

FICHE PARTAGE

Favoriser le partage d'expérience

Janvier 2025



Equipe Régionale d'Appui à la Gestion des Evénements indésirables

CONTACT
erage@requa.fr



Pour une bouchée de pain...

*Le cas présenté est un cas fictif,
élaboré à partir de plusieurs prises en charge de patients au sein de la région*

INCIDENT

M. X, 68 ans, est admis en EHPAD après un séjour de 3 mois dans un centre de service de soins médicaux et de réadaptation (SMR) à la suite d'un accident de voiture. Parkinsonien, il vivait auparavant seul à domicile, mais son appartement n'est plus adapté à son handicap.

La lettre de liaison du SMR, transmise à l'EHPAD, précise que M. X est à risque de fausse route, et nécessite un repas en texture mixée, et sans pain. A l'admission, un repas en texture mixée est donc mis en place, mais sans indication sur la présence ou non de pain. En effet, il est habituel de proposer du pain de mie aux résidents en texture mixée. On ne retrouve pas d'éléments en lien avec les troubles de la déglutition dans les observations d'entrée.

Pour les repas, M. X vient en salle à manger le midi et le soir, avec les autres résidents (seuls quelques-uns sont servis en chambre). Il mange seul, avec appétit, et souvent rapidement. M. X ne présente aucun épisode de fausse route durant les premiers mois de son séjour.

Environ 3 mois après son admission, un samedi midi, M. X est installé et servi en salle à manger. Son plateau nominatif avec repas mixé lui est apporté par l'agent de service (ASH). Du pain de mie a été ajouté par l'équipe, comme d'habitude. Une fois les résidents servis, les 2 aides-soignantes et l'ASH quittent la salle à manger pour apporter les plateaux aux résidents mangeant en chambre, car le temps de repas est réduit (les chariots doivent être rapportés à la cuisine pour 13h). L'infirmière du service administre des médicaments dans le service du dessus. Vers 12h15, une aide-soignante, qui venait chercher un plateau, voit arriver M. X, titubant, le visage violacé, puis tomber au sol devant elle. L'infirmière est appelée par la deuxième aide-soignante, prévenue par sa collègue, qui a placé M. X en position latérale de sécurité. A son arrivée, l'infirmière constate un arrêt cardio-respiratoire : elle allonge M. X sur le dos, et commence le massage cardiaque externe. Elle demande qu'on lui apporte le chariot d'urgence, situé à l'étage supérieur, et qu'une aide-soignante appelle le Centre 15. Une fois le chariot d'urgence apporté, l'infirmière tente de retirer les aliments coincés avec la pince de Magill, mais sans succès. Le massage cardiaque externe est repris, et le défibrillateur semi-automatique (DSA) est mis en place. L'obus à oxygène et le ballon d'insufflation (BAVU) sont préparés, mais ne peuvent être utilisés car l'obstruction est complète.

L'équipe du SMUR arrive à 12h42. Une injection d'adrénaline est effectuée. Le médecin du SMUR extrait quelques aliments avec le laryngoscope et une petite cuillère. M. X est intubé, avec mise en place d'une oxygénothérapie, et le massage cardiaque est poursuivi. Aucune reprise de l'activité cardiaque n'étant constatée, le décès est prononcé à 13h15.

Un temps d'échange a lieu le jour même en interne entre les différents soignants présents. La cadre de santé est avertie, et propose un soutien psychologique aux professionnels qui le souhaitent.

ÉVÈNEMENT INDÉSIRABLE ASSOCIÉ AUX SOINS ET CONSÉQUENCE:

Asphyxie secondaire à
une fausse-route,
entraînant le décès

CAUSE IMMÉDIATE

Alimentation inadaptée
aux troubles de
déglutition du patient

CONTEXTE

La standardisation
internationale des
textures, proposée par
l'IDDSI (*International
Dysphagia Diet
Standardisation
Initiative*) est largement
méconnue et sous-
utilisée



DYSFONCTIONNEMENTS ET CAUSES RACINES REPÉRÉES LORS DE L'ANALYSE

Défaillances liées au patient :

- Résident à risque de fausse route, tendance à manger vite, traité par antiparkinsonien et benzodiazépine

Défaillances liées aux tâches à accomplir :

- Absence d'évaluation du risque de déglutition à l'admission
- Absence de prescription médicale du type de régime
- Procédure de prévention des troubles de la déglutition existante, mais peu connue des professionnels
- Absence de règles définies sur les aliments pouvant être donnés en fonction de la texture des repas

Défaillances humaines individuelles :

- /

Défaillances liées à l'équipe :

- Retranscription incomplète des éléments du dossier de la structure d'amont
- Absence de surveillance visuelle des résidents en salle à manger lors de la prise des repas

Défaillances liées à l'environnement de travail :

- Absence de matériel adapté pour l'alimentation des résidents présentant des risques de fausse route

Défaillances liées à l'organisation et au management :

- Horaire inadapté de retour des chariots repas en cuisine, contraignant à accélérer la prise du repas
- Absence de recours possible à un diététicien, un orthophoniste ou à un ergothérapeute pour conseils de prévention des fausses routes
- Absence de formation sur la prévention des troubles de la déglutition
- Absence de séances d'entraînement-simulation de prise en charge d'une urgence vitale

Défaillances liées au contexte institutionnel :

- Absence de définition claire au niveau national sur les différentes textures modifiées, et les aliments autorisés selon la texture, ne facilitant pas la compréhension par les professionnels



BARRIÈRES EXISTANTES

- Reprise du régime mixé à l'admission
- Alerte rapide de l'infirmière
- Coordination des professionnels présents pour mobilisation du chariot d'urgences, appel au Centre 15, réalisation des gestes de réanimation cardiorespiratoire
- Mise à l'écart des autres résidents durant la prise en charge de l'urgence vitale
- Défusing et proposition de soutien psychologiques aux professionnels présents



ACTIONS CORRECTIVES PROPOSÉES

- Au niveau national, proposer une classification claire et consensuelle des différentes textures, avec les aliments autorisés et prohibés pour chaque catégorie
- Former les professionnels à l'évaluation des troubles de la déglutition (tests cliniques) et aux bonnes pratiques de prévention et de prise en charge de ces troubles
- Organiser un recours à des professionnels spécialisés (diététicienne, orthophoniste, ergothérapeute) pour conseils en cas de troubles de la déglutition identifiés
- Adapter, en concertation avec le service des cuisines, les horaires de retours des chariots repas
- Acheter du matériel ergonomique (verre à encoche nasale, couverts coudés et lestés, réducteur d'assiette...) adapté pour prévenir les fausses routes chez les résidents à risques
- Organiser la surveillance des résidents en salle à manger
- Rédiger et intégrer au chariot d'urgence des conduites à tenir simplifiées pour les principales urgences vitales (arrêt cardio-respiratoire, fausse-route, perte de connaissance...)
- Organiser des séances d'entraînement (simulation) à la prise en charge d'urgences vitales (avec mobilisation du sac ou chariot d'urgences)

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES, RECOMMANDATIONS

CH Esquirol-GCS Santé mentale Handicap du Limousin. Repérage et prise en charge du risque de fausses routes alimentaires ; 2015.

CHU de Montpellier. Conseils pratiques en cas de dysphagies. Livret à destination des patients et des aidants ; 2022.