

|                                                                                                                        |                                                   |                           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|---------------------------|
|  Hôpitaux<br>Universitaires<br>Genève | Référentiel institutionnel médico-soignant        | Référence : HUG_000001463 |
|                                                                                                                        | Approbateur : ROULIN Marie-Jose                   | Version n° 1.0            |
| <b>Recommandation clinique : mesures de soins non-pharmacologiques de gestion de la fièvre chez l'adulte</b>           |                                                   |                           |
| Processus : Prise en charge du patient                                                                                 | Sous-processus : Prise en charge médico-soignante | Approuvé le 19/02/2026    |

## 1. Résumé

La fièvre ou pyrexie ou état fébrile (EF) est une réponse à différents stimuli infectieux ou non infectieux. Il fait partie intégrante de la réponse immune contre les pathogènes, mais il est généralement considéré comme délétère et source d'inconfort, d'où l'usage fréquent d'antipyrétiques. Très peu de données cliniques encouragent cette pratique, au contraire elles plaident pour les bénéfices de l'EF, à savoir une réponse immune améliorée, innée et adaptative, avec une croissance des pathogènes inhibée. Certains auteurs recommandent donc le traitement de l'EF uniquement dans des situations particulières, comme une atteinte neurologique ou cardiopulmonaire ou lors d'un EF d'origine non infectieuse. Les données disponibles soulignent que le traitement systématique de l'EF n'améliore pas l'évolution de la maladie, sans toutefois l'aggraver non plus, et plaident pour ne traiter que les EF mal tolérés (1, 3).

Les mesures non pharmacologiques (apports hydriques, bains, compresses, couvertures, température de la pièce, etc...) ne sont également pas recommandées, aucune étude clinique n'apportant de preuves solides. En revanche des études recommandent fortement de ne pas utiliser les poches à glace ou autres méthodes de refroidissement, ces dernières pouvant être néfastes en augmentant les besoins métaboliques, les frissons et l'inconfort du ou de la patiente (2, 3, 7, 8).

## 2. Domaine d'application et portée

L'ensemble des HUG

## 3. Rôles et responsabilités

ASA, ASSC, Infirmières-iers, Sage-femmes, Médecins

## 4. Définitions de la fièvre et de la mesure

La fièvre est une élévation de la température du corps au-delà des variations normales ( $>37.5^{\circ}$ ), réaction normale de l'organisme provoquée par l'activation des cytokines et régulée par l'hypothalamus qui empêche qu'elle n'augmente inexorablement. Le plus souvent, elle est due à une infection, mais elle peut également être due à une tumeur maligne, à une maladie inflammatoire ou à d'autres pathologies.

L'hyperthermie constitue pour sa part une élévation de la température centrale du corps, qui peut aller au-delà de  $42^{\circ}$ , due à un trouble de la thermorégulation. L'élévation de la température corporelle est un problème courant, lequel peut être dû à une maladie bénigne spontanément résolutive ou à une urgence médicale potentiellement fatale (7).

# Recommandation clinique : mesures de soins non-pharmacologiques de gestion de la fièvre chez l'adulte

## Mesure de la température :

Le choix de la méthode de mesure dépend du service et du matériel disponible. La température doit être mesurée en suivant les recommandations des fabricants du matériel utilisé. La valeur mesurée et le site de mesure doivent être documentés dans le dossier de la ou du patient. Aucune correction ne doit être appliquée à la valeur mesurée avant de l'inscrire dans le dossier.

Voici les normes en fonction du site de mesure (12,13) :

- Rectale : 36.4 à 38 °C
- Auriculaire : 35.8 °C à 38 °C
- Axillaire : 35.8 à 37.5 °C

## 5. Pertinence de traiter la fièvre

La fièvre est une réponse à différents stimuli infectieux ou non infectieux, comme les toxines, le traumatisme ou les médicaments entraînant la production de cytokines pro-inflammatoires, notamment IL-1, IL-6 et TNF $\alpha$ . Ces cytokines induisent un EF suite à la libération des prostaglandines. Dans un contexte infectieux, l'EF limite la croissance du pathogène en l'inhibant et améliore la réponse immune innée et spécifique par l'activation des globules blancs, notamment les polynucléaires neutrophiles et des lymphocytes T cytotoxiques. Il renforce également l'activité des antibiotiques (1,3).

De plus, plusieurs molécules immunomodulatrices et protectrices des cellules sont synthétisées, notamment les protéines de choc thermique protectrices.

L'élévation de la température stimule et optimise les réponses immunitaires innées et adaptatives.

**Malgré ces effets bénéfiques, la fièvre est souvent vue comme un problème à traiter immédiatement, quelle qu'en soit la cause. Pourtant, des études montrent que chez les patients et patientes atteintes de sepsis, abaisser la température augmente la mortalité, sauf en cas de températures extrêmes (hypothermie ou hyperthermie), qui nécessitent une intervention (2,3,4).**

Certaines situations particulières justifient toutefois un traitement de la fièvre : atteinte neurologique, problèmes cardiopulmonaires ou fièvre d'origine non infectieuse. L'EF peut engendrer un inconfort avec des symptômes comme frissons, céphalées, douleurs articulaires, fatigue, perte d'appétit — un antipyrétique peut être donné pour soulager la ou le patient, selon son état global (1,2).

Dans ces situations particulières (atteintes neurologiques ou cardiopulmonaires, EF d'origine non infectieuse), le traitement de la fièvre peut être indiquée. L'EF engendrant un malaise général, une augmentation du métabolisme et de la consommation d'oxygène avec des symptômes comme frissons, maux de tête, douleurs articulaires, fatigue, perte d'appétit, un traitement antipyrétique peut être envisagé pour soulager le ou la patiente, à évaluer selon l'état clinique et la santé globale de ce dernier (1,2).

En dehors de ces contextes, il n'est pas nécessaire de traiter la fièvre, du fait qu'elle est protectrice, favorisant la lutte contre les infections et contribuant à l'amélioration du pronostic des patientes et patients. De plus, en traitant un simple EF sans

# Recommandation clinique : mesures de soins non-pharmacologiques de gestion de la fièvre chez l'adulte

connaître son étiologie, le risque est de masquer d'autres signes et symptômes et retarder une prise en soins adaptée (2,3,4,5,7).

**En dehors de ces cas, traiter la fièvre n'est pas nécessaire. Elle joue un rôle protecteur en aidant à combattre l'infection et en améliorant le pronostic. La traiter systématiquement, surtout lorsqu'on ne connaît pas son étiologie, peut masquer d'autres signes et symptômes retardant une prise en soins adaptée (2,3,4,5,7).**

## 6. Gestion non pharmacologique de la fièvre

Le traitement antipyrétique est essentiellement médicamenteux.

Les mesures de refroidissement externe dans les études n'ont pas montré d'effet bénéfique. En effet le refroidissement externe agit en abaissant la température cutanée de façon plus importante que la température centrale (décalage avec la température de consigne hypothalamique), ce qui entraîne une vasoconstriction cutanée et une augmentation de la pression artérielle.

Les méthodes de refroidissement externe provoquent généralement des frissons musculaires, augmentant ainsi le métabolisme, la dépense énergétique et la consommation d'oxygène (4,5). Les poches à glace peuvent également provoquer des lésions cutanées (9,10,11), ajoutant une problématique de soins supplémentaire et de l'inconfort pour le ou la patiente (8). Aucune donnée scientifique ne démontre la plus-value des bains tièdes, des compresses froides ou du refroidissement de la pièce (5).

Étant donné le manque de données probantes, on peut se référer aux connaissances sur le processus fébrile pour déterminer que l'utilisation appropriée des mesures physiques dépend de la phase de la fièvre. Lorsque la température augmente, la ou le patient est maintenu au chaud, ce qui réduit l'énergie nécessaire pour développer la fièvre et donc son inconfort. Une fois que le ou la patiente commence à avoir chaud jusqu'aux pieds et commence à transpirer, les couvertures et les draps peuvent être retiré (5).

Il est recommandé de veiller à un apport hydrique adéquat, voire accru, afin de prévenir la déshydratation. Cependant, aucune donnée publiée ne permet de déterminer la quantité ou le type de liquide optimal à consommer en cas de fièvre (5).

## 7. Messages clés

- La fièvre est une réponse immunitaire adaptative ancestrale et bien régulée face à des stimuli infectieux et non infectieux, associée à une réduction de la croissance bactérienne et à une augmentation de la sensibilité aux antimicrobiens, conférant ainsi à une protection contre une évolution défavorable. Cependant, les températures extrêmes (hypothermie et fièvre extrême) sont associées à des complications, tant chez les patientes et patients septiques que non septiques.
- En pratique clinique courante, la croyance selon laquelle la fièvre est nocive et doit être traitée indépendamment de sa cause sous-jacente reste répandue, ce qui n'est pas étayé par les données cliniques.

## Recommandation clinique : mesures de soins non-pharmacologiques de gestion de la fièvre chez l'adulte

- Chez l'adulte, l'augmentation du métabolisme, de la consommation d'oxygène (surtout en cas de frissons) et le soulagement de la ou du patient sont les principales raisons justifiant un traitement antipyrétique, ainsi que lors de situations d'atteintes neurologiques ou cardiopulmonaires, d'EF d'origine non infectieuse. (2,4)
- Les études montrent que le refroidissement externe n'engendre pas d'effet bénéfique, au contraire il a un impact néfaste, en particulier les poches à glace (4,5).
- Maintenir la personne au chaud
- Apport hydrique adéquat pour prévenir la déshydratation
- Tenir compte de l'état clinique et de la situation globale du ou de la patiente afin d'offrir une prise en soins adaptée et maximisant le confort de la ou du patient.

### 8. Personnes rédactrices

VINCENT-SUTER Sonja, infirmière spécialiste clinique, direction des soins

### 9. Personnes relectrices et validatrices

Référentiel médico-soignant (RMS)

### 10. Liens / annexes

**1** Martinvalet, MN., Iten, A., Stirnemann, J., Etat fébrile: traiter ou ne pas traiter ?, Rev Med Suisse, 2016/535 (Vol.12), p. 1742–1746. DOI: 10.53738/REVMED.2016.12.535.1742

2.Carey JV. Literature review: should antipyretic therapies routinely be administered to patient fever? Journal of Clinical Nursing. 2010 ;19(17-18):2377-93.

**2** : Tilanus A, Villamil W. Fever in Sepsis Revisited: Is a Little Heat What We Need? Open Forum Infect Dis. 2025 Sep 30;12(10) ; doi ::ofaf608. doi: 10.1093/ofid/ofaf608.

**3** : Künzler C. Les déterminants de la dé-implantation d'un low-value care : l'utilisation de la glace dans la gestion de la fièvre en unité de médecine. Travail de mémoire, Master ès Sciences en sciences infirmières, IUFRS, 2025

**4** : Zhang Z, Chen L, Ni H. Antipyretic Therapy in Critically Ill Patients with Sepsis : An Interaction with Body Temperature. PLoS One. 2015 10(3):e0121919. doi:10.1371/journal.pone.0121919

**5** : Green C, Krafft H, Guyatt G, Martin D. Symptomatic fever management in children: A systematic review of national and international guidelines. PLoS One. 2021 Jun 17;16(6):e0245815. doi: 10.1371/journal.pone.0245815.

## Recommandation clinique : mesures de soins non-pharmacologiques de gestion de la fièvre chez l'adulte

**7** : El-Radhi ASM. Fever management: Evidence vs current practice. *World J Clin Pediatr* 2012; 1(4): 29-33 [PMID: [25254165](#) DOI: [10.5409/wjcp.v1.i4.29](#) ]

**8** : Chan EY, Chen WT, Assam PN. External cooling methods for treatment of fever in adults: a systematic review. *JBIM Evid Synth*. 2010;8(20):793.

**9** : Shin YS, Kim HJ, An JW, Lee YY. Development of Evidence-based Nursing Practice Guidelines for Cold Application in Adult Care. *Korean J Adult Nurs*. 21 juin 2018;30(3):325-45. doi : <https://doi.org/10.7475/kjan.2018.30.3.325>.

**10** : Axelrod P. External cooling in the management of fever. *Clin Infect Dis Off Publ Infect Dis Soc Am*. oct 2000;31 Suppl 5:S224-229.

**11** : Sharma L. Fever in Adults: External Cooling Methods. Adelaide (Australie): Joanna Briggs Institute (JBI); 2021. (JBI EBP Database). Report No.: JBI-ES-3620-2.

**12** : La mesure de la température en pédiatrie. *Paediatr Child Health*. 2000 Jul-Aug;5(5):281–4.

**13**: HealthLinkBC. Comment prendre la température (enfants et adultes). Disponible sur : <https://emergencycarebc.ca/wp-content/uploads/2020/06/How-take-temperature-children-adults.pdf>; 2021 [consulté le 10 février 2026]

*Cette procédure est placée sous la responsabilité de la Direction des soins et de la Direction médicale et qualité des HUG. Elle s'adresse à tous les professionnels et professionnelles de la santé travaillant aux HUG et, à titre informatif, au public dans un souci de partage de connaissances.*

*Les HUG déclinent expressément toute responsabilité en cas d'utilisation inappropriée ou illicite de ce document hors des HUG.*