

Analyse Approfondie de Cas N° 90

Fausse route alimentaire en EHPAD

Date de parution : octobre 2020



Plateforme Régionale d'Appui à la Gestion des
Événements Indésirables - Nouvelle Aquitaine

- Catégorie : EHPAD
- Nature des soins : Prise en charge et accompagnement des patients au moment des repas

RÉSUMÉ/ SYNTHÈSE DE L'EI



ÉLÉMENTS MARQUANTS

Les troubles de la déglutition sont si fréquents chez les personnes âgées qu'ils en deviennent « ordinaires », voire même insignifiants parfois ... On estime pourtant qu'environ 30 à 50 % des résidents en EHPAD en sont atteints.*

Et la réponse convenue consiste alors souvent à mettre en place une alimentation mixée.

Les étiologies sont multiples et mal connues. Leur exploration fait appel à des compétences spécifiques et vont permettre une évaluation structurée. Les réponses pourront alors être adaptées selon les causes neurologiques, ORL, bucco-dentaires et la iatrogénie médicamenteuse entre autres...

Les conséquences cliniques sont nombreuses et souvent graves comme les pneumopathies, les risques de malnutrition et de déshydratation, les difficultés à prendre des traitements médicamenteux.

Mais surtout, c'est le risque de fausse route et d'asphyxie qui prédomine et il importe de maîtriser les gestes d'urgence et de disposer du matériel adéquat à proximité lorsque l'accident survient. On estime que les troubles de la déglutition sont responsables de 4000 décès par an.

*F. Puisieux et coll. Rev Mal Respir 2009 ; 26 : 587-605 Doi : 10.1019/20094092

Une femme de 81 ans est admise le 9 décembre au sein d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Son maintien à domicile n'est plus possible en raison de ses troubles psychiatriques et de ses difficultés sociales.

Elle a été transférée de l'unité de psychogériatrie du centre hospitalier voisin. Elle y séjournait depuis 6 mois pour motif d'anxiété avec délire de persécution. Au décours de son séjour, elle a présenté une fausse route. Une manœuvre de Heimlich avait été pratiquée avec une issue favorable suivie d'une modification de son régime alimentaire.

Une première hospitalisation de 7 semaines avait eu lieu dans cette même unité de psychogériatrie, 8 mois auparavant.

À son admission à l'EHPAD, la patiente présente une altération de la perception de la réalité avec des propos délirants et une fluctuation de l'humeur, dans un contexte anxio-dépressif, sans perte notable de mémoire. La patiente est porteuse de nombreuses pathologies somatiques traitées et elle est évaluée GIR 4.

Son traitement comporte des

médicaments à visée cardiologique et un antidépresseur (mirtazapine 15 mg/jour).

Dès son admission, l'équipe demande une évaluation de la déglutition de la patiente car elle refuse une alimentation mixée. Mais cette demande reste sans suite car les orthophonistes susceptibles de réaliser cet examen ne sont pas disponibles.

Le 10 mars, un traitement par neuroleptique est instauré en raison de l'acutisation du syndrome délirant (rispéridone 2 mg/jour).

Le dimanche 25 juin, lors du repas de midi, la résidente manifeste des troubles aigus de la respiration, rapidement attribués par les soignants à une fausse route.

Plusieurs tentatives de libération des voies respiratoires selon la méthode de Heimlich sont mises en œuvre, sans succès. Les manœuvres directes d'extraction du corps étranger respiratoire sont infructueuses. La ventilation par ballon auto-remplisseur à valve unidirectionnelle (BAVU) ne permet pas la reprise d'une ventilation efficace.

La patiente décède malgré l'intervention des pompiers et du médecin libéral de garde.

CARACTÉRISTIQUES :

Gravité : décès





Analyse Approfondie de Cas

Chronologie de l'événement

29 décembre : une personne âgée de 81 ans est admise dans un EHPAD pour impossibilité de maintien à domicile en raison de troubles psychiatriques et de difficultés sociales. Elle a été hospitalisée durant les 6 mois précédents à l'unité de psychogériatrie (UPG) du centre hospitalier voisin pour anxiété avec délire de persécution. Une précédente hospitalisation de 7 semaines avait eu lieu en avril/mai précédents pour le même motif, dans l'UPG, suivie d'un retour chez elle et de la mise en place d'aides à domicile.

Dans les antécédents de la patiente, on note entre autres : syndrome dépressif sévère avec éléments délirants (3 tentatives de suicide), hypertension artérielle, pose de pacemaker, tuberculose rénale et pulmonaire, surdité, troubles visuels, surpoids avec IMC   32,5. La résidente est veuve depuis 3 ans et n'a plus beaucoup de contact avec ses enfants (2 de ses fils sont décédés sur 7 enfants). Elle est placée sous curatelle. Lors de son séjour en UPG, la patiente a présenté une fausse route ayant nécessité une manœuvre de Heimlich puis le passage à une alimentation «tendre». Le diagnostic suivant a été posé : troubles anxieux et dépressifs avec altération de la perception de la réalité, propos délirants et fluctuation de l'humeur, mémoire plutôt bonne. Lors du bilan d'entrée en EHPAD, elle est évaluée GIR 4. Son traitement comporte entre autres : Bisoc ® (bisoprolol) 1,25 mg/jour, Diffu K® (chlorure potassium) 1800 mg / jour, Kard gic® (acétylsalicylate de lysine) 75 mg / jour, Lercanidipine 20 mg / jour, Mirtazapine 15 mg / jour, Ramipril 5 mg / jour.

3 janvier : l'IDE note dans les transmissions ciblées que la résidente ne veut plus l'alimentation mixée. L'IDE demande s'il est possible de prescrire un test de déglutition dans le but de modifier la texture de l'alimentation.

10 janvier : le médecin traitant prescrit un test de déglutition   réaliser par un orthophoniste. Aucun des professionnels contact s ne répond favorablement à cette demande.

Mars : un projet personnalisé de soins est réalisé. Les troubles de la déglutition sont soulignés, cependant la texture des repas est notée «normale» dans le dossier. En synthèse, il est inscrit par les professionnels qu'ils «attendent le rendez-vous avec l'orthophoniste afin d'évaluer la déglutition».

10 mars : la résidente a verbalisé des idées délirantes et perturbatrices pour les autres résidents. Le psychiatre prescrit un traitement de 2 mg/jour de rispéridone ainsi qu'un suivi psychiatrique.

8 juin : les filles de la patiente lui annoncent le décès de l'un de ses fils. Le médecin traitant et la psychologue sont informés et un traitement par oxazepam à la demande est prescrit.

Dimanche 25 juin 12h : la résidente déjeune en salle à manger et avale sans difficulté son traitement et le hors d'œuvre. Du veau haché, des haricots beurre, des croquettes de pomme de terre et du pain de mie lui sont servis. Elle poursuit son repas. Les voisins de table de la résidente sont alertés par la toux de cette dame et un agent des services hospitaliers (ASH) faisant fonction d'aide-soignant (AS) constate que la résidente fait des efforts vomitifs. L'AS du secteur des soins de suite et de réadaptation (SSR) vient aider l'ASH et identifie qu'il s'agit probablement d'une fausse route. Dans un premier temps, l'AS donne une tape dans le dos puis réalise une manœuvre de Heimlich à la résidente assise à table. Les manœuvres ne sont pas efficaces. Une AS du SSR arrive en renfort et tente, sans succès, de téléphoner à l'IDE de l'EHPAD via le numéro dédié. Les 2 IDE de SSR sont contactées et arrivent dans la salle à manger. Une des 2 IDE du SSR réalise une nouvelle manœuvre de Heimlich, sans succès, pendant qu'une AS du SSR amène le chariot d'urgence. La résidente est cyanosée. L'équipe transporte la résidente dans le hall d'entrée et l'installe sur le sol, en position latérale de sécurité. Les IDE essaient à nouveau l'extraction manuelle et tentent de ventiler la résidente avec un ballon. La résidente est toujours consciente. Un pouls est perçu. L'IDE de l'EHPAD arrive et contacte immédiatement le centre 15. L'IDE du SSR  te la prothèse dentaire supérieure de la bouche de la résidente et tente une aspiration avec une sonde d'aspiration souple car elle ne trouve pas de canule de Yankauer. De plus, l'aspiration portable n'est pas fonctionnelle immédiatement car la batterie du générateur n'a pas été mise en charge après la dernière utilisation, 2 jours auparavant. Les IDE branchent l'appareil sur secteur. La personne âgée est transportée vers l'infirmierie du SSR afin de lui brancher l'oxygène en continu. La résidente est toujours consciente.

Les pompiers arrivent et installent la résidente en position assise pour tenter une troisième manœuvre de Heimlich, sans succès.

13h30 : le médecin de garde alerté par le centre 15 arrive.

La résidente est déclarée décédée. La directrice de la structure informe la tutrice et la famille.

29 juin : déclaration de l'EIGS à l'ARS Nouvelle-Aquitaine, au conseil départemental et sollicitation de la PRAGE.

En juillet : le personnel et la direction réalisent un CREX. Un psychologue du travail rencontre l'équipe.



Analyse Approfondie de Cas

Causes immédiates identifiées

Inhalation d'un corps étranger provoquant un arrêt cardiorespiratoire.

Sous-estimation des facteurs de risques de fausse route par troubles de la déglutition chez une personne âgée avec un état buccodentaire altéré et un traitement neuroleptique en cours.

Facteurs latents

Patient :

Antécédents de fausse route ayant nécessité une manœuvre de Heimlich 9 mois auparavant.++
Etat buccodentaire altéré. Traitement à risque de dysphagie (neuroleptique).++

Influence forte : +++
Influence moyenne : ++
Influence faible : +

Professionnels / facteurs individuels :

Sous-estimation des facteurs de risques d'asphyxie par fausse route chez cette patiente qui avait présenté un antécédent identique et qui avait été détectée comme ayant des troubles de la déglutition.+++

Équipe :

Déficiences des mécanismes de coordination et de continuité des prises en charge. La détection des troubles de la déglutition est faite mais :

- la prescription est réalisée mais l'impossibilité d'obtenir un rendez-vous avec un orthophoniste ne déclenche aucune action de réajustement par le personnel paramédical ou médical (le suivi médical n'est pas tracé),+++
 - le projet personnalisé est effectué en équipe et les troubles de la déglutition sont notés mais le régime alimentaire est coché « normal » (quelles informations au personnel des cuisines ?),+++
 - aucune transmission écrite ne fait part de la difficulté de rendez-vous pour des tests de la déglutition et des actions éventuelles mises en œuvre,++
 - la patiente a refusé une texture modifiée mais il n'y a pas de traçabilité des actions correctives éventuelles.+++
- Insuffisance de supervision dans l'équipe de l'EHPAD (qui fait quoi ?). +++

Tâches :

Défaillance dans la formulation et l'exécution des consignes relatives à la texture des repas.+++

Absence de bilan de la déglutition pour les résidents à risque multiples : personnes âgées avec états buccodentaires altérés, troubles du comportement, traitements à risques de dysphagie, etc.+++

Procédure de dépistage, prise en charge, évaluation et surveillance des patients à risque de fausse route absente.++

Procédure d'utilisation et de reconditionnement du chariot d'urgence, unique pour l'établissement, non connue des professionnels de l'EHPAD.++

Maîtrise insuffisante des indications et des modalités de réanimation respiratoire.

Environnement :

Lieux de restauration multiples et dispersés, ne facilitant pas la surveillance de la prise des repas.++

Sécurité insuffisante lors de la surveillance des repas : les équipes du SSR et de l'EHPAD ne connaissent pas les spécificités des résidents ni celles des patients et ne sont parfois pas qualifiés pour effectuer cette surveillance.+++

Absence de matériel d'urgence notamment d'aspiration bronchique au niveau des 2 salles de restauration de l'EHPAD (mutualisation avec l'unique chariot d'urgence du SSR) +++

Organisation :

Mauvaise attribution et glissement de tâches lors de la surveillance des repas des patients à risques de fausses routes : agents non diplômés et non formés aux soins, mauvaise combinaison de compétences et non-respect des contraintes réglementaires.+++

Absence de personnel spécifique dédié aux troubles de la déglutition.++

Formation insuffisante du personnel : gestes et matériel d'urgence, prise en charge des résidents à risques de fausse route. Défaut de coordination dans l'EHPAD (cf. facteurs latents « Equipe »).+++

Institution :

Prise en charge relevant d'un EHPAD avec un accompagnement psycho-gériatrique organisé avec l'Unité de psychogériatrie du CH de recours.++

Indisponibilité structurelle de personnel médical et paramédical : recrutements difficiles en raison de l'évolution de la démographie médicale et paramédicale (orthophoniste) et de la localisation géographique de l'établissement.++

Ressources sanitaires insuffisantes : manque de financement sur la structure EHPAD. ++

Facteurs d'atténuation

Solidarité des équipes soignantes pour faire face à une urgence. Organisation d'un CREX très rapidement. Qualité du CREX. Déclaration de l'EIGS dans les plus brefs délais.

Enseignement : Actions / Barrières

Spécifique:

Réorganiser le travail des AS et des agents faisant fonction d'AS pour que seuls les professionnels habilités soient présents lors de la surveillance des repas, afin d'être en conformité avec la réglementation.

Revoir les fiches de poste et de fonction des AS et des agents faisant fonction d'AS pour que les tâches soient en adéquation avec les compétences et la réglementation.

Acheter et mettre en place des aspirateurs bronchiques et des canules d'aspiration pour les salles à manger et élaborer les protocoles d'utilisation et d'entretien de ces dispositifs. Former en regard les professionnels à l'utilisation de ce matériel.

Commun :

Elaborer et mettre en œuvre un programme de formation concernant les troubles de la déglutition, comportant :

- l'identification des patients/résidents à risques de troubles de la déglutition par le personnel soignant ;
- l'évaluation des troubles par le médecin ;
- la prescription d'une texture alimentaire adaptée et des consignes spécifiques de prise en charge (posture, par exemple) ;
- la transmission des consignes précises au prestataire de la restauration avec une formation préliminaire adaptée pour les professionnels et avec une fiche spécifique de suivi ;
- les outils de l'évaluation IDE (check-list, transmissions ciblées, plan de soins spécifiques, etc.) ;
- le suivi clinique.

Repenser l'organisation des repas (regroupement en un lieu précis par exemple) et la surveillance spécifique.

Planifier la phase expérimentale décrite et son évaluation avec les équipes.

Préciser la galénique des médicaments des résidents présentant des troubles de la déglutition.

Général :

Former tout le personnel aux gestes d'urgences et à l'utilisation du chariot d'urgences.

Mettre à jour les protocoles de reconditionnement du chariot d'urgence et y insérer des outils synthétiques (schéma ou photographies). Mettre en place un sac d'urgence pour le secteur EHPAD avec les procédures adéquates (contenu, suivi, reconditionnement, entretien, etc.).

Définir la coordination des soins et des projets de soins en EHPAD : rôle et fonction de l'IDEC et du médecin coordonnateur, articulation avec le médecin traitant, cohérence entre projet de soins et projet de vie regroupés dans le projet personnalisé, suivi de ce projet.

Références et Bibliographie

- Neuroleptiques : troubles de la déglutition – revue Prescrire 2010;30 (324) : 74-748.
<https://www.prescrire.org/fr/3/31/46571/0/NewsDetails.aspx>
- Corps étrangers des voies aériennes ; J.C. Granry, J.P.Monrival, J. DUBIN, M.P. Preckel, B. Tesson – SFAR 1999.
<https://www.urgences-serveur.fr/corps-etranagers-des-voies,389.html>
- Recommandations de la Société Française d'Endoscopie Digestive – Les corps étrangers ingérés. Septembre 2004.
- L'hygiène bucco-dento-prothétique chez le sujet âgé. Assurance maladie Champagne-Ardenne.
- Informations sur les troubles de la déglutition –CHU de Bordeaux.
- Soins infirmiers, fiches techniques, soins de base, soins techniques centrés sur la personne soignée. A.F. Pauchet-Traversat, E. Besnier, A.M.Bonnery, C.Gaba-Leroy. Maloine 2^e édition 1999 : 567-568.
- Troubles de la déglutition du sujet âgé et pneumopathies en 14 questions/réponses » dans la revue « Gériatrie et Maladies Respiratoires F. Puisieux et coll. Rev Mal Respir 2009 ; 26 : 587-605 - Doi : 10.1019/20094092



Évitabilité (échelle ENEIS) :
Pour les professionnels,
événement probablement
évitable.

PRAGE/CCECQA



Plateforme Régionale d'Appui
à la Gestion des Événements Indésirables - Aquitaine

Hôpital Xavier ARNOZAN
33604 PESSAC Cedex
05 57 62 31 16
prage@ccecqa.asso.fr

<http://www.ccecqa.fr/activités/événements-indésirables-graves#rex>