



Chapitre 117

La fièvre chez la personne âgée

S. LAGADEC

Points essentiels

- La fièvre est un signe peu spécifique qui ne témoigne pas nécessairement d'une infection et impose une recherche étiologique étendue.
- La fièvre n'est pas systématiquement présente dans les 48 premières heures d'un état infectieux même grave.
- La température basale du sujet âgé est plus basse.
- Les méthodes de mesure thermométrique utilisées en routine aux urgences ne sont pas fiables.
- En cas de fièvre, la personne âgée doit être déshabillée à la recherche de signes cutanés.
- La fièvre, de par sa mauvaise tolérance chez le sujet âgé n'est jamais un symptôme bénin.
- La tachypnée est un signe de gravité en présence d'une fièvre chez le sujet âgé.
- Les signes cliniques d'un sepsis peuvent être masqués par un traitement.
- En présence d'une fièvre, l'hypotension signe un sepsis grave jusqu'à preuve du contraire et impose une prise en charge immédiate.
- La déshydratation doit être supposée en présence d'une fièvre chez la personne âgée.

Correspondance : Steven Lagadec, SMUR SAMU 91, Centre Hospitalier Sud Francilien, 55, boulevard Henri-Dunant, 91100 Corbeil-Essonnes.
E-mail : slagadec@gmail.com

1. Introduction

En France, 5 à 10 % des recours aux urgences sont motivés par une fièvre. Si ce symptôme témoigne d'une réponse de l'organisme lors d'une pathologie inflammatoire aiguë, néoplasique, immunoallergique ou thromboembolique, l'étiologie infectieuse demeure la plus redoutée. Par ailleurs, lors d'une infection, la température peut être normale et cela est d'autant plus fréquent que le sujet est âgé. Cette singularité peut retarder une prise en charge adaptée lourde de conséquence chez une population de patients particulièrement exposée au risque de pathologies en cascade. La fièvre du sujet âgé est une problématique complexe qui englobe l'ensemble des perturbations physiopathologiques liées à l'âge, à la fragilité immunitaire, au degré de dépendance, aux antécédents parfois nombreux et à une iatrogénie liée à une polymédication souvent conséquente. L'investigation de ce symptôme qui n'est jamais bénin d'emblée, débute auprès de l'infirmier organisateur de l'accueil (IOA) et doit se poursuivre tout au long de la prise en charge au sein du service d'accueil des urgences (SAU).

2. Fièvre : définition

La fièvre est définie comme une élévation de la température centrale dépassant 37,5 °C le matin et 37,8 °C le soir, chez un sujet au repos depuis plus d'un quart d'heure et à jeun depuis plus de deux heures. « On définit la fièvre par une mesure supérieure à 37,8°, ou deux mesures supérieures à 37°2, ou une variation de température de plus de 1,1 degrés ». La dixième conférence de consensus portant sur la prise en charge de la personne âgée de plus de 75 ans aux urgences précise : « *La température basale du sujet âgé est plus basse ; et la fièvre n'est pas systématiquement présente dans les 48 premières heures d'un état infectieux même grave* » (1).

3. Physiopathologie

L'être humain est homéotherme ce qui signifie que sa température reste constante malgré les variations de température ambiante. L'homéothermie humaine ne s'applique qu'aux parties profondes du corps car les membres et la peau subissent une variabilité de température (poïkilothermes). Distinguons l'hyperthermie de la fièvre car si la fièvre est une manifestation de la réaction inflammatoire primaire, l'hyperthermie résulte de l'accumulation de chaleur exogène (insolation, coup de chaleur, hyperthermie maligne).

Le rôle de la thermorégulation est de maintenir constante la température centrale et de répondre aux variations de quantité de chaleur reçue, produite ou perdue. La valeur de référence pour le système de régulation thermique avoisine 37 °C et varie physiologiquement d'environ 0,5 °C suivant le cycle circadien, le cycle

menstruel et pathologiquement lors d'épisodes de fièvre. La fièvre représente un mécanisme de défense physiologique résultant d'une modification pathologique de la thermorégulation au niveau de l'aire pré-optique de l'hypothalamus antérieur (thermostat interne) où siègent des cellules thermosensibles. Des thermorécepteurs situés au niveau de la peau et de la moelle épinière envoient au centre de régulation les valeurs de température réelles pour y être comparées avec la valeur de référence. En cas de fièvre, la valeur de référence est décalée vers le haut. En conséquence, le corps se refroidit occasionnant le frisson musculaire. Lors de la chute de la fièvre, la valeur de référence se normalise entraînant un réchauffement excessif de l'organisme se traduisant par une vasodilatation et une forte sudation.

Les processus pathologiques entraînant une fièvre ont en commun d'activer le système immunitaire et d'induire la production et la libération dans le sang de facteurs pyrogènes.

Ces facteurs pyrogènes tels que l'interleukine 1 (IL1), l'interleukine 6 (IL6), le Tumor Necrosis Factor α (TNF- α) ainsi que l'interféron- α (IFN- α) vont modifier le thermostat interne par induction de la synthèse de Prostaglandine E2 (PGE2). Enfin, ces facteurs pyrogènes stimulent les voies mono-aminergiques activant la production de noradrénaline et de sérotonine.

4. La personne âgée

4.1. Définition

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le sujet âgé se définit par un âge civil supérieur ou égal à 65 ans. La définition sociale utilise l'âge de cessation d'activité professionnelle, soit entre 55 et 60 ans. Mais la perception de la vieillesse est très variable et personnelle.

4.2. Physiopathologie du vieillissement

Le vieillissement correspond à l'ensemble des processus physiologiques et psychologiques qui modifient la structure et les fonctions de l'organisme à partir de l'âge mûr. Il est la résultante des effets intriqués de facteurs génétiques (vieillesse intrinsèque) et de facteurs environnementaux auxquels est soumis l'organisme tout au long de sa vie. Il s'agit d'un processus lent et progressif qui doit être distingué des manifestations des maladies. L'état de santé d'une personne âgée résulte habituellement des effets du vieillissement et des effets additifs de maladies passées (séquelles), actuelles, chroniques ou aiguës. La sénescence se définit comme étant le processus physiologique qui entraîne une lente dégradation des fonctions de l'organisme. Cette dégradation fonctionnelle du sujet âgé varie au décours d'incidents pathologiques chroniques ou aigus.

Si certaines personnes conservent, même dans le grand âge, des capacités fonctionnelles optimales, dans la plupart des cas, le vieillissement se traduit par

une diminution des capacités maximales des réserves fonctionnelles, responsable d'un état de fragilité. Aussi peut-on appeler réussi un vieillissement conservant des réserves fonctionnelles approchant celles de l'adulte. Ce vieillissement réussi concerne 65 à 70 % des sujets âgés, tandis que 5 % souffrent de grande dépendance. Entre ces deux extrêmes se situent les sujets fragiles, soit 15 % de la population âgée particulièrement exposée au risque de pathologies en cascade puisque leur prévalence augmente avec l'âge (2).

La particularité physiopathologique de la fièvre chez la personne âgée porte aussi bien sur sa fréquence et la gravité particulière qu'elle implique (3, 4).

Il convient d'ajouter les carences nutritionnelles très fréquentes chez la personne âgée. La dénutrition multiplie par 4 à 6 le risque infectieux et par 4 à 8 le risque de mortalité (5). De plus, un déficit en vitamines et en oligoéléments impacte directement le nombre et la fonction des lymphocytes. Rendu plus vulnérable par le temps, les pathologies chroniques et la réduction des réserves adaptatives, le patient âgé fragile est plus exposé aux complications de la fièvre et ce quelle qu'en soit l'étiologie. Cette fragilité implique une probabilité élevée d'évolution péjorative et impose une stratégie thérapeutique adaptée.

5. Les éléments d'orientation à recueillir par l'IOA

En 2003, la SFMU posait les bases d'un accueil standardisé du sujet âgé aux urgences. Ces recommandations doivent être le préliminaire de toute prise en charge gériatrique effectuée par l'IOA (1). Il doit être en mesure de repérer les patients à risque de décompensation rapide à partir d'une symptomatologie clinique souvent pauvre, atypique ou trompeuse. En effet, apprécier la gravité du sujet âgé fébrile est rendu plus difficile par les particularités liées à la vieillesse. Les troubles cognitifs peuvent compliquer l'entretien infirmier, la polymédication peut masquer une symptomatologie déterminante, la mobilité réduite ou l'impotence fonctionnelle rend particulièrement compliquée le déshabillage ou l'examen des téguments.

5.1. L'entretien infirmier

L'entretien doit permettre d'évaluer rapidement les raisons qui motivent la consultation au SAU et les éventuelles modifications récentes permettant de dresser l'historique de la maladie. Si le patient est adressé par un médecin extérieur à l'établissement, l'IOA prendra connaissance des renseignements figurant sur le courrier et l'éventuelle hypothèse diagnostique. Ce courrier permet d'enrichir notablement la collecte d'informations mais ne dispense pas l'évaluation globale du patient. De manière systématique, il convient de prendre connaissance des antécédents de santé et des traitements en cours transcrits sur une ordonnance récente. Une lecture rapide de celle-ci doit permettre d'identifier rapidement les traitements intéressant directement le motif de fièvre tel qu'un traitement par antibiotiques, immunosuppresseurs ou chimiothérapie.

Les traitements pouvant masquer une fièvre, paracétamol ou anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS) seront relevés par l'IOA qui fera préciser la fréquence d'administration ainsi que l'heure de la dernière prise.

L'entretien doit permettre de faire préciser l'ancienneté de la fièvre ainsi que certaines informations spécifiques concernant la couverture vaccinale, une pathologie cancéreuse, un voyage, une chirurgie ou des modifications du comportement récents, des douleurs, un prurit, un essoufflement, des vomissements...

Ce premier contact avec le patient et si possible ses proches, est un temps capital de la prise en charge permettant un débrouillage rapide du contexte.

5.2. L'observation

L'observation est la première qualité clinique de l'IOA, puisqu'elle permet une évaluation rapide et fiable de nombreux signes de gravité en cas de fièvre. Celle-ci doit se faire tout au long de l'installation et de l'entretien. L'état de conscience du patient doit être évalué par le Glasgow coma score (GCS).

Une personne âgée fébrile sera systématiquement déshabillée afin de permettre un examen du tissu cutané à la recherche de signes de gravité. L'examen portera sur la présence de marbrures, d'une cyanose, d'une dermite, d'un membre inflammatoire, d'un érythème, de taches purpuriques, d'un œdème ou d'une lésion cutanée. Le pli cutané témoigne d'une possible déshydratation, fréquente chez le sujet âgé et aggravée par la fièvre.

5.3. Les constantes physiologiques

5.3.1. La mesure thermométrique

L'absence de recommandations claires sur l'actualité thermométrique et la confusion que cela implique auprès des utilisateurs mérite que l'on passe en revue les différentes méthodes.

5.3.1.1. Le thermomètre au gallium

Le thermomètre au gallium, successeur du mercure, dispose de caractéristiques de mesure analogue. Celui-ci fonctionne comme son prédécesseur sur le principe physique de la dilatation de liquide sous l'effet de la chaleur. Le thermomètre au gallium est un outil de mesure fragile car ampoulé dans une tunique de verre, le bris de celui-ci peut s'avérer dangereux autant pour le patient que pour le soignant. La dilatation du gallium impose un délai suffisant pour permettre une lecture exacte de la mesure, ce délai est estimé à plus ou moins 5 minutes ce qui est une contrainte évidente en situation d'urgence.

5.3.1.2. Le thermomètre électronique

Plus facile d'utilisation et d'une précision similaire au thermomètre au gallium, le thermomètre électronique tend à s'imposer d'une manière générale dans les hôpitaux. Celui-ci permet une mesure rapide de la température.

Ces deux thermomètres permettent une évaluation thermométrique en trois endroits différents du corps. Les études qui se sont efforcées de comparer les sites de mesure buccale, axillaire et rectale démontrent la supériorité de cette dernière chez le sujet adulte ou âgé (6, 7).

5.3.1.3. Le thermomètre tympanique à rayonnement infrarouge

La contrainte majeure repose sur la longueur d'insertion de la sonde qui doit être suffisamment proche de la membrane tympanique sans être au contact avec celle-ci. L'estimation de la profondeur d'insertion sera alors aussi hasardeuse que pourra l'être la mesure. Si certains affirment que « Chez le sujet très âgé, polyopathologique, la prise de température tympanique est une alternative intéressante à la prise de température rectale » (8), d'autres remettent en question la pertinence d'un tel outil dans les services d'urgence adulte (9) et démontrent que la thermométrie tympanique surévalue ou sous-évalue de manière significative la température comparativement à la mesure buccale ou rectale (10).

5.3.1.4. Le thermomètre artériel à infrarouge

Le thermomètre artériel temporal permet la mesure de la température à l'aide d'une sonde infrarouge déposée sur le front, dans la région de l'artère temporale. Ce mode de mesure semble plus précis que la thermométrie tympanique (11).

5.3.1.5. La thermométrie artérielle infrarouge sans contact

Cette mesure thermométrique permet une prise de mesure sans contact cutané. L'appareil parfois appelé à tort « thermomètre laser », s'il dispose d'un dispositif de visée laser ou encore pyromètre doit être placé en regard du front du patient à une distance d'environ cinq centimètres. Ce procédé non invasif présente l'avantage d'être simple, rapide d'utilisation et garantit l'absence de colonisation. Néanmoins, une étude récente conclut que cette technique ne permet pas de détecter de façon fiable les patients fébriles aux urgences et que le sujet âgé de part sa réactivité vasculaire réduite induit une trop grande variabilité de mesure (12).

En conclusion, la mesure thermométrique qui doit être effectuée en routine chez tout patient âgé se présentant aux urgences ne permet pas un dépistage fiable de la fièvre. Dans sa pratique, l'IOA ne choisit pas la méthode et utilise le matériel à sa disposition, il doit néanmoins rester circonspect à la lecture des résultats. En cas de doute, effectuer une comparaison avec une mesure rectale reste recommandé. Il n'existe pas de consensus permettant d'évaluer la gravité en fonction de l'intensité de la fièvre. Cependant une fièvre élevée et prolongée expose d'autant plus le sujet âgé aux complications de celle-ci (convulsions, déshydratation).

5.3.2. La fréquence cardiaque

C'est une donnée indispensable à l'évaluation du patient âgé fébrile. Elle s'élève physiologiquement de façon modérée chez le patient fébrile. Une déshydratation secondaire à la thermolyse peut aboutir à une élévation de la fréquence cardiaque.

Une tachycardie associée à une fièvre compte parmi les critères définissant un Syndrome de Réponse Inflammatoire Systémique (SRIS) et par extension au sepsis grave. La polymédication majore la probabilité d'un traitement par chronotrope négatif pouvant masquer une tachycardie.

5.3.3. La pression artérielle

La pression artérielle est une mesure indispensable à l'évaluation du patient fébrile car elle permet d'identifier rapidement la gravité d'un éventuel sepsis et demeure un élément d'évaluation cardio-circulatoire fiable. En présence d'une fièvre, l'hypotension signe un sepsis sévère jusqu'à preuve du contraire et impose une prise en charge immédiate. Dans le cas des personnes âgées, la recherche de signes de gravité doit tenir compte de la pression artérielle habituelle plus élevée chez les plus de 65 ans. Les artères calcifiées sont à l'origine de chiffres tensionnels faussement élevés. L'effet « blouse blanche » est un faux positif lié à l'interaction soignant-patient et qui augmente les chiffres tensionnels de 10 % environ, plus fréquent chez les sujets âgés et émotifs.

5.3.4. La fréquence respiratoire

La tachypnée qui est définie par une fréquence respiratoire supérieure à vingt cycles respiratoires par minute, est un signe de gravité fiable en cas de fièvre.

Une bradypnée peut évoquer un épuisement de la réserve cardiorespiratoire, ce qui est un signe de gravité sans équivoque qui doit amener à évaluer sans délai l'état de conscience du patient. L'épuisement respiratoire est un signe prémortem imposant une prise en charge réanimatoire rapide.

5.3.5. La saturation pulsée en oxygène (SpO_2)

Chez le sujet polymorbide, l'interprétation de la SpO_2 doit se faire au regard d'une valeur de référence. Chez le patient sans antécédent respiratoire connu, une SpO_2 inférieure à 94 % est pathologique et doit amener la réalisation d'une oxygénothérapie permettant de maintenir une valeur supérieure à 95 %. L'hypoxie est d'autant plus mal tolérée que le patient est âgé. C'est un facteur de gravité manifeste associé ou non à d'autres signes que la fièvre et oriente le diagnostic vers une infection des voies respiratoires qui demeure la première cause de sepsis grave. Le débit en oxygène et le système d'administration choisi est laissé à l'appréciation de l'opérateur.

Une SpO_2 inférieure à 90 % signe une détresse respiratoire grave et impose une oxygénothérapie avec système sans re-breathing (masque à haute concentration) sous haut débit d'oxygène (9-15 litres) assurant un enrichissement de l'air inspiré proche de 100 %.

5.3.6. La douleur

L'évaluation de la douleur doit s'effectuer à l'aide d'un outil adapté. Chez la personne âgée, la perception douloureuse modifiée voir absente lors des pathologies traditionnellement algiques peut fausser l'évaluation clinique. Si le

siège d'une douleur oriente l'hypothèse diagnostique, l'absence de celle-ci ne permet pas de l'exclure. Toute douleur constatée ou supposée, sera traitée sans délai à l'aide du protocole de service.

5.3.7. L'investigation para-clinique

En fonction du terrain, l'IOA peut étendre l'investigation paraclinique, glycémie capillaire, Hémocue®, Test de Diagnostic Rapide « Streptocoque du groupe A » (TDR-SGA Streptatest®), bandelette urinaire, électrocardiogramme (ECG) ou autres examens complémentaires pertinents.

Dans un contexte de fièvre, passer à côté d'un signe clinique significatif quelle qu'en soit la raison est toujours une perte de chance pour le malade et cela portera d'autant à conséquence que celui-ci est âgé. En cas de doute, l'IOA doit toujours en référer à un médecin.

6. Le tri infirmier

Idéalement, à l'issue de l'entretien, de l'observation et du recueil des données cliniques, l'IOA a cerné les éléments de gravité actuelle ou potentielle. Une situation à risque d'exposition ou épidémique nécessitant une mesure particulière d'isolement est identifiée et impose éventuellement une éviction de la salle d'attente pour certains patients à risque indépendamment du degré de gravité.

En l'absence de test clinique simple permettant de discerner une fièvre d'étiologie infectieuse d'une autre étiologie, un syndrome fébrile retrouvé chez le sujet âgé signe une infection potentiellement grave jusqu'à preuve évidente du contraire (13). L'IOA effectue le tri en s'aidant d'une grille d'évaluation. En l'absence d'échelle de triage spécifique au sujet âgé, nous avons choisi de proposer un tri à partir de la Classification Infirmière des Malades aux Urgences (CIMU) version 2 qui propose de trier les patients adultes selon cinq niveaux de priorité croissante (14). L'image 1 propose une aide au tri de la personne âgée fébrile aux urgences.

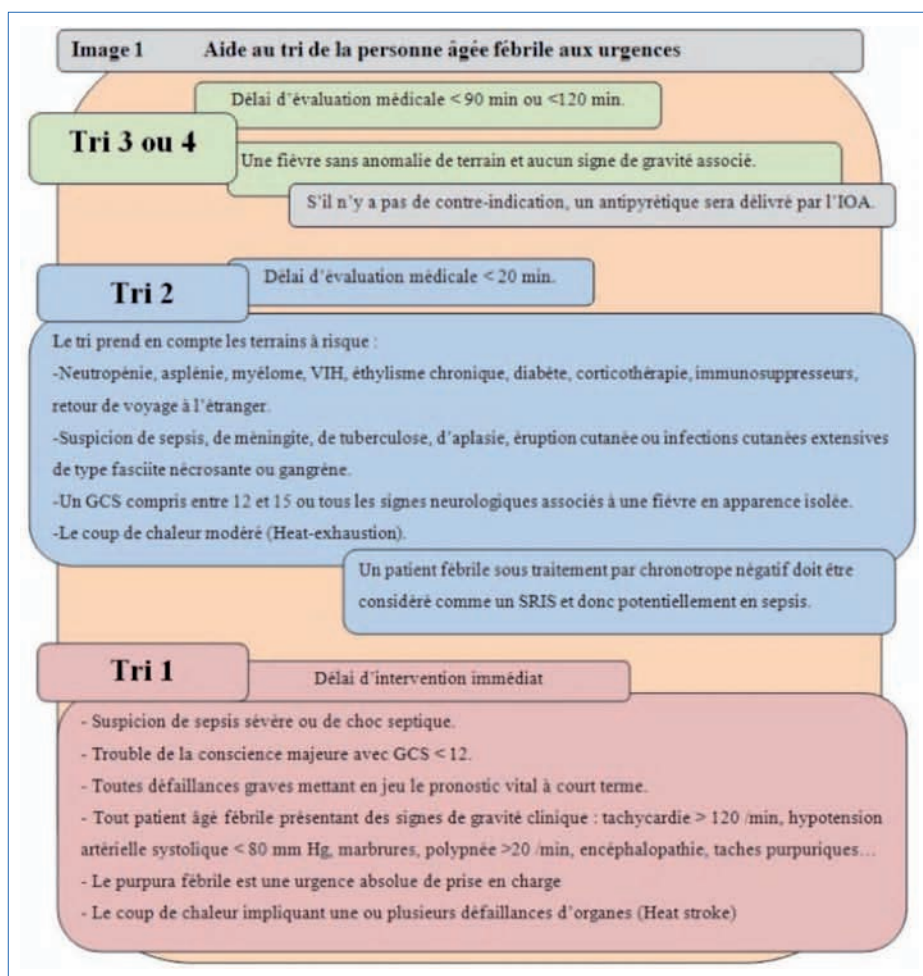
7. Les diverses étiologies de la fièvre

7.1. Les principales étiologies

Les étiologies précises d'une fièvre sont nombreuses. L'image 2 propose d'en lister les principales causes (15).

7.1.1. Fièvre, SRIS : penser au sepsis

Le SRIS témoigne d'une activation de la réponse inflammatoire et peut donc être retrouvé dans de nombreuses pathologies non-infectieuses telles que la plupart des états de choc quelle qu'en soit l'étiologie, les pancréatites, les brûlures

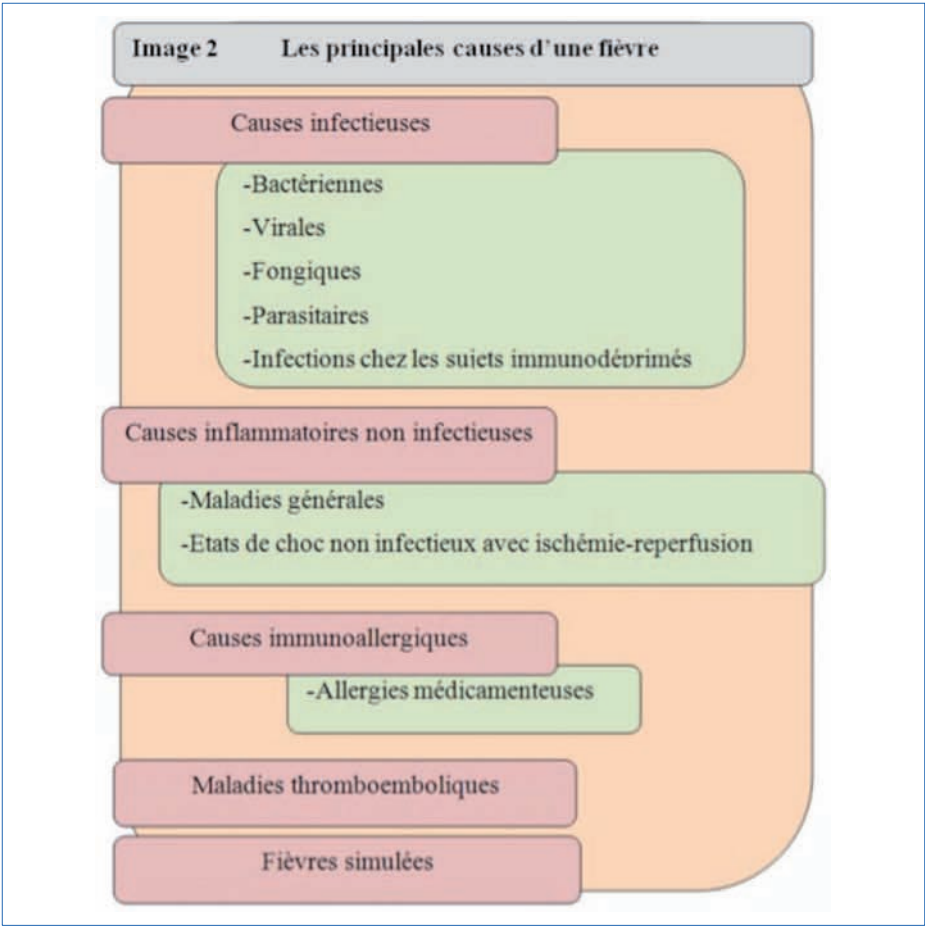


étendues, les polytraumatismes, les hémorragies graves, les hyperthermies malignes médicamenteuses ou anesthésiques (16).

Le SRIS est défini par la présence d'au moins deux signes parmi les signes suivants :

- Température > 38,3 °C ou < 36 °C.
- Fréquence cardiaque > 90/min.
- Fréquence respiratoire > 20/min ou PaCO₂ < 32 mm Hg.
- Leucocytose > 12 000 ou < 4 000 ou > 10 % de formes immatures.

Chez le sujet âgé, la problématique repose sur une élévation de la température parfois absente ainsi qu'une tachycardie éventuellement masquée par un traitement. La tachypnée par contre demeure un signe de gravité fiable chez le sujet âgé qui doit alerter l'IOA.



Le sepsis est défini par la présence d'un SRIS associé à une infection présumée ou identifiée.

À moins que le patient ne soit adressé aux urgences par un médecin ayant déjà diagnostiqué l'infection, l'IOA ne dispose pas d'outils permettant de l'objectiver à coup sûr. En présence d'un SRIS, le sepsis doit être redouté et invite à rechercher les signes de gravité associés.

« La classification des états septiques adoptée depuis 1992 – et toujours d'actualité – est basée sur l'intensité de la réponse de l'organisme à l'infection. Elle distingue les sepsis "non compliqués" des syndromes septiques graves et des chocs septiques, caractérisés respectivement par l'apparition de dysfonctions d'organes et une hypotension qui persiste malgré le remplissage vasculaire. Ces trois syndromes sont considérés comme les phases d'aggravation successives de l'infection et de la réponse inflammatoire à celle-ci, et le pronostic diffère nettement entre les 3 stades, la mortalité (à 28 jours) passant respectivement de

10-15 % à 20-30 % et 40-50 % » (17). Le sepsis grave est défini par l'association d'un sepsis à une ou plusieurs dysfonctions d'organes et qui en l'absence de traitement spécifique, aboutit rapidement à l'état de choc septique. Il représente 75 000 cas annuels en France avec une mortalité de 30 % à 28 jours et demeure la complication la plus redoutée de tout syndrome fébrile (18). Plus exposées et vulnérables, les personnes âgées constituent les premières victimes de ce fléau (19). De plus, celles qui survivent sont plus à risque de développer des troubles cognitifs et des limitations physiques à long terme que les personnes hospitalisées pour d'autres raisons (20). L'IOA doit pouvoir repérer rapidement le patient présentant des signes de sepsis grave car il a été démontré que c'est de la précocité de la prise en charge que dépend le pronostic du patient (21).

Les signes du sepsis grave aisément repérables par l'IOA sont :

- Température > 38,3 °C ou < 36 °C.
- Tachycardie > 120/min.
- Tachypnée > 30/min.
- SpO₂ basse.
- Pression artérielle systolique < 110 mm Hg.

La présence de marbrures, d'acrocyanose ou un trouble de la conscience sont des signes de gravité associés.

8. Le rôle spécifique infirmier

Il est impossible ici de détailler la multitude des prises en charges spécifiques comptant la fièvre comme symptôme. Le rôle de l'infirmière lors de la prise en charge dépend de l'hypothèse diagnostique ainsi que du degré d'urgence réel ou supposé et du niveau de fragilité pouvant accélérer le processus de décompensation.

8.1. L'urgence vitale

Le sujet âgé fébrile relève d'une urgence vitale patente ou de décompensation rapide probable pouvant engager le pronostic vital à court terme. La situation impose une prise en charge rapide, standardisée idéalement protocolée permettant à l'infirmier de débiter une médicalisation de sauvetage ou conservatrice dans les meilleures conditions. Cette prise en charge spécifique se déroule idéalement dans la Salle d'Accueil des Urgences Vitales (SAUV) avec tout le matériel permettant une réanimation de qualité conforme aux recommandations. Ces conduites à tenir sont similaires à toute autre prise en charge d'urgences vitales rencontrées chez l'adulte car l'âge ne modifie en rien les algorithmes décisionnels recommandés dans ces situations.

8.2. L'urgence relative

Le sujet âgé fébrile ne relève pas d'une urgence vitale immédiate. Le cas par cas doit rester le maître mot et la prise en charge se fera par étape en fonction du terrain et de l'étiologie supposée. En présence d'une fièvre, la personne âgée sera systématiquement déshabillée puis couverte d'une surblouse permettant un accès et une surveillance aisée du thorax, de l'abdomen et des quatre membres. L'installation se fera de la manière la plus confortable possible en respectant la pudeur qui existe à tout âge. Nous veillerons à ne pas couvrir le patient déjà fébrile et un antipyrétique (Paracétamol) sera administré rapidement.

9. Les prélèvements bactériologiques

Étape indispensable avant de débiter l'antibiothérapie, les prélèvements bactériologiques se pratiquent au cas par cas sur prescription après un examen médical (22).

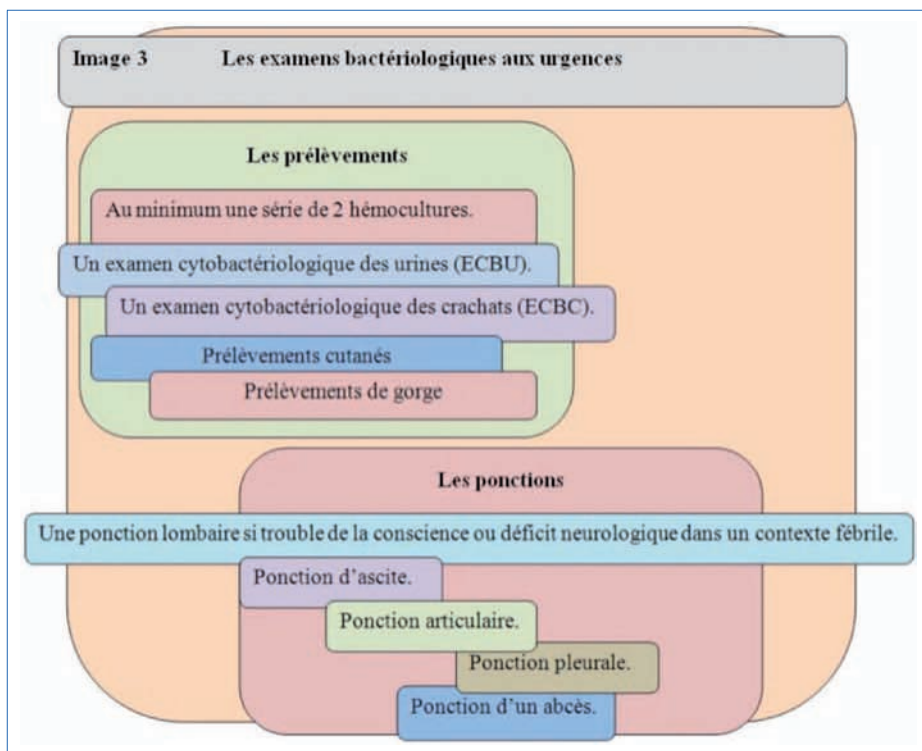
L'ensemble de ces examens doit permettre d'identifier les micro-organismes responsables de l'infection afin de déterminer leur sensibilité aux anti-infectieux.

Un prélèvement contaminé sera source d'erreur diagnostique, l'urgence ne doit pas faire oublier l'asepsie rigoureuse nécessaire lors de la réalisation des prélèvements microbiologiques (23).

Les hémocultures, l'examen cytobactériologique des urines (ECBU), l'examen cytobactériologique des crachats (ECBC) et les prélèvements cutanés font parties des soins familiers pour l'infirmier exerçant aux urgences. Celui-ci participe aussi aux différentes ponctions à visées microbiologiques qui seront pratiquées par le médecin et son expertise doit permettre le bon déroulement du soin. De la bonne installation du patient à la préparation cutanée, de la mise en place des champs au recueil et à la manipulation du prélèvement, l'infirmier veille à la bonne application des procédures permettant un prélèvement de qualité. Sa présence indispensable lors des investigations, se poursuit après le soin et permet la surveillance des éventuelles complications.

10. Les mesures d'isolement

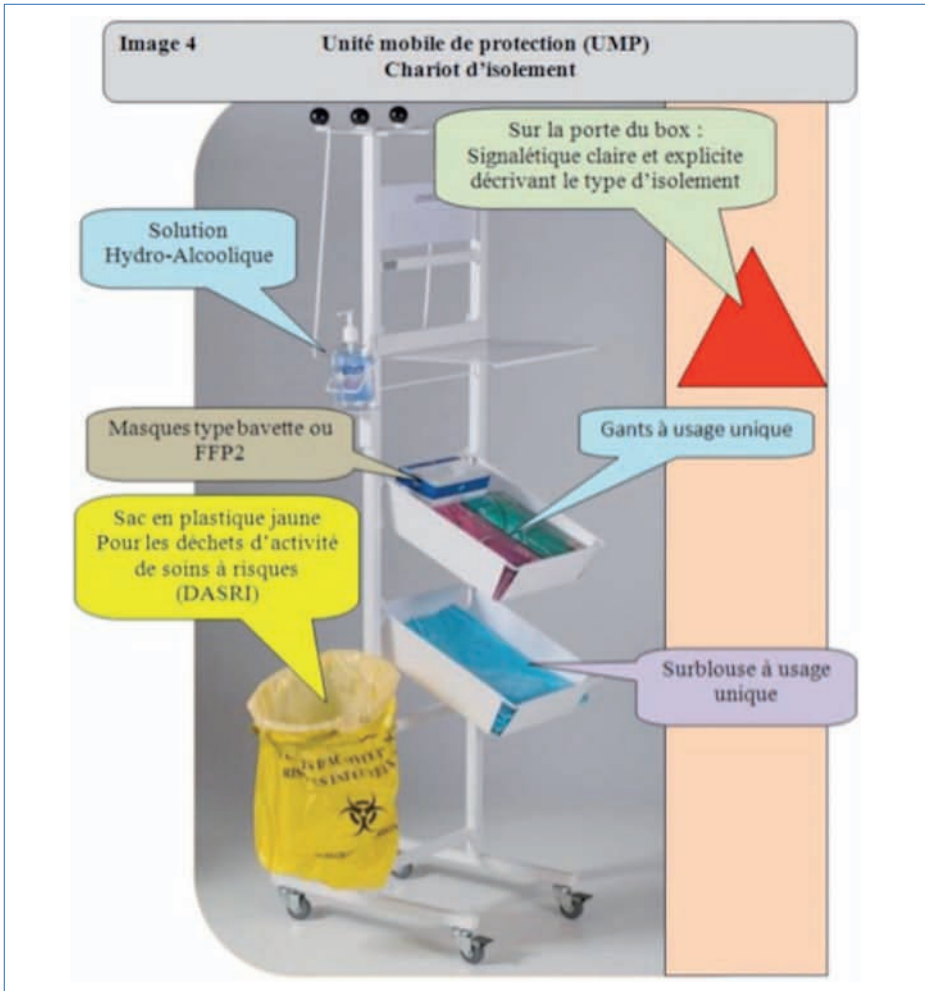
Les missions de l'infirmier des urgences sont multiples dans la prise en charge du patient fébrile et son rôle central dans l'organisation des soins doit garantir la protection des patients. Au besoin, il met en place des mesures d'isolements septiques ou protecteurs et assure le respect des recommandations qu'impose ce type de précaution. Le patient est géographiquement isolé en box et une signalétique doit permettre d'identifier le type d'isolement. Une unité mobile de protection (UMP) permet la mise à disposition des différentes mesures barrières.



Les précautions standards ont le double objectif de permettre la protection du personnel ainsi que celle du patient. La première protection standard consiste à se laver les mains avant et après contact avec le patient. Le port de gants, de masque, d'une surblouse et d'une charlotte complète la panoplie des mesures barrières. Les précautions complémentaires dépendent de l'agent infectieux et de sa localisation. L'isolement respiratoire impose le port du masque de type bavette ou FFP2. L'isolement contact impose le port de gants, de charlotte et d'une surblouse.

11. Conclusion

La fièvre, quelle qu'en soit l'étiologie, nécessite d'être systématiquement explorée, car si le symptôme demeure peu spécifique, il est rarement bénin. Plus difficile à dépister chez le sujet âgé, il convient de la traiter afin d'en prévenir les conséquences. Le pronostic quant à lui, dépendra essentiellement du diagnostic étiologique et de la mise en place du traitement adapté. Présent à chaque étape de la prise en charge, l'infirmier joue un rôle déterminant. Son expertise doit permettre d'identifier rapidement la personne âgée fébrile, d'apprécier le terrain associé et les signes de gravité. L'approche est centrée sur l'entretien, l'observation



et l'examen clinique infirmier. Plus difficile à évaluer, plus exposée aux complications et répondant moins bien aux thérapeutiques, il convient d'être particulièrement vigilant dans la prise en charge de cette population.

Références

1. Société Francophone de Médecine d'Urgence. La personne âgée aux Urgences. 10^e Conférence de consensus prise en charge de la personne âgée de plus de 75 ans aux urgences. Strasbourg. 5 décembre 2003.
2. Duquesne F. Vulnérabilité de la personne âgée. Congrès SFMU ; Urgences 2011 ; chapitre 28 ; 283.

3. Hammami S., Chakroun M., Mahjoub S., Bouzouaia N. The elderly infections. Rev Tun Infectiol, Juillet 2007 ; Vol. 1 : n° 3 : 1-8.
4. Moulias R., Raynaud-Simon A., Moulias S., Meaume S. Immunité auto-immunité et vieillissement : des interactions complexes. Ann Med Intern 2002 ; 153 : 441-45.
5. Raynaud Simon A., Lesourd D. Dénutrition du sujet âgé : conséquences cliniques. Presse Med 2000 ; 29 : 2183-90.
6. Downton J.H, Andrews K., Puxty J.A 'Silent' pyrexia in the elderly. Age Ageing. 1987 Jan ; 16(1) : 41-4.
7. Darowski A, Najim Z., Weinberg J.R., Guz A. The increase in body temperature of elderly patients in the first twenty-four hours following admission to hospital. Age Ageing. 1991 Mar ; 20(2) : 107-12.
8. Vaux B., Denuc I., Gauvain J.B., Prudhomme S., Solety-Dauphin L., Chavanne D. Measuring temperature in the aged patients. Comparative prospective study: tympanic versus rectal temperature. La revue de gériatrie ISSN 0397-7927.2000 ; vol. 25 ; n° 3 : pp. 139-146.
9. Hooker E.A., Houston H. Screening for fever in an adult emergency department: oral vs tympanic thermometry. South Med J 1996 Feb ; 89(2) : 230-4.
10. Barnett B.J., Nunberg S., Tai J., Lesser M.L., Fridman V., Nichols P., Powell R., Silverman R. Oral and tympanic membrane temperatures are inaccurate to identify Fever in emergency department adults. West J Emerg Med 2011 Nov ; 12(4) : 505-11.
11. Lari Lawson, Elizabeth J. Bridges, Isabelle Ballou, Ruthe Eraker, Sheryl Greco, Janie Shively, Vanessa Sochulak. Accuracy and Precision of Noninvasive Temperature Measurement in Adult Intensive Care Patients. AMERICAN JOURNAL OF CRITICAL CARE, September 2007 ; volume 16 ; n° 5 : 485-496.
12. Hausfater P., Zhao Y., Defrenne S., Bonnet P., Riou B. Cutaneous Infrared Thermometry for Detecting Febrile Patients. Emerging Infectious Diseases • www.cdc.gov/eid • Vol. 14, n° 8, August 2008.
13. Van Laar P.J., Cohen J. A prospective study of fever in the accident and emergency department. Clin Microbiol Infect 2003 Aug ; 9(8) : 878-80.
14. Taboulet P., Moreira V., Haas L., Porcher R., Braganca A., Fontaine J.P., Poncet M.C. Triage with the French Emergency Nurses Classification in Hospital scale: reliability and validity. European Journal of Emergency Medicine 2009 ; Vol. 16 : n° 2.
15. Carlet J., Willems V. Fièvre et syndromes inflammatoires aux urgences: attitude pratique. Monographies de la Société francophone de médecine d'urgence. Éditions scientifiques L&C. 2006. Chapitre 1.
16. Allo J.C., Ginsburg C., Dhainaut J.F., Claessens Y.E. Fièvre et état de choc : les premières heures de la prise en charge. Monographies de la Société francophone de médecine d'urgence. Éditions scientifiques L&C. 2006. Chapitre 14.
17. Groupe Transversal Sepsis : « Prise en charge initiale des états septiques graves de l'adulte et de l'enfant » Gdt Multidisciplinaire Sepsis-SSC- V5.01/2006.
18. Brun-Buisson C., Meshaka P., Pinton P., Vallet B. EPISEPSIS: a reappraisal of the epidemiology and outcome of severe sepsis in French intensive care units. Intensive Care Med 2004 ; 30 : 580-8.
19. Fays F., Hausfater P. Les principes thérapeutiques du choc septique aux urgences. 52^e congrès national d'anesthésie et de réanimation. Infirmier(es) d'urgence. 2010 Sfar.
20. Theodore (Jack) Iwashyna, M.D., Ph.D. Long-term Cognitive Impairment and Functional Disability Among Survivors of Severe Sepsis. Journal of the American Medical Association 2010 ; 304(16) : 1787-1794.

21. Nguyen H.B., Rivers E.P., Abrahamian F.M., Moran G.J., Abraham E., Trzeciak S., Huang D.T., Osborn T., Stevens D., Talan D.A. Severe sepsis and septic shock: review of the literature and emergency department management guidelines. *Ann Emerg Med* 2006 ; 48 : 28-54.
22. Guide de bonnes pratiques des prélèvements microbiologiques. 2012-ATB-EHPAD-ARSidf-Prelevement.
23. CCLIN Sud-Est. Fiches conseils pour la prévention du risque infectieux – Prélèvements microbiologiques. Mai 2004.