Bittner, E. A. & Schmidt, U. H. (2013) Tracheotomy Tube Change Before Day 7 Is Associated With Earlier Use of Speaking Valve and Earlier Oral Intake. *Respiratory Care*, 58(2), 257-263.

Kent, C.L. (2005). Tracheotomy Decannulation. *Respiratory Care*, 50(4), 538-541.

Pandian, V. & al. (2014). Utilization of Standardized Tracheostomy Capping and Decannulation Protocol to Improve Patient Safety. *The Laryngoscope*, 124, 1794-1800. Repéré à : <http://www.sbccp.org.br/arquivos/LG2014-08/lary24625.pdf>

Santus, P. & al. (2014). A systematic review on tracheostomy decannulation: a proposal of a quantitative semiquantitative clinical score. *BMC Pulmonary Medicine*, 14 (201) 1-8. doi: 10.1186/1471-2466-14-201.

Société IZEOS- infirmiers.com. (2009). Fiche technique - La trachéotomie [POS]. Repéré à <http://www.infirmiers.com/ressources-infirmieres/protocoles/fiche-technique-la-tracheotomie-pos.html>

### MOTS-CLÉS

- Intubation, trachéotomie, ventilation

**EN VIGUEUR LE : 6 septembre 2017**

**N° : PID-011-2**

**DATE PRÉVUE DE RÉVISION : 6 septembre 2020**

**Page : 10 De : 12**

## PROCOLE INTERDISCIPLINAIRE

### Sevrage de la canule trachéale

#### PERSONNES ET/OU INSTANCES CONSULTÉES

- Dr Ba Truc Trinh, ORL, chef du département d'ORL
- Dr Dennis Malcolm, médecin des soins critiques
- Dr Patrick Merrett, médecin des soins critiques
- Dre Gabrielle Migner-Laurin, médecin intensiviste, chef médical des soins critiques
- Rachel Cormier et Martine Angel, infirmières ORL
- Nathalie Gravel, Amélie Brisebois, Marie-Claude Mayer-Périard et Élise Tougas, orthophonistes
- Édith Boismenu, coordonnatrice technique par intérim, secteur inhalothérapie
- Marie-Pierre Lemire, conseillère en soins infirmiers, DSI

#### RÉDIGÉ OU RÉVISÉ PAR

Marlène Clermont, Émilie Paquette-Lortie  
Mirkessa Telsaint

Coordonnatrice technique en inhalothérapie

2014-09-02

Date

Tamara-Stéphanie Boulay

Orthophoniste

2014-09-02

2017-06-12

Date

Chantal Henri, M.O.A

Conseillère clinique, DSM

2017-06-12

Date

#### RECOMMANDÉ PAR

Comité des outils cliniques  
Direction des soins infirmiers (DSI)

2017-05-31

aaaa-mm-jj

Comité des pratiques professionnelles  
Direction des services multidisciplinaires (DSM)

2017-05-31

aaaa-mm-jj

Comité des activités professionnelles (CAP)

2017-06-28

aaaa-mm-jj

Comité de pharmacologie

S.O.

aaaa-mm-jj

#### APPROUVÉ PAR

Solange Boucher  
Co-présidente du CAP

Original signé  
Signature

2017-09-06

Date

Isabelle Roberge  
Co-présidente du CAP

Original signé  
Signature

2017-09-06

Date

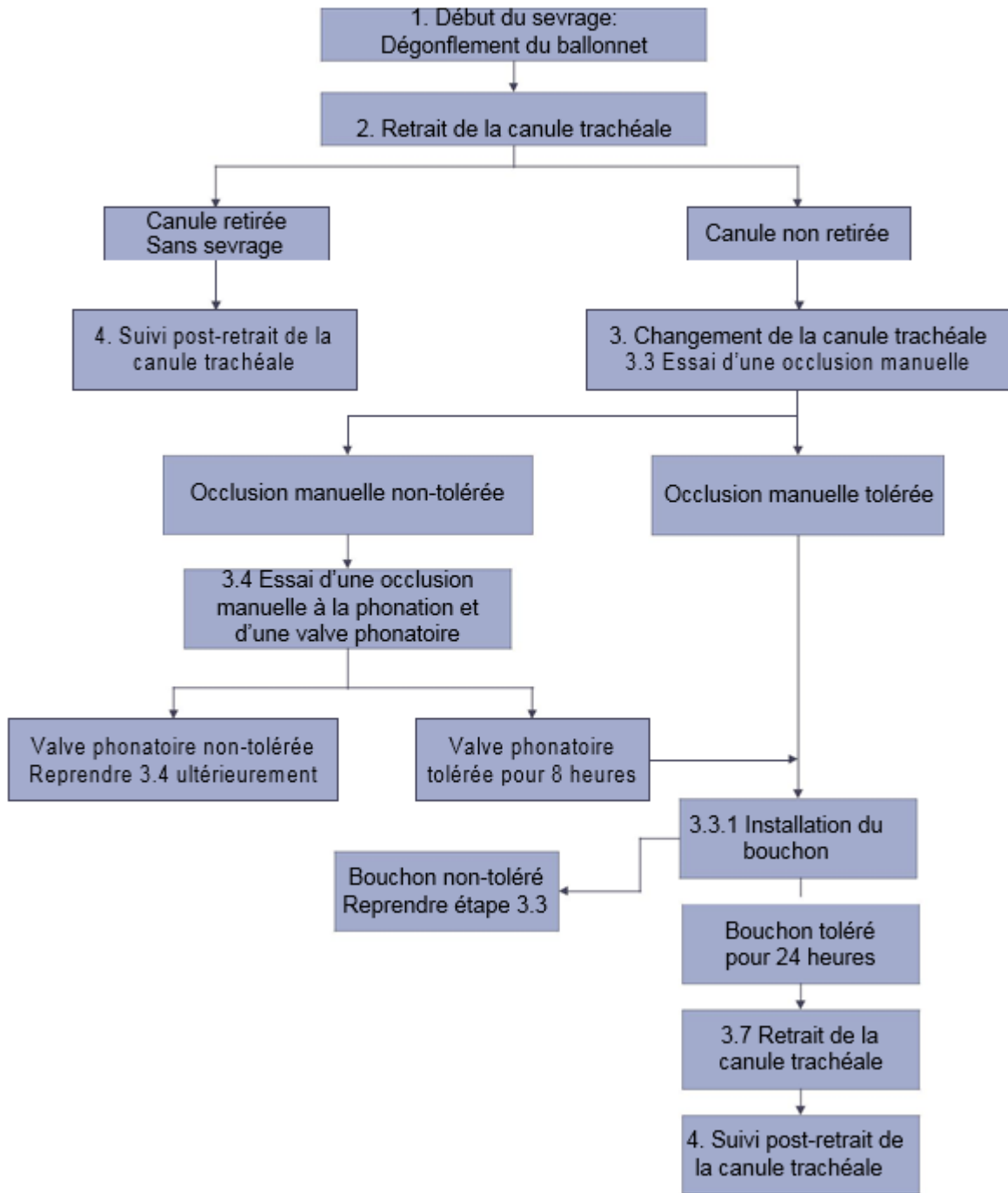
EN VIGUEUR LE : 6 septembre 2017

N° : PID-011-2

DATE PRÉVUE DE RÉVISION : 6 septembre 2020

Page : 11 De : 12

**Annexe 1**  
**Algorithme décisionnel – Protocole interdisciplinaire**  
**Sevrage de la canule trachéale**



Version du 2017/06/26

<b>EN VIGUEUR LE :</b>	<b>N° : PID-011-2</b>
<b>DATE PRÉVUE DE RÉVISION :</b>	<b>Page : 12 De : 12</b>