

FORMATION A LA PRISE EN CHARGE CLINIQUE DES INFECTIONS RESPIRATOIRES AIGUËS SÉVÈRES

TRIAGE ET DÉTECTION PRÉCOCE DES PATIENTS

Traduit en français par Traducteurs sans frontières (TSF). L'OMS n'est pas responsable du contenu ou de l'exactitude de cette traduction. En cas de divergence entre l'anglais et le français, la version originale en anglais prévaut.



**World Health
Organization**

HEALTH
EMERGENCIES
programme

Objectifs d'apprentissage

À la fin de cette section, vous serez en mesure de :

- Décrire les principes généraux de la prise en charge du patient atteint d'une infection respiratoire aiguë sévère (IRAS).
- Décrire les procédures de PCI au triage.
- Décrire les outils de triage.
- Identifier les patients présentant un syndrome de type grippal bénin qui peuvent regagner leur domicile.
- Identifier les patients en IRAS qui nécessitent des soins urgents et une hospitalisation (y compris en USI).
- Organiser des transferts de patients en toute sécurité.

Principes de prise en charge des patients critiques atteints d'une infection respiratoire aiguë sévère

- Appliquer immédiatement les précautions de PCI.
- Identifier rapidement les patients en état critique.
- Traiter dès que possible l'étiologie sous-jacente.
- Instaurer dès que possible un traitement fondé sur des preuves et de support.
- Surveiller, noter, interpréter, agir.
- Prodiger des soins de qualité.

Si l'on suspecte que le patient présente une infection virale nouvelle ou émergente, aviser dès que possible les responsables de la santé.

Dépistage : histoire épidémiologique

- Suspecter qu'un patient présentant une infection respiratoire aiguë sévère est infecté par le COVID-19 s'il
 - Réside ou a voyagé dans des pays où des infections humaines ou animales sont en cours.
 - A été exposé à des animaux vivants ou morts (p. ex. oiseaux, porcs, chameaux).
 - A eu des contacts rapprochés avec un patient atteint d'une IRAS d'étiologie incertaine.

Se reporter au site Web de l'OMS pour les définitions de cas actuelles de l'infection par le COVID

<https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>

Appliquer des mesures de PCI lors du triage (tout cas d'infection respiratoire aiguë)

- Appliquer des précautions contre la transmission par gouttelettes
- Remettre un masque médical au patient présentant une IRA présumée
- Demander au patient de respecter les mesures d'hygiène respiratoire et d'hygiène des mains et d'éviter de se déplacer au sein de l'établissement
- Confiner le patient dans une zone séparée
- Garder une distance d'au moins 1 m entre les patients



Éviter la transmission aux autres patients et au personnel de santé. Toutefois, les traitements médicaux doivent être administrés sans délai

En cas de suspicion d'une infection à COVID-19, de grippe aviaire, de MERS-CoV ou de SARS-CoV

- **Appliquer les précautions de type contact en plus des mesures de protection contre la transmission par gouttelettes.**
 - Les agents de santé communautaires doivent porter une blouse, des gants, un masque médical et une protection oculaire lorsqu'ils examinent un patient.
 - Utiliser si possible un équipement dédié pour chaque patient (stéthoscopes, par exemple) ou le laver et le désinfecter entre chaque patient.
- **Appliquer les précautions aériennes en cas de besoin urgent d'intubation ou de réanimation cardiorespiratoire .**

Triage (1/2)

- Réaliser le triage au premier point de contact du patient avec le système de santé.
- Niveau préhospitalier :
 - ambulance
 - clinique
- Niveau hospitalier :
 - salle d'admissions
 - zone réservée aux urgences, service des urgences ou de traumatologie
 - salle commune



Triage (2/2)

- **Trier et classer** les patients selon la gravité de leur maladie et la nécessité de leur prodiguer des soins immédiats.
 - Utiliser des outils de triage standardisés afin d'assurer la fiabilité et la validité du tri des patients.
 - Éviter de « sous-trier » ou de « sur-trier ».
 - Identifier les patients prioritaires qui nécessitent des soins immédiats.

Check for RED criteria

Airway & Breathing	Other
Unresponsive	High-risk trauma
Stridor	Poisoning/ingestion or dangerous chemical exposure
Respiratory distress or central cyanosis	Threatened limb
Circulation	Snake bite
Weak pulse or capillary refill >3 sec	Acute chest or abdominal pain (>50 years old)
HR < 50 or > 150	ECG with acute ischaemia
Heavy bleeding	Violent or aggressive
Disability	Pregnant with any of:
Active convulsions	Heavy bleeding
Any two of: Altered mental status Stiff neck Hypothermia or fever Headache	Severe abdominal pain
Hypoglycaemia	Seizures
	Severe headache
	Visual changes
	SBP ≥ 160 or DBP ≥ 110
	Active labour
	Trauma

Yes

Move to High Acuity Area immediately

Check for YELLOW criteria

Vomits everything or ongoing diarrhoea	Severe pain (no red criteria)
Unable to feed or drink	Visible acute limb deformity
Sever pallor	Open fracture
On-going bleeding (no red criteria)	Suspected dislocation
Recent fainting	Other trauma/burns (no red criteria)
Altered mental status or agitation (no red criteria)	Sexual assault
Acute general weakness	Acute testicular/scrotal pain or priapism
Acute focal neurology	Unable to pass urine
Acute visual disturbance	Wheezing (no red criteria)
New rash worsening over hours or peeling (no red criteria)	Exposure requiring time-sensitive prophylaxis (eg. animal bite, needlestick)

Yes

Move to Clinical Area

Check for high risk vital signs

HR < 60 or > 130
RR < 12 or > 30
Temp < 36° or > 39°
SpO ₂ < 92%
AVPU other than A

No

Move to Low Acuity or Waiting

OMS - CICR
Outil de triage intégré
≥ 12 ans

Check for RED criteria

Airway & Breathing	Other
Unresponsive	Any infant <8 days old
Stridor	Age <2 months and temp <36 or >39°C
Respiratory distress or central cyanosis	High-risk trauma
SpO ₂ <90%	Threatened limb
Circulation	Acute testicular/scrotal pain or priapism
Capillary refill >3 sec	Snake bite
Weak and fast pulse	Poisoning/ingestion or dangerous chemical exposure
Heavy bleeding	
Disability	
Active convulsions	Any 2 of:
Hypoglycaemia	<ul style="list-style-type: none"> • Lethargy • Sunken eyes • Very slow skin pinch • Drinks poorly

Yes

Move to High Acuity Area immediately

Check for YELLOW criteria

Any infant 8 days to 2 months old	Severe pallor
Unable to feed or drink	Restless, continuously irritable or lethargy
Vomits everything	Severe pain
On-going diarrhoea	Trauma/burn (no red criteria)
Dehydration	Known diagnosis requiring urgent surgical intervention
Wheezing (no red criteria)	New rash worsening over hours or peeling (no red criteria)
Malnutrition: Visible severe wasting OR oedema of both feet	Exposure requiring time-sensitive prophylaxis (eg. animal bite)

Yes

Move to Clinical Area

Yes

Check for high risk vital signs

Temp <36° or >39°			
SpO ₂ <92%			
AVPU other than A			
RR	under 1 year	>1 and <5 years	>5 and <12 years
High	50	40	30
Low	20	15	10
RR	under 1 year	>1 and <5 years	>5 and <12 years
High	50	40	30
Low	20	15	10

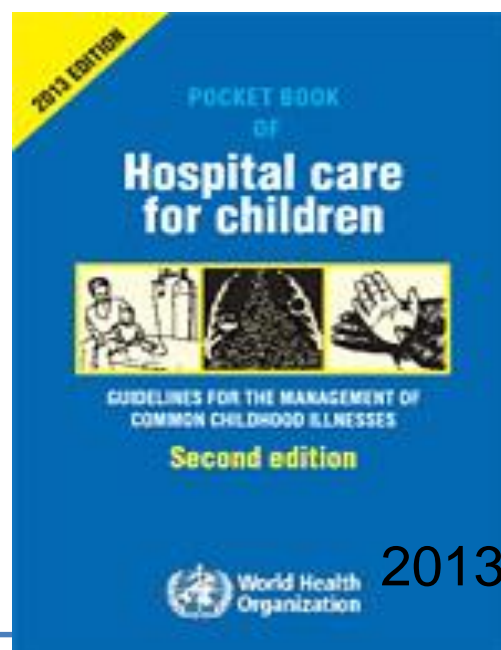
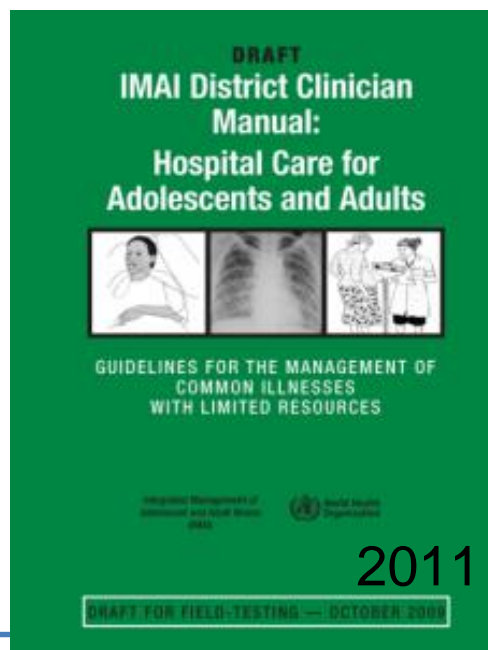
No

Move to Low Acuity or Waiting

OMS - CICR
Outil de triage
intégré
< 12 ans

Manuels de soins hospitaliers (OMS)

- Thérapeutiques d'urgence
 - PCIMAA : contrôle rapide
 - Livre de poche
 - PCIME : triage d'urgence, évaluation et traitement



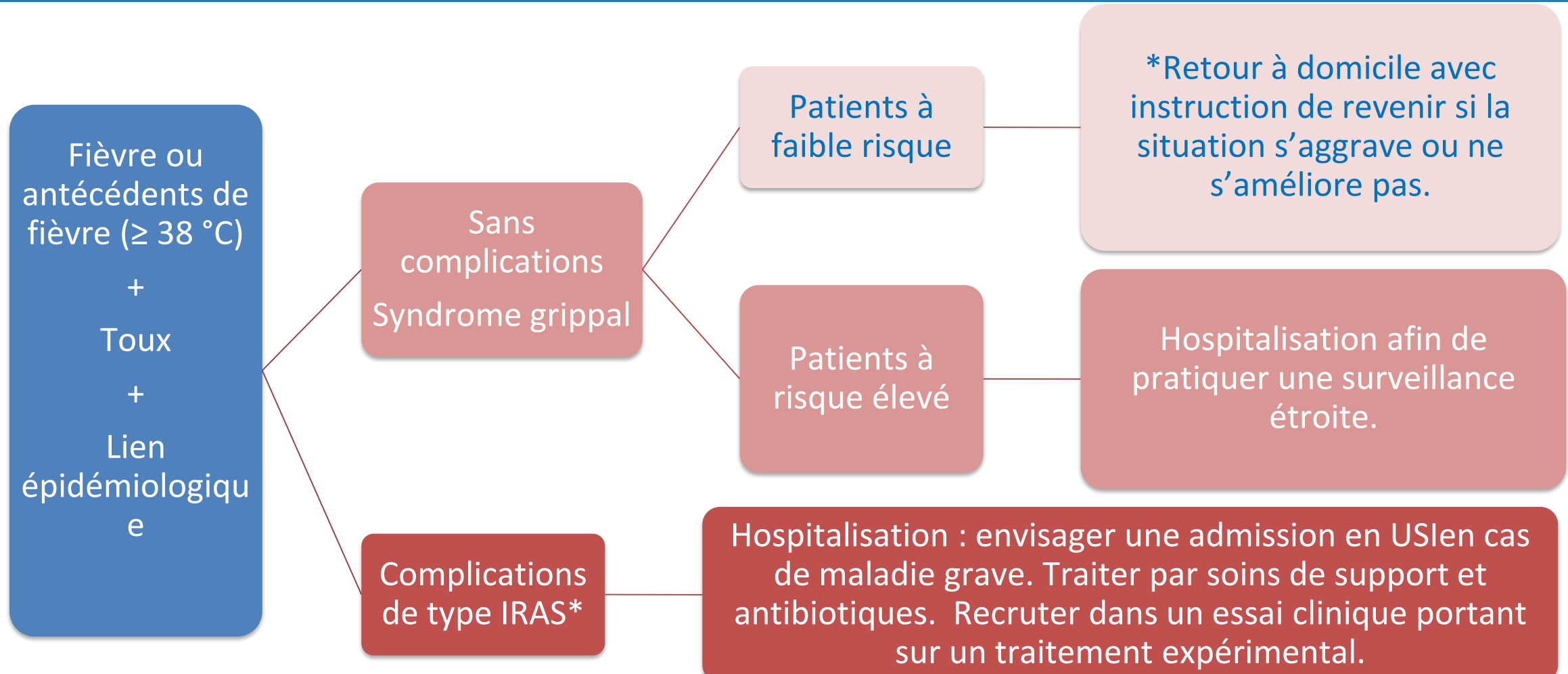
Facteurs de risque de gravité (grippe)

- **Comorbidités**
 - maladie cardiovasculaire (insuffisance cardiaque)
 - maladie pulmonaire (asthme et BPCO)
 - maladie métabolique (diabète)
 - néphropathie
 - hépatopathie
 - hémoglobinopathies
 - affection neurologique chronique (troubles neuromusculaires, neurocognitifs et convulsifs)
- **Âges extrêmes**
 - nourrissons et enfants en bas âge (< 2 ans)
 - personnes âgées (≥ 65 ans)
- **Immunodéficiences**
 - VIH, médicaments immunosuppresseurs, cancers
- **Situations particulières**
 - enfants sous traitement chronique par aspirine
 - grossesse (jusqu'à 2 semaines postpartum)

Une hospitalisation doit être envisagée pour les groupes à risque élevé, même en cas de maladie bénigne, afin de pratiquer une surveillance étroite pour détecter toute détérioration et administrer rapidement un traitement.



Evaluer les patients avec une infection respiratoire aiguë (suspicion de COVID-19)



* Des soins à domicile peuvent être envisagés dans les cas où le système de santé est dans l'incapacité d'isoler les patients dans des établissements de soins. Se référer aux directives sur les soins à domicile de l'OMS: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance>

Formes non compliquées

- Symptômes non spécifiques :
 - fièvre et toux pendant les 10 jours écoulés
 - mal de gorge, congestion nasale ou rhinorrhée
 - céphalées, myalgies ou malaise
 - diarrhée ou vomissements
 - Les patients âgés ou immunodéprimés peuvent présenter des symptômes atypiques et ne pas avoir de fièvre.
- Un patient avec une forme non compliquée **n'a pas** de signe de :
 - déshydratation
 - dyspnée
 - sepsis.



Symptômes cliniques suggérant l'infection respiratoire aiguë sévère (IRAS)

- Diminution d'activité, vertiges, oligurie
- Gêne respiratoire s'aggravant, cyanose, expectorations sanglantes, douleurs thoraciques, respiration bruyante.
- Confusion, léthargie, coma, faiblesse, convulsions.
- Fièvre élevée persistante et des autres symptômes durant plus de 3 jours sans amélioration.
- Les enfants peuvent présenter une difficulté à s'alimenter, diarrhée et vomissements.

Éduquez les membres des communautés pour qu'ils consultent immédiatement un médecin si l'un de ces symptômes se manifeste.

Signes cliniques suggérant l'infection respiratoire aiguë sévère (IRAS)

- Détresse respiratoire :
 - respiration rapide, essoufflement, mise en jeu des muscles respiratoires accessoires, cyanose, geignement, tirage sous-costal important, sifflement, stridor.
- Instabilité cardio-circulatoire : retard de recoloration capillaire, pouls faible, extrémités froides, oligurie, hypotension.
- Atteinte neurologique
 - Troubles de conscience et/ou du comportement, convulsions, irritabilité, confusion, léthargie.
- Déshydratation sévère, stridor
 - Yeux excavés, persistance du pli cutané, incapacité à boire, léthargie.

Les premiers intervenants doivent reconnaître ces signes et symptômes, commencer les soins d'urgence disponibles et aiguiller le patient malade vers l'hospitalisation.



Syndromes cliniques imposant l'hospitalisation

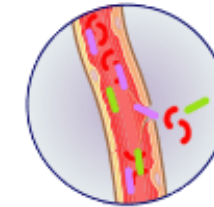
- Pneumonie grave (texte ultérieur)
- Sepsis (texte ultérieur)
- Croup et trachéite
- Déshydratation sévère
- Sur-infections bactériennes
- Exacerbations des pathologies chroniques (BPCO, Insuffisance cardiaque, diabète)



La pneumonie sévère



Le sepsis

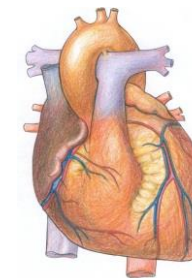


Leaky vessel

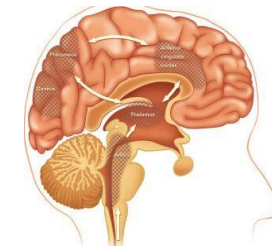
L'insuffisance rénale aiguë



La myocardite



L'encéphalite



© Dr. Harry Shulman <http://chestatlas.com/cover.htm> ,

© Janet Fong <http://www.aic.cuhk.edu.hk/web8/Anatomy%20brain%20diagrams.htm> ,

Sally Fong <http://www.aic.cuhk.edu.hk/web8/Hi%20res/Kidney%20cross%20section.jpg> ,

© Kathy Mak <http://www.aic.cuhk.edu.hk/web8/Heart%20diagrams.htm>

© OMS

Prise en charge pré-hospitalière du patient avec infection respiratoire aiguë

- Appliquez les mesures de prévention et de contrôle des infections en tout temps.
- Dispenser les soins d'urgence disponibles - appelez du secours.
- Consultez les protocoles du service médical d'urgence local.
- Organisez le transfert dans un l'hôpital doté d'un service d'isolement et d'une unité de soins intensifs (agrée COVID).

Les soins au patient avec infection respiratoire aiguë au service des urgences

- Appliquez les mesures de prévention et de contrôle des infections en tout temps.
- Dispenser les soins d'urgence disponibles - appelez du secours.
- Consultez les critères d'admission en salle et en unité de soins intensifs.
- Organisez l'admission en salle ou dans l'unité de soins intensifs.

Soins d'urgence

- Selon l'état clinique et les ressources disponibles :
 - oxygène +/- assistance respiratoire
 - Voie veineuse périphérique et réhydratation (en cas de choc septique)
 - Traitements anti-infectieux avant le transfert
 - Pratiquez les examens complémentaires appropriés (prélèvements des voies respiratoires, hémoculture, radiographie pulmonaire, hémogramme complet).

**NE RETARDEZ PAS les traitements salvateurs.
Le traitement précoce réduit la mortalité.**



Admission en unité de soins intensifs



- Les unités de soins intensifs prennent en charge les patients en état critique
 - Dysfonctionnement d'organes aigu menaçant la vie
 - Nécessité d'une surveillance intensive et continue
 - Nécessité de thérapies intensives qui ne peuvent pas être administrées en salle (oxygénothérapie, ventilation...)
 - Selon les ressources disponibles, de nombreux patients devront être admis en unité de soins intensifs.

NE RETARDEZ PAS l'admission à l'unité de soins intensifs.

Le retard est associé à un taux de mortalité élevé.

Sécurisez le transfert du patients

- Assurez-vous que les mesures de prévention et le contrôle des infections sont appliquées en tout temps.
- Assurez-vous que des diagnostics appropriés et des traitements d'urgence et que le patient est stable et prêt pour le transport.
- Sécurisez les systèmes de monitoring et traitements en continu pendant le transport.
- Assurez la transmission des documents auprès des cliniciens responsables.
- Assurez-vous que le professionnel de santé responsable est prêt.

Résumé

- Au triage, identifiez les patients avec infection respiratoire aiguë et appliquez les précautions pour la prévention et le contrôle des infections afin d'éviter une propagation aux agents de santé ou aux autres patients.
- Trier tous les patients au premier point de contact avec le système de santé avec les outils standardisés de triage.
- Identifiez les patients avec insuffisance respiratoire aiguë sévère qui nécessitent des soins d'urgence, débutez les soins d'urgence et organisez l'hospitalisation.
- Les syndromes cliniques qui exigent l'hospitalisation incluent la pneumonie sévère, le sepsis, la déshydratation sévère ou l'exacerbation d'une pathologie chronique.
- Les patients en insuffisance respiratoire aiguë sévère nécessitent un transfert sûr et rapide dans une unité de soins intensifs pour une surveillance et des soins intensifs qui ne peuvent pas être administrés en salle.

Remerciements

Contributeurs

Dr Janet V Diaz, WHO Geneve

Dr T Eoin West, University of Washington, Seattle, États-Unis

Dr Hillary Cohen, Maimonides Medical Center, New York, États-Unis

Dr Neill Adhikari, Sunnybrook University, Toronto, Canada

Dr Paula Lister, Great Ormond Street Hospital, Londres, Royaume-Uni

Dr Abdo Khoury, Hôpital médical et de traumatologie de Franche-Comté, Besançon,
France

Dr Bernard Gauzere, Institut René, Labusquière, University of Bordeaux