Fiche RETEX
Fausses routes,
une prévention en équipe

N°40 • Mars 2026

Thématique

Fausse route d'une résidente en EHPAD ayant entrainé son décès

Catégorie

Médico-social EHPAD

Résumé de l'EIGS

Une résidente d'EHPAD connue pour ses fausses routes liées à une maladie de Parkinson évolutive, fait une fausse route lors d'un déjeuner en salle à manger. Malgré l'identification et la prise en charge immédiate de l'incident, elle décèdera 7h après cet épisode d'inhalation.

Dans nos établissements et structures de santé, les fausses routes représentent un risque fréquent, notamment chez les personnes âgées résidant en institution, où la prévalence de la dysphagie est estimée entre 30% et 62%[1,2]. La prévention de ces incidents constitue donc une préoccupation majeure pour les équipes de soin et d'accompagnement.

Cette prévention est une démarche multidimensionnelle qui nécessite l'expertise et les compétences de divers professionnels pour garantir une prise en charge efficace du risque.

[1] *Puisieux F, D'Andrea C, Baconnier P, Bui-Dinh D, Castaings-Pelet S, Crestani B, et al. Troubles de la déglutition du sujet âgé et pneumopathies en 14 questions/réponses. Rev Mal Respir 2009 ; 26(6) : 587-605*

[2] *Desport JC, Villemonteix C, Fraysse JL, Fayemendy P, Jésus P, Douzon V, et al. Importance des fausses routes respiratoires chez 50 résidents testés aléatoirement en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad). Nutr Clin Metab 2020 : 34 (1) : 52-53*

Chronologie des faits

Une résidente atteinte de la maladie de Parkinson souffre de troubles de la déglutition ayant déjà entrainé plusieurs hospitalisations. Elle bénéficie d'un suivi neurologique, d'une évaluation régulière du risque et les textures de son alimentation sont adaptées avec son accord et celui de ses proches.

Un midi, elle fait une fausse route au déjeuner en salle à manger. Elle mangeait un repas en texture hachée comme prévu par son projet d'accompagnement personnalisé. Cependant, après examen de l'assiette, la viande avait été hachée de manière inhabituelle par le commis récemment arrivé dans l'EHPAD, et seul en cuisine ce jour-là.

Le réflexe de toux avec expectoration et la parole sont conservés au moment de la fausse route. L'infirmière prévient le médecin traitant sans prendre les constantes. Le médecin traitant ausculte la résidente en milieu d'après-midi et lui prescrit des antibiotiques à débuter au repas du soir devant la présence de crépitements pulmonaires qui évoquent un foyer infectieux. Le traitement ne pouvant être livré par l'officine que le lendemain, l'infirmière prend le traitement dans la dotation globale de l'EHPAD.

Le fils de la résidente lui rend visite une heure plus tard et constate la nouvelle toux de sa mère qui lui raconte qu'elle tousse en effet depuis le repas du midi. Il lui donne un verre d'eau et averti l'aide-soignante en précisant qu'il ne la trouve pas en forme. L'aide-soignante prévient l'infirmière qui commande un repas mixé et de l'eau gélifiée pour le repas du soir.

L'infirmière passe voir la résidente en début de soirée qui refuse son repas. Elle lui prend les constantes et constate que la résidente désature. Elle met en place de l'oxygène à 4L à l'aide d'un concentrateur dans l'attente d'un avis médical. La résidente désature davantage à la mise en place de l'oxygène et se met en arrêt cardio-respiratoire. L'infirmière débute le massage cardiaque et porte l'alerte. L'équipe prévient le SAMU et les pompiers qui se déplacent. Le médecin du SAMU décide d'arrêter la réanimation et prononce le décès une heure plus tard.

Pourquoi est-ce un EIGS ?	Méthodologie de la recherche des causes profondes
Il s'agit d'un évènement indésirable grave associé aux soins (EIGS) car des dysfonctionnements au niveau de la prise en charge de cette résidente ont été identifiés au cours de l'analyse de causes profondes et l'évènement a pour conséquence le décès de la résidente.	Méthode ALARM-E

Cause(s) immédiate(s) identifiée(s)

- Retard de prise en charge des conséquences d'une fausse route

Que s'est-il passé ?

Causes profondes

Facteurs individuels liés au patient

- Antécédents : maladie de Parkinson
- État de santé : troubles de la mémoire

Facteurs individuels liés aux professionnels

- Qualifications et compétences : le commis de cuisine n'avait pas suffisamment de connaissances théoriques et d'entraînement pour hacher la viande selon la texture recommandée
- Facteurs de stress : arrivée récente du commis dans l'établissement

Facteurs liés aux tâches à réaliser

- Protocoles : non utilisation de protocoles existants concernant la prise en charge des fausses routes et la réanimation
- Définition des tâches : réalisation de tâches inhabituelles pour le commis en l'absence du cuisinier et du chef de la restauration

Facteurs liés aux organisations définies

- Structure hiérarchique : changement récent d'organisation interne sur l'adaptation des menus en absence du cuisinier, avec un degré d'autonomie insuffisant des acteurs de terrain

Facteurs liés à l'équipe

- Communication entre les professionnels : difficultés de communication entre les professionnels avec une communication imprécise et un manque de cohésion

Facteurs liés à l'environnement de travail

- Fournitures et équipements : machine pour hacher la viande disponible mais non-utilisable par du personnel non qualifié
- Effectifs : effectifs inférieurs au seuil minimum dû à l'absence des cuisiniers remplacés par le commis

Barrières de sécurité qui n'ont pas fonctionné :

Barrière de récupération : auscultation par le médecin traitant

Barrières d'atténuation : gestes de premiers secours de l'IDE puis intervention du SMUR

Enseignements : Actions d'amélioration

1. Organiser le Comité de Liaison Alimentation Nutrition (CLAN) avec des commissions nutrition mensuelles
2. Recruter des cuisiniers et réévaluer le mode de fonctionnement dégradé de la cuisine
3. Réévaluer les protocoles existants avec les équipes afin d'obtenir leur adhésion
4. Sensibiliser / former les équipes sur la gestion des urgences vitales et sur la prévention des fausses routes



Mémo

Structure Régionale d'Appui Grand Est

Prévention de la fausse route

La prévention des fausses routes est une priorité pour tout patient identifié à risque, avant même le premier incident. Elle vise à prévenir deux risques majeurs : le risque immédiat d'étouffement et la pneumopathie d'inhalation à court termes

Repérer les patients / résidents à risque

Maladies à risque :

- Reflux gastro-oesophagien
- Accident vasculaire cérébral
- Pathologies oro-pharyngées
- Candidose buccale
- Maladies neuro-dégénératives
- Tout type de démence

Situations à risque :

- Troubles de la conscience
- Traitements
- État buccodentaire détérioré
- Gloutonnerie
- Alitement et aide au repas

Équipe pluridisciplinaire de prévention de la fausse route

- Médecin
- Pharmacien
- Orthophoniste
- Diététicien.ne
- Ergothérapeute
- Infirmier.ère
- Aide-soignant.e
- Cuisinier.ère

Réévaluation à prévoir après une nouvelle fausse route

Mettre en place un dispositif de prévention adapté

1) Adapter l'alimentation et les soins en équipe pluridisciplinaire

2) Adapter les traitements et prévenir le risque de iatrogénie médicamenteuse

3) Assurer un bon état buccodentaire

4) Installer correctement le patient

5) Gérer la prise du repas selon les bonnes pratiques d'aide à l'alimentation

En cas de fausse route avérée

La toux est conservée : obstruction partielle

- Je penche le patient vers l'avant et je l'encourage à tousser

Le patient ne peut plus tousser, parler, ni respirer : obstruction totale

- J'appelle les secours, j'enlève les aliments de sa bouche, je pratiques 5 claques dorsales puis la manoeuvre d'Heimlich si nécessaire

Pour aller plus loin :

- Recommandations de bonnes pratiques : RESCLAN Champagne -Ardenne
- Points de vigilance : Flash Sécurité Patient de la Haute Autorité de Santé
- Grille d'analyse spécifique : Guide EIGS des fausses routes de la STARAQS