



Quand le repas devient une épreuve pour le patient et le soignant

INCIDENT

M. Y, 80 ans, est hospitalisé dans une unité de moyen séjour pour suite de prise en charge d'un AVC. Suite au décès de son épouse il y a 1 an, M. Y a été mis sous neuroleptique pour dépression installée avec agitation.

Ce mardi 24 juin, à 18h30, M. Y prend son diner comme à son habitude dans sa chambre, sous la surveillance d'une aide-soignante (AS) partagée entre 3 chambres. Deux autres soignants, une infirmière (IDE) et un AS, sont présents dans l'unité, mais sont occupés auprès d'un patient qui le nécessite. Le début du repas (soupe) se déroule sans incident et c'est lors du plat suivant (pâtes) vers 18h40, que l'AS observe la suffocation discrète de M. Y. La soignante lui donne tout de suite des tapes dans le dos, et appelle l'IDE. Celle-ci procède plusieurs fois à la manœuvre de Heimlich en se positionnant derrière le patient assis sur son lit. Le patient perd connaissance et s'effondre. M. Y est alors mis en position latérale de sécurité sur son lit, puis sur le dos pour effectuer un massage cardiaque externe. L'IDE demande à l'AS d'appeler l'accueil pour faire venir le médecin de garde, mais ce dernier est déjà sur une autre intervention urgente. Le sac d'urgence, qui se trouve dans une autre unité, est cherché par l'AS et la réanimation est entamée par l'infirmière avec massage cardiaque externe, extraction des débris alimentaires au doigt et tentative d'aspiration.

Le médecin de garde arrive à 18h50, et installe une planche à masser sous le patient avant de poursuivre le massage cardiaque externe en alternance avec les aspirations et la ventilation au masque. À 19h15, la fin de la réanimation est décidée.

Cause immédiate

Surveillance inadaptée au patient à risque de fausse route

Causes racines

- Non identification d'un patient à risque de fausse-route (post AVC et neuroleptique)
- Inadaptation de l'alimentation
- Gestes d'urgence et de réanimation inadaptés (massage cardiaque sur le lit).
- Matériel d'aspiration bronchique et d'oxygénothérapie obsolète

La prévalence de la dysphagie varie selon les études de 10 à 30 % parmi les patients âgés à domicile et de 30 à 70 % parmi les patients âgés hébergés en Institution (...). Le réflexe de la toux permet d'expulser les aliments inhalés accidentellement afin de protéger les voies respiratoires, mais il est à noter que chez les personnes âgées, ce réflexe perd de sa sensibilité. Les fausses-roues sont alors silencieuses et passent inaperçues.

Finiels H, Strubel S, Jacquot JM. Les troubles de la déglutition du sujet âgé. Aspects épidémiologiques. Press Med 2001;30:1623-34.

Evènement(s) indésirable(s) associé(s) aux soins et conséquence

- Asphyxie après fausse route, ayant entraîné le décès du patient

ACTIONS CORRECTIVES PROPOSÉES

- Certaines pathologies préexistantes (post AVC, maladie de Parkinson, démences, cancer ORL ...) comme certains médicaments (antihistaminiques, neuroleptiques, antiémétiques, nombreuses thérapeutiques inhalées) exposent à un risque supérieur de fausse-route. Les patients à risque doivent être identifiés (par des tests des capacités de déglutition) et surveillés au moment des repas et de la distribution des médicaments.
- Installation adéquate du patient pour les repas et adaptation des textures alimentaires chez les patients à risque.
- Développement des formations aux gestes d'urgence pour le personnel paramédical du site, avec entraînement et simulation. La formation du personnel est déterminante dans la gestion de cet incident.
- Un équipement d'aspiration bronchique et d'oxygénothérapie doit être disponible, en état de marche et connu du personnel.
- Après la survenue d'un évènement indésirable, réalisation d'un débriefing interne entre les membres de l'équipe présents, le cadre de santé et le chef de service, le jour ou le lendemain de la survenue de l'évènement (temps de parole et d'échanges, définition d'une conduite commune pour l'information du patient et/ou de son entourage, ainsi que pour l'information des autres patients du service, rappel sur la possibilité d'un soutien psychologique des professionnels...).

Références, recommandations de bonnes pratiques

- Intergroupe de Pneumo-gériatrie SPLF-SPGG : Troubles de la déglutition du sujet âgé et pneumopathies. Rev Mal Respir 2009 ; 26 : 587-605
- Trivalle C. Fausses-routes : que faire avant, pendant, après ? Fiche pratique NPG. Neurologie, Psychiatrie, Gériatrie 2007;39:24-6
- Rhalimi M, Mangerel K. Analyse du risque de fausses-routes en gériatrie : Méthode REMED. Pharmactuel 2013;46(1) :49-53