

Les limites du SEGA pour le MEOPA

Pourquoi le plus grand projet hospitalier d'Europe a-t-il supprimé toutes les prises SEGA de son projet MEOPA?



Au CHU de Nantes, plus de 1.000 lieux d'administration étaient initialement prévus pour le MEOPA. Dans un premier temps, l'usage du MEOPA a été rationalisé: les lieux où son utilisation est réellement nécessaire ont été réévalués avec les équipes. Le projet est ainsi passé de plus de 1.000 points prévus à 550 lieux d'administration MEOPA ciblés.

Non pas parce que le MEOPA disparaît.

Mais parce qu'il doit être utilisé de manière plus intelligente, plus efficace et mieux maîtrisée.

Car le MEOPA reste un outil précieux: simple, rapide, efficace, avec peu d'alternatives offrant le même équilibre entre soulagement de la douleur, anxiolyse, rapidité d'action et facilité d'utilisation.

Mais ce bénéfice pour le patient ne peut plus se faire au détriment de l'exposition des soignants.

Et parce que les équipes qui administrent quotidiennement le MEOPA au CHU de Nantes, doivent être protégées efficacement contre l'exposition au protoxyde d'azote, toutes les prises SEGA ont été volontairement retirées du projet et remplacées par 550 prises Medicvent.

Avec la [nouvelle classification européenne du protoxyde d'azote](#) comme CMR 1B reprotoxique, l'exposition doit désormais être maîtrisée de manière plus stricte, plus démontrable et plus efficace.

Prévoir une prise SEGA ne suffit donc pas.

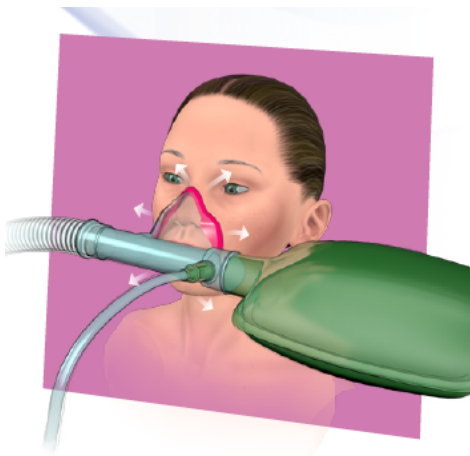
La question n'est plus simplement: "Y a-t-il une évacuation?"

La vraie question devient: "L'exposition du soignant est-elle réellement maîtrisée au moment du soin?"

C'est précisément là que le SEGA montre ses limites.

Une prise SEGA classique permet d'évacuer une fraction des gaz expirés, mais elle ne capte pas les fuites à la source. Or, lors d'une administration de MEOPA, l'exposition ne provient pas uniquement de l'air expiré dirigé vers une évacuation. Elle provient aussi des fuites autour du masque, des interruptions du geste, de la morphologie du patient, de sa coopération, du type d'acte réalisé et de la qualité réelle du geste de dispensation.

Autrement dit: une évacuation existe, mais elle ne garantit pas nécessairement une protection suffisante du soignant.



[L'étude nationale menée par l'INRS France sur plusieurs années](#) le confirme clairement: la solution SEGA classique n'atteint pas l'objectif de protection recherché. Le masque à double enveloppe, couplé à une extraction dédiée, y parvient.

Capter le protoxyde d'azote à la source par aspiration.

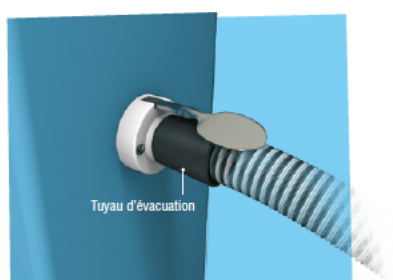
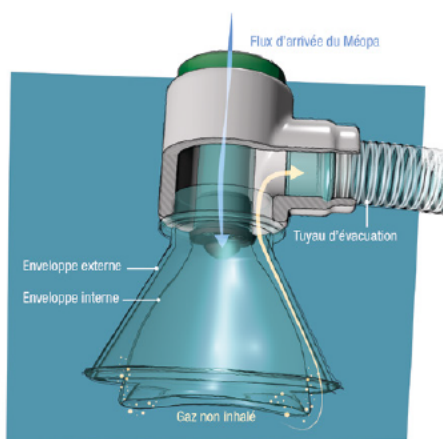
La mesure la plus efficace consiste à :

- capter le gaz à la source, au plus près de son point d'émission, et rejeter l'air extrait, après épuration, à l'extérieur des bâtiments, idéalement par le biais d'une installation dédiée;
- mettre en place une ventilation générale du local en complément.

Le captage à la source peut être réalisé grâce à différents dispositifs. Le masque aspirant à double enveloppe est le dispositif qui a montré la meilleure efficacité au regard des tests menés à ce jour par les Carsat*, la Cramif** et l'INRS. La réduction de l'émission de protoxyde d'azote sera d'autant plus efficace que cet équipement aura été associé à un contrôle de l'administration (valve à la demande).

La raison est technique, mais essentielle.

Pour être efficace, la captation doit se faire au plus près de la source, c'est-à-dire au niveau du masque. Le masque à double enveloppe capte les gaz non inhalés et les fuites autour du masque, avant qu'ils ne se diffusent dans l'environnement de soin.



Mais cette captation à la source nécessite un débit d'extraction suffisant.

Un système à faible débit ne peut pas assurer le même niveau de captation autour du masque.

C'est pourquoi le masque à double enveloppe ne doit pas être considéré comme un simple accessoire. Il fait partie d'un système complet: masque, prise dédiée, réseau

d'extraction, motorisation adaptée, dimensionnement technique, validation et formation des utilisateurs.

Dans le projet du CHU de Nantes, les 550 lieux d'administration MEOPA ne sont donc pas simplement équipés d'une prise. Ils sont conçus autour d'une administration sûre: le masque à double enveloppe avec captation à la source dédiée de Medicvent AB, accompagné d'un support concret dans la pratique quotidienne.

Pour les patients, cela signifie que le MEOPA reste disponible là où il est utile et nécessaire.

Pour les soignants, cela signifie moins d'exposition, plus de confiance, et la possibilité de rentrer chez soi en fin de journée sans maux de tête ni nausées liés à l'exposition au protoxyde d'azote.

Pour Puramed France, c'est un moment important. Non seulement parce qu'il s'agit du plus grand projet hospitalier de l'histoire de Puramed, mais aussi parce que ce projet ne tombe pas du ciel. Les premiers échanges et l'accompagnement technique autour de ce dossier remontent déjà à plusieurs années: analyse, engineering, dimensionnement, intégration et validation, en concertation avec l'hôpital et le bureau d'ingénierie Edeis.

Aujourd'hui, nous contribuons activement à l'accompagnement de l'installation de kilomètres de réseaux et d'environ 25 centrales d'extraction, en collaboration avec Equans France, VINCI Energies et SPIE Building Solutions France.

Mais l'installation et sa maintenance ne sont pas le moment où Puramed disparaît du projet. Ce nouveau standard ne devient réalité que lorsque les équipes soignantes l'utilisent au quotidien, avec le bon accompagnement, la bonne formation et le bon suivi par Puramed.

C'est aussi ce que nous préparons déjà en coulisses, et ce que nous continuerons à assurer sur le terrain.

Le MEOPA reste pour le patient.

L'exposition ne reste pas pour le soignant.