

SAUGE ESTELLE & SCHNEEBERGER JENNIFER

Bachelor of Science HES-SO en soins infirmiers

# La gestion parentale de la fièvre chez l'enfant: Un défi pour l'infirmière



Photo de J. Schneeberger

Travail de Bachelor présenté à la  
Haute École de Santé La Source

LAUSANNE

2017

Directrice de travail : Madame Valentine Roulin

## Nous tenons à remercier...

Madame **Valentine Roulin**, maître d'enseignement à la Haute Ecole La Source et directrice de notre travail de Bachelor, pour son aide et son soutien tout au long de la réalisation de ce travail.

Monsieur **Christian Moillen**, infirmier à l'hôpital de Morges et notre expert de terrain, pour son intérêt pour ce projet ainsi que son évaluation.

Madame **Anne-Gabrielle Meylan**, pour avoir partagé avec nous ses idées et nous avoir guidé au début de ce travail.

Les **bibliothécaires** du Centre de documentation pour leur aide à l'élaboration de notre question de recherche, la recherche d'articles ainsi que pour leurs réponses rapides à nos diverses questions.

Nos **familles et amis** respectifs pour leur soutien infailible et leur relecture.

## Résumé

### But

La fièvre est un motif de consultation très fréquent en pédiatrie et engendre régulièrement de l'anxiété chez les parents. Le but de ce travail est de trouver et de fournir des outils aux infirmières afin qu'elles puissent favoriser l'autonomisation des parents dans le cadre de la gestion d'une poussée fébrile chez l'enfant, dans un contexte de croissance.

### Méthode

Afin de réaliser cette revue de littérature, nous nous sommes basées sur six articles trouvés sur les bases de données *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL)* et *PubMed*, suite à la combinaison de divers mots-clés et descripteurs, et grâce au *cross-referencing*.

### Résultats

L'infirmière peut intervenir sur trois thématiques ayant émergé de nos recherches. Celles-ci sont le rôle infirmier, l'*health literacy* ainsi que la *fever phobia*. Diverses interventions ont été proposées par les auteurs, comme la formation des infirmières ou la mise à jour de leurs connaissances, ceci dans le but d'augmenter le savoir des parents, tout en partant de leurs croyances et compétences pré-existantes et ceci à l'aide de brochures ou de vidéos explicatives associées à un entretien avec un professionnel de la santé. L'enrichissement de ces connaissances permettrait aux parents de diminuer leur anxiété à propos de la fièvre et donc d'être plus autonomes et efficaces dans leur prise en charge.

### Mots-clés

Fièvre – enfant – parents – rôle infirmier – enseignement – urgences – *fever phobia* – *health literacy* – anxiété – pédiatrie – éducation

*La rédaction et les propos tenus dans ce travail n'engagent que la responsabilité de ses auteures et en aucun cas celle de la Haute Ecole de La Source.*

## Table des matières

<b>1. Introduction</b>	<b>6</b>
<b>2. Problématique</b>	<b>7</b>
2.1. Contexte et origine de la question	7
2.2. Elaboration de la question de recherche	7
2.3. Intérêts pour la profession infirmière	8
2.4. Intérêts pour le système socio-sanitaire	8
2.5. Concepts théoriques	9
2.5.1. Etat fébrile	9
2.5.2. Approche systémique familiale	11
2.5.3. Fever phobia	12
2.5.4. Health literacy	12
2.6. Formulation de la question de recherche	13
<b>3. Méthode</b>	<b>13</b>
3.1. PICO(T) :	13
3.2. Base de données	14
3.2.1. Cross-referencing	15
<b>4. Processus de sélection</b>	<b>15</b>
4.1. Grille de lecture	16
<b>5. Résultats</b>	<b>16</b>
5.1. Analyse critique des articles sélectionnés	16
5.1.1. Alqudah, M., Johnson, M.J., Cowin, L., & George, A. (2014). An innovative fever management education program for parents, caregivers, and emergency nurses.	16
5.1.2. Baker, D.W., Monroe, K.W., King, W.D., Sorrentino, A., & Glaeser, P.W. (2009). Effectiveness of fever education in a pediatric emergency department.	16
5.1.3. Broome, M.E., Dokken, D.L., Broome, C.D., Woodring, B., & Stegelman, M.F. (2003). A study of parent/grandparent education for managing a febrile illness using the CALM approach.	17
5.1.4. Considine, J., & Brennan, D. (2007). Effect of an evidence-based education programme on ED discharge advice for febrile children.	18
5.1.5. Monsma, J., Richerson, J., & Sloand, E. (2015). Empowering parents for evidence-based fever management: an integrative review.	18
5.1.6. O'Neill-Murphy, K., Liebman, M., & Barnsteiner, J.H. (2001). Fever education: does it reduce parent fever anxiety ?	19
5.2. Tableaux comparatifs	21
<b>6. Discussion et perspectives</b>	<b>28</b>
6.1. Analyse des résultats et recommandations pour la pratique	28
6.1.1. Rôle infirmier	28
6.1.2. Health literacy	29
6.1.3. Fever phobia	30

6.2. Réponse à la question de recherche	30
6.3. Perspectives de recherche	31
6.4. Limites de la revue de littérature	31
7. Conclusion	31
7.1. Place de la recherche dans la profession infirmière	32
7.2. Apprentissages	32
8. Références	33
8.1. Références des articles sélectionnés	33
8.2. Liste de références	33
8.3. Liste bibliographique	35
9. Annexes	37
9.1. Grille de lecture critique	37
9.2. Tableau « feu de signalisation »	38

## 1. Introduction

Il est 14 heures, Ethan, 2 ans et demi, est couché dans son lit pour faire la sieste. Il a de la peine à s'endormir et se met à pleurer. Son papa, Nathan, vient le voir et remarque que son fils semble inconfortable et qu'il a le front chaud.

Il décide alors de prendre sa température. Après le « bip » caractéristique du thermomètre, il constate qu'Ethan a de la fièvre. Mais que faire ? Doit-il appeler le pédiatre ? Lui donner un médicament ? Se rendre aux urgences ? Nathan est perdu. Il n'a pas encore été confronté à cette situation et n'a jamais cherché à en savoir plus. Il commence donc à s'inquiéter.

Dans notre travail de Bachelor, nous tenterons de proposer des interventions relatives à la prise en charge de la poussée fébrile, destinées aux parents comme Nathan, dans l'intérêt d'une gestion autonome de leur part. Nous argumenterons l'importance de ce thème en regard de la profession infirmière et du système socio-sanitaire. Nous développerons quatre concepts que sont l'état fébrile, l'approche systémique familiale, la *fever phobia* ainsi que l'*health literacy*.

Ceci permettra d'aboutir à notre question de recherche, à laquelle nous répondrons au moyen de résultats obtenus dans divers articles issus de notre recherche sur différentes bases de données. En vue de formuler des recommandations pour la pratique infirmière, nous discuterons de ces résultats et en dernier lieu, nous proposerons des perspectives de recherche.

## 2. Problématique

### 2.1. Contexte et origine de la question

Toutes deux souhaitons poursuivre notre formation en tant que sage-femme ou trouver un poste qui aurait un lien avec l'enfant. C'est pourquoi nous avons décidé de faire ce travail en commun. Dès que notre binôme a été conçu, nous nous sommes immédiatement mises d'accord sur le fait que notre sujet aurait un lien avec le domaine de la pédiatrie, puisque celui qui nous motive le plus.

Nous avons effectué des stages dans le contexte pédiatrique durant notre formation et avons constaté que la fièvre était un motif de consultation récurrent, aux urgences, dès que le pédiatre était indisponible. A la suite de cela, nous avons remarqué que les parents manquaient souvent de connaissances à ce sujet ou qu'ils avaient une mauvaise compréhension de ce problème. Lors d'un stage, l'une de nous a rencontré des parents venus consulter pour leur enfant fébrile. Lorsque l'infirmière<sup>1</sup> leur demandait quelle température leur enfant avait, ils ne savaient répondre ou répondaient que l'enfant était fébrile rien qu'en l'ayant touché. Lors de ce stage, plusieurs familles sont venues aux urgences car elles étaient inquiètes concernant l'état de l'enfant. Cette inquiétude augmentait lorsque l'enfant était très jeune.

Notre expérience personnelle nous a également motivée à traiter du sujet de la fièvre. En effet, plusieurs de nos amis ou membres de la famille nous ont parfois demandé conseil au sujet de la santé de leur enfant, c'est ainsi qu'on a remarqué que les parents ont souvent besoin d'être rassurés, guidés et surtout informés. De nos jours, grâce à Internet, nous pouvons trouver toutes sortes d'informations : certaines plus fiables que d'autres. En revanche, lorsque nous les comparons, nous pouvons nous rendre compte qu'elles ne disent pas toutes les mêmes choses et qu'il y a souvent des divergences plus ou moins importantes. C'est pourquoi nous pouvons comprendre que les parents, comme toute autre personne, peuvent avoir besoin d'être informés par des professionnels compétents.

### 2.2. Elaboration de la question de recherche

A la suite de nombreuses lectures sur des forums destinés aux parents, des lectures professionnelles et scientifiques, nous avons réalisé qu'un sujet ressortait fréquemment : celui de l'anxiété au sujet de la fièvre. Nous avons aussi constaté que les informations étaient souvent hétéroclites, comme dit précédemment. Par exemple, nous avons pu lire des recommandations dans certains articles qui étaient décriées dans d'autres. Il serait possible d'expliquer cette inquiétude concernant la fièvre par le fait que les gens ne savent pas à quoi se fier pour traiter leur enfant. C'est à ce moment que nous nous sommes rendu compte de l'importance de l'information auprès des parents et avons décidé d'en faire notre travail. Le but n'étant pas de donner des informations sur comment gérer la fièvre mais de fournir des moyens aux infirmières pour qu'elles puissent accompagner les parents dans la gestion de l'état fébrile de leur enfant. Nous ne traiterons donc pas de l'aspect médicamenteux ou des stratégies non-médicamenteuses.

---

<sup>1</sup> La dénomination féminine s'entend également au masculin et inversement.

### 2.3. Intérêts pour la profession infirmière

Après de nombreuses tentatives de recherches et plusieurs demandes adressées à divers hôpitaux concernant le nombre de consultations aux urgences pour le motif de la fièvre chez l'enfant, nous n'avons pu établir des chiffres pour la Suisse. Toutefois, nous avons pu constater que c'était un des problèmes amenant le plus aux urgences (Turgeon, Hervouet-Zeiber, Ovetchkine, Bernard-Bonnin, & Gauthier, 2015). Nous avons finalement remarqué qu'environ 20% des enfants accueillis aux urgences l'étaient pour une maladie fébrile (Baker, Monroe, King, Sorrentino, & Glaeser, 2009; Wammanda & Onazi, 2009).

De plus, l'infirmière est souvent en première ligne aux urgences, selon le Centre hospitalier universitaire vaudois (2013), « l'infirmière d'accueil et d'orientation a pour mission première d'accueillir tout-e patient-e se présentant en urgence et d'identifier parmi eux ceux qui ont une atteinte qui menace directement leur vie ». Suite à ce tri, une infirmière va réaliser divers actes, prescrits et du rôle propre, en fonction de la situation.

D'après le référentiel des compétences spécifiques de l'infirmière de la HES-SO<sup>2</sup>, l'infirmière a plusieurs rôles, comme celui d'experte en soins infirmiers, où elle effectue des activités qui lui sont spécifiques, comme la compétence A3 qui indique qu'elle doit « soutenir et informer les patient-e-s et leur entourage et répondre à leurs besoins de formation dans le cadre du traitement et de la promotion de la santé, et de la prévention, en s'appuyant sur des connaissances scientifiques actuelles et sur les principes éthiques de la profession » (HES-SO, 2015, p.8). Cette compétence est totalement en lien avec notre thématique, puisqu'elle a le devoir d'informer les patients, de compléter leurs connaissances s'ils en ont besoin. Ici, sont regroupées d'autres aptitudes, comme celle de communicatrice, où celle-ci fait le lien entre les patients et leur entourage et les autres professionnels de la santé (compétences B4), mais également celle de promotrice de la santé (compétences E) où elle va pouvoir faire de l'éducation, de la promotion et de la prévention auprès des patients et de leur famille. Ce rôle est primordial, dans notre contexte, puisqu'il s'agit de comprendre ce que l'infirmière pourra mettre en œuvre pour les accompagner les parents dans le traitement de l'état fébrile de leur enfant.

### 2.4. Intérêts pour le système socio-sanitaire

Vilpert indique, dans le bulletin de l'Obsan de 2013, qu'entre 2007 et 2011, le nombre de consultations dans un service d'urgence en Suisse aurait augmenté de 26%, passant à 1'619'000 visites, soit quelques 4'400 par jour.

Il y est aussi expliqué l'augmentation de la fréquentation des services d'urgence par la pénurie de médecins traitants. En effet, les médecins de famille sont de moins en moins nombreux. De plus, il est connu, par expérience personnelle, que les médecins sont souvent absents un jour de la semaine et ont des horaires de bureau pour la plupart. Dans le cas où le médecin est absent, les gens auront tendance à consulter les urgences si le problème leur semble inquiétant. Or, d'après la faîtière des caisses maladies Santésuisse<sup>3</sup>, une consultation aux urgences s'élèverait en moyenne à 427.- alors

---

<sup>2</sup> Haute Ecole Spécialisée de Suisse Occidentale

<sup>3</sup> Les visites inutiles aux urgences coûtent cher (2016, 2 octobre). *Le Matin*, p. 10.



qu'une consultation chez le médecin de famille ne coûterait que 196.-. Toutefois, en l'absence de source pouvant être considérée comme fiable, ces chiffres doivent être pris avec précaution.

D'autres raisons pourraient justifier une consultation aux urgences plutôt que chez son médecin d'après le bulletin de l'Obsan : la disponibilité de ce service (ouvert 24heures/24 et 7jours/7), l'accessibilité, la situation géographique ainsi que le plateau technique à disposition. En plus de cela, la population est vieillissante et les patients vulnérables ou précarisés sont en augmentation. Après les personnes âgées de plus de 86 ans qui ont un taux de recours de 480/1'000 habitants, les enfants de moins de 6 ans seraient les seconds avec un taux de recours de 438/1'000 habitants. Cela représente une augmentation, respectivement, de 20 et 24% entre 2007 et 2011 (Vilpert, 2013).

Selon Kelly et al. (2016), le fait d'évaluer les connaissances et les croyances des parents concernant la gestion de la fièvre permettrait de leur donner des moyens fiables et sûrs pour gérer ce symptôme et cela pourrait potentiellement réduire le nombre de consultations inutiles dans les cliniques et hôpitaux ainsi que le sur ou sous-dosage d'antipyrétique. [traduction libre] (p.1)

Les antipyrétiques sont des médicaments utilisés pour traiter la fièvre. Le paracétamol et l'ibuprofène sont les deux médicaments les plus donnés aux enfants de moins de 12 ans aux Etats-Unis (Monsma, Richerson & Sloand, 2015). Toutefois, ils peuvent avoir de graves effets s'ils sont donnés en trop grande quantité. Par exemple, le paracétamol peut devenir toxique pour le foie et lui occasionner d'irréversibles lésions (Considine & Brennan, 2007). Selon O'Hayon Naïm et Escher, « aux Etats-Unis, 30'000 hospitalisations par années sont dues à un surdosage en paracétamol, dont la moitié est accidentelle » (2010, p. 1339). Ces hospitalisations occasionnent des frais supplémentaires, autant pour le patient que pour les hôpitaux et donc pour le système socio-sanitaire. C'est pourquoi, ici encore, l'éducation des patients et des parents par les infirmières est nécessaire.

## 2.5. Concepts théoriques

Afin de mieux comprendre le sujet et d'orienter notre question de recherche, nous avons choisi de traiter quatre concepts théoriques. Nous traiterons de l'état fébrile, de l'approche systémique familiale, de la *fever phobia* ainsi que du *health literacy*.

### 2.5.1. Etat fébrile

#### 2.5.1.1. Thermorégulation

La thermorégulation se fait grâce à l'hypothalamus (Marieb & Hoehn, 2010). Cette glande reçoit des messages de la part de thermorécepteurs. En fonction de ces messages, l'hypothalamus va déclencher soit le mécanisme de thermogenèse soit celui de thermolyse.

La thermogenèse se fait lorsque la température mesurée par l'hypothalamus est plus basse que la mesure de référence, habituellement à 37°C. Ceci va amener à une vasoconstriction : le sang est donc maintenu au niveau des organes profonds, ce qui permet d'éviter une perte de chaleur par la peau. Des frissons accompagnent cette diminution du calibre des vaisseaux. Puisque l'utilisation des muscles produit de la chaleur, ces mouvements involontaires vont permettre d'augmenter la température corporelle.

A l'opposé de ce processus se trouve la thermolyse. Comme son nom l'indique, il s'agit d'un mécanisme permettant d'éviter à l'organisme de surchauffer. Dès que la température centrale est trop élevée, le centre de thermogenèse est stoppé et celui de thermolyse prend le relai et deux réactions entrent en jeu, séparément ou simultanément. Il y a une vasodilatation qui permet un afflux de sang vers les membres périphériques. Arrivé à la surface de la peau, la chaleur se dissipe par rayonnement, conduction, convection ou évaporation. Le second procédé est l'augmentation de la transpiration. Lorsque la température du corps ou celle ambiante est trop élevée et qu'aucun autre moyen de refroidissement n'est possible, il va y avoir une augmentation de la sudation et donc une augmentation de l'évaporation. Cependant, lorsque l'humidité de l'air est élevée, l'évaporation est ralentie, voire impossible (Marieb & Hoehn, 2010).

#### 2.5.1.2. Fièvre

C'est l'un des symptômes cardinaux en pédiatrie, défini par une réaction de défense de l'organisme à des micro-organismes, déclenchée par des substances pyrogènes (Ball & Bindler, 2010 ; Marieb & Hoehn, 2010).

Certaines étapes du développement peuvent présenter de la fièvre, sans que cela ne soit inquiétant. C'est le cas lors d'une poussée dentaire, de maladies comme les infections des voies respiratoires supérieures ou après une vaccination. (Kaye, 2012 ; Turgeon et al., 2015 ; Waterston, 2012).

On considère une personne comme fébrile dès que sa température dépasse les 38°C (Gehri et al., 2014 ; Turgeon et al., 2015).

Les macrophagocytes vont libérer des pyrogènes, substances ayant une action sur l'hypothalamus, ce qui va provoquer une libération de prostaglandines qui vont remonter la valeur du thermostat de l'hypothalamus et la fixer à une température au-dessus de la norme, habituellement autour de 37°C. Ceci va déclencher les mécanismes de la thermogenèse et se manifester par des frissons et une vasoconstriction qui va entraîner une diminution de l'irrigation périphérique (Ball & Bindler, 2010 ; Turgeon et al. 2015). Cela explique que l'on recommande la prise de médicaments qui inhibent la production de prostaglandines, comme le paracétamol ou l'ibuprofène, pour faire baisser la fièvre (Marieb & Hoehn, 2010).

La température va augmenter jusqu'à atteindre la nouvelle valeur de référence et se maintenir jusqu'à ce que les défenses naturelles de l'organisme ou un traitement approprié, comme des antibiotiques, « inversent le processus morbide en cause » (Marieb & Hoehn, 2010, p. 1106). Certains messagers chimiques, les cryogènes, empêchent que la température ne devienne trop importante. La valeur de référence du thermostat redescend, ce qui permet aux mécanismes de thermolyse de s'activer. Transpiration, rougissement et échauffement de la peau par vasodilatation indiquent que la température diminue (Marieb & Hoehn, 2010).

Les signes cliniques de la fièvre sont des frissons, une diaphorèse, une perte d'appétit, une diminution de l'état général, un amaigrissement et une fatigue. Une certaine agitation et irritabilité sont possibles. Ces signes sont souvent accompagnés d'autres troubles pouvant indiquer la cause de

la fièvre : troubles digestifs, maladies de la sphère ORL<sup>4</sup>, maladies au niveau pulmonaire, infections urinaires, etc. (Ball & Bindler, 2010).

La fièvre peut occasionner des complications pouvant avoir des répercussions sérieuses, comme les convulsions fébriles, lorsque la température monte brusquement, ou une déshydratation, très rapide chez les enfants en bas âge. Le risque est qu'une chaleur excessive peut dénaturer les enzymes et les protéines et risque d'endommager le cerveau de manière permanente. La fièvre peut aussi être un indicateur d'une maladie grave, comme la méningite (Turgeon et al., 2015). Cette dernière peut amener à des complications extrêmement sérieuses, comme un handicap mental, l'épilepsie ou une perte d'audition, voire la mort (Ball & Bindler, 2010 ; Kaye, 2012 ; Waterston, 2009). Les signes cliniques, parfois peu caractéristiques, surtout chez les enfants de moins de trois mois, sont une fièvre élevée, une raideur de la nuque, des vomissements, une photophobie, une somnolence mais également des céphalées ou une fontanelle bombée (Ball & Bindler, 2010 ; Gehri et al., 2014 ; Turgeon et al., 2015). Un autre signe est l'apparition de taches violacées ne disparaissant pas lors de vitropression<sup>5</sup> (Kaye, 2012 ; Waterston, 2012). Cette affection plutôt rare est nommée *purpura fulminans* et doit être considérée comme une extrême urgence. Il s'agit d'une lésion hémorragique, où le sang passe dans les tissus, causée par une coagulation intravasculaire disséminée (CIVD). Ceci entraîne une coagulation et une nécrose des tissus environnants (Ball & Bindler, 2010 ; Gehri et al., 2014 ; Turgeon et al., 2015).

Néanmoins, la fièvre peut être bénéfique puisqu'elle mobilise le système immunitaire en produisant des neutrophiles et en faisant proliférer les lymphocytes T, qui sont tous deux des globules blancs. En plus de cela, les bactéries ont besoin de fer et de zinc. Or, lors d'une poussée de température, le foie et la rate retiennent ces éléments. Aussi, cette hausse de température augmente la vitesse du métabolisme, ce qui accélère le processus de guérison (Marieb & Hoehn, 2010).

### 2.5.2. Approche systémique familiale

En 2007, Duhamel disait de l'approche systémique que :

Le but ultime des interventions systémiques consiste à aider la famille à trouver ses propres solutions pour soulager la souffrance [...] émotionnelle qu'engendre une problématique de santé et d'accroître sa compétence devant les défis et les difficultés qu'elle affronte. Ainsi, lorsque la famille a davantage confiance en ses habiletés, elle accroît son autonomie par rapport au système de santé. (p.65)

En fonction de la problématique de santé, chacun développe ses propres croyances qu'il considère comme étant la « réalité » ou la « vérité » et celles-ci orienteront ses actions vis-à-vis de cette situation (Duhamel, 2007).

Wright, Watson et Bell proposent comme interventions infirmières :

Faire ressortir les croyances facilitantes de la famille, qui permettent d'accroître son répertoire de solutions au problème ; ébranler les croyances contraignantes qui

---

<sup>4</sup> ORL signifie oto-rhino-laryngologie.

<sup>5</sup> Technique, utilisée en dermatologie, consistant en l'application d'un morceau de verre sur une lésion.

semblent restreindre ce répertoire de solutions et contribuer à la souffrance; susciter la réflexion des membres de la famille afin de co-créeer ou développer de nouvelles croyances plus propices à l'adaptation de la famille confrontée à une problématique de santé. Toutefois, dans les conversations thérapeutiques, ce ne sont pas seulement les croyances des familles qui jouent un rôle important, mais également celles de l'infirmière, car elles déterminent également la nature de sa participation. (1996, cité dans Duhamel F., 2007, p.65)

Duhamel (2007), démontre que les infirmières ont du pouvoir sur l'expérience des familles, elles qui sont souvent très vulnérables face à une problématique de santé. Au vu des résultats de recherche et d'expériences cliniques qu'elle a mené, l'auteure suggère que l'on reconnaisse premièrement leur EXISTENCE, puis leur EXPERIENCE et EXPERTISE et finalement leur besoin d'ESPOIR afin de les soulager de leurs souffrances. Soit reconnaître les trois « EX » et le besoin d'espoir ou les quatre « E », typologie qui peut servir d'aide-mémoire aux infirmières.

L'infirmière aide à créer un contexte propice au changement, en favorisant un échange d'informations qui permet aux membres de la famille de réviser leur « réalité », d'activer leurs ressources internes et externes afin de les aider à découvrir les meilleurs moyens pour s'adapter à la problématique de santé (Duhamel, 2007).

### 2.5.3. Fever phobia

Le terme de *fever phobia* a été décrit par un pédiatre, le Dr. Barton Schmitt en 1980 et cela définit un sentiment fréquemment ressenti par les parents lorsque leur enfant est fébrile. Ce sentiment, comme son nom l'indique, reflète une peur excessive et démesurée de la fièvre, comme une phobie. Cette peur est souvent infondée et mène souvent à une consultation aux urgences ou chez le pédiatre ainsi qu'à une administration de traitements médicamenteux (Crocetti, Moghbeli, & Serwint, 2001). L'étude de Schmitt était basée sur la compréhension de 81 parents accompagnant leur enfant pour de la fièvre. La plupart étaient inquiets avec des températures de 38.9°C, voire moins. Plus de la moitié pensaient qu'une fièvre à 40°C pouvait causer de sérieux problèmes au niveau neurologique et par conséquent, plus de 85% traitaient ce symptôme de manière agressive, en donnant des antipyrétiques avant que la température n'atteigne 38.9°C. Schmitt affirme que la plus grande préoccupation des parents à propos de la fièvre n'était pas justifiée et que l'éducation à la santé pour contrer cette peur devrait faire partie des soins pédiatriques de routine. [traduction libre] (1980, p. 176)

Cela montre que, bien que cela fasse bientôt 40 ans, les inquiétudes sont toujours les mêmes et qu'il est primordial pour les soignants d'éduquer les parents et de leur fournir les outils nécessaires afin qu'ils puissent s'occuper de manière adéquate de la fièvre de leur enfant. Ceci autant pour leur éviter le stress engendré par la maladie mais également pour épargner aux malades les risques et les conséquences des traitements employés.

### 2.5.4. Health literacy

Ce concept peut être traduit comme les connaissances en santé mais pour des questions d'exactitude, nous l'utiliserons en anglais. Selon Emmerton et al., il comprend les habiletés d'un individu à obtenir, comprendre et appliquer ou interpréter des informations concernant la santé et ainsi pouvoir prendre des décisions liées. Ces capacités ont un impact sur l'accès et l'adhésion aux

soins. De plus, si ces connaissances sont limitées, elles peuvent affecter la vie quotidienne des individus : ils risquent de poser moins de questions puisqu'ils trouveront les informations compliquées à comprendre et les interpréteront de manière inexacte. Cependant, ces capacités sont requises pour prendre soin de jeunes enfants, puisque les parents ou les personnes s'en occupant sont ceux qui interprètent les symptômes et prennent des décisions concernant leur gestion. [traduction libre](2014, p. 303)

D'après Morrison, Myrvik, Brousseau, Hoffmann et Stanley (2013), une relation entre l'*health literacy* et le recours aux urgences est clairement établie pour les adultes mais peu d'études ont évalué ce lien en pédiatrie. Ce bas niveau de connaissances peut affecter la compréhension concernant les diagnostics, les traitements et le suivi des patients. [traduction libre] (p.422)

Les auteurs rejoignent les dires d'Emmertson et al. à propos de l'importance des connaissances et capacités des parents lors de consultations pour un enfant mais ils avouent que peu d'études ont été menées sur ces habiletés (Morrison et al., 2013).

Le terme *health literacy* a évolué au fil des décennies. Les premiers travaux se focalisaient sur les capacités individuelles et sur des produits spécifiques comme des brochures ou des documents. Les auteurs préfèrent le décrire comme multidimensionnel. Il inclut les deux systèmes et leurs complexités relatives. Les individus peuvent être des patients ou des membres de la famille et les fournisseurs d'informations peuvent être représentés par des professionnels de la santé, des développeurs de protocole, des compagnies d'assurances ou des groupes pharmaceutiques. [traduction libre](Pleasant et al., 2016, p.1)

## 2.6. Formulation de la question de recherche

Grâce à cette base théorique, nous sommes maintenant à même de pouvoir poser notre question de recherche qui est la suivante :

Quelles interventions l'infirmière des urgences peut-elle mettre en œuvre pour favoriser l'autonomie des parents dans la gestion de la poussée fébrile chez leur enfant dans un contexte de croissance ?

## 3. Méthode

Dans ce chapitre, nous vous exposons la stratégie adoptée pour la recherche d'articles scientifiques sur les différentes bases de données.

### 3.1. PICO(T) :

Afin de trouver les mots-clés de notre question de recherche, nous avons employé une méthode appelée PICOT. Ce sont les abréviations des termes anglais suivants :

- P : *population* = population ciblée
- I : *intervention* = intervention
- C : *comparison* = comparaison
- O : *outcomes* = résultats
- T : *time* = temps

Dans le cadre de ce travail, le C ne correspond pas à une comparaison puisque nous n'en cherchons pas mais plutôt au contexte dans lequel notre question de recherche s'installe. Nous n'avons pas de T, puisque nous ne menons aucune expérience et qu'ainsi nous n'avons pas la nécessité de délimiter une durée.

Suite à l'élaboration de ce PICO(T), nous avons traduit les termes trouvés en anglais puis en descripteurs<sup>6</sup> CINAHL (*Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*) et MeSH (*Medical Subject Heading*), ceci afin de pouvoir trouver une équivalence entre notre question de recherche et les articles des bases de données. Les différents termes sont développés dans le tableau ci-dessous.

	PICO(T)	Mots en français	Mots traduits en anglais	Descripteurs MeSH ou CINAHL
<b>P</b>	Parents	Parent/s, Proche/s, Parental	parents	Parent/s, Parenthood
<b>I</b>	Fournir des outils aux parents concernant la fièvre	Intervention, éducation, enseignement, gestion  Fièvre, état fébrile, pyrexie, hyperthermie, température	Education Teaching Health education  Fever	Educational activity, literacy program, education  Fever/s, hypothermia/s, pyrexia/s, febrile
<b>C</b>	Pédiatrie	Pédiatrie, pédiatrique, enfant/s, bébé/s	Child, infant (1-23 mois), pediatrics	Child, children, infant/s, pediatric/s
<b>O</b>	Diminution de l'anxiété des parents face à l'état fébrile de l'enfant. Adéquation de la prise en charge	Anxiété, angoisse, inquiétude, peur/s, phobie, craintes/, appréhension/s, panique	Anxiety Panic Fear	Anxiety/ies, Anguish, Panic/s, Fear/s

Après avoir trouvé les descripteurs, nous les avons associés de différentes manières en employant des opérateurs booléens qui permettent de restreindre (*and* = et) ou d'élargir (*or* = ou) la recherche. Un filtre a également été appliqué, celui de la date. Nous avons décidé de nous limiter aux articles parus après l'an 2000 mais les critères d'inclusion et d'exclusion seront traités ultérieurement.

### 3.2. Base de données

Afin de trouver de la littérature scientifique, nous avons consulté plusieurs bases de données, principalement en lien avec la santé. Celles que nous avons le plus employées sont CINAHL (base de données spécialisée dans les sciences infirmières) ainsi que PubMed (spécialisée dans le domaine biomédical).

<sup>6</sup> « Un descripteur est un terme normalisé servant à décrire, à qualifier de manière précise et spécifique le contenu d'un document » (Favre & Kramer, 2013, p.25).

Nous avons également fait des recherches sur la Base de Données en Santé Publique (BDSP), *Embase* (domaine biomédical et pharmacologique) ainsi que la *Cochrane Library* (base de données centrée sur les *evidence-based practices*) et la *Joanna Briggs Institute Library* (domaine des *evidence-based nursing*) mais n'avons pas eu de résultat probant.

Ci-dessous l'équation de recherche ayant permis de trouver le plus de résultats concluants.

Equation de recherché	Nombre de résultats trouvés	Nombre d'articles exclus par le titre ou la langue d'origine	Nombre d'articles exclus par l'abstract	Nombre d'articles retenus	Date de la dernière consultation
<b>((MW"Parents") OR parental OR (MH"professional-Family Relations") AND (MM"Fever") OR (MH"Temperature"))</b>	154	96	54	4	15.05.2017

### 3.2.1. Cross-referencing

Sur la base des articles trouvés, nous avons analysé chacune de leur bibliographie pour éviter de passer à côté de références importantes en lien avec notre problématique mais qui ne seraient pas ressorties lors de nos recherches sur les bases de données. Ceci nous a permis d'étoffer notre recueil d'articles.

## 4. Processus de sélection

Afin de pouvoir sélectionner au mieux nos articles, nous avons élaboré des critères d'inclusion et d'exclusion que nous vous présentons ci-dessous.

<b><u>Inclusion</u></b>	<b><u>Exclusion</u></b>
Article contenant au moins un descripteur de la fièvre	Le titre n'a pas la fièvre comme sujet principal
Abstract pertinent	Abstract non pertinent
Article compris dans les années 2000 à 2017	Article datant d'avant 2000
Article proposant des interventions d'éducation destinées aux parents ou personnes prenant soin d'enfants	Article ne proposant pas d'interventions éducationnelles
Article en français ou en anglais	Article dans une autre langue que le français ou l'anglais
Au moins un des auteurs est infirmier	Aucun auteur n'est infirmier
	Article traitant de l'emploi d'antipyrétiques dans le titre
	Article traitant de convulsions fébriles
	Article traitant d'enfants ayant une pathologie connue avant l'état fébrile

Malgré le fait qu'un de nos critères d'exclusion soit l'absence d'auteur infirmier, nous avons fait une exception. En effet, après la lecture de l'article et une discussion, nous nous sommes rendu comptes qu'il était tout à fait possible d'appliquer, en tant qu'infirmière, les recommandations données.

#### 4.1. Grille de lecture

Après avoir effectué un premier tri grâce à nos critères susmentionnés, nous avons créé une grille de lecture critique<sup>7</sup> nous permettant de synthétiser les articles en faisant ressortir les éléments nous paraissant importants. Pour réaliser cette grille, nous nous sommes inspirées de celle reçue lors du module Recherche 2.1 ainsi que celle de Côté, Mercure et Gagnon (2005). La réalisation de ces grilles nous a permis d'économiser un temps précieux, puisqu'il n'était plus nécessaire de relire les articles.

### 5. Résultats

#### 5.1. Analyse critique des articles sélectionnés

##### 5.1.1. Alqudah, M., Johnson, M.J., Cowin, L., & George, A. (2014). An innovative fever management education program for parents, caregivers, and emergency nurses.

Publiée dans le *Advanced Emergency Nursing Journal*, cette revue de littérature a pour but de créer un outil ou un programme d'éducation pour les parents et les *caregivers*<sup>8</sup> dans le cadre de la fièvre chez l'enfant. Elle a été réalisée par trois infirmiers et un dentiste.

Pour ce faire, ils ont commencé par définir la portée de l'information en santé grâce à une revue de la littérature. Puis, ils ont sélectionné le moyen approprié afin de présenter ces messages. Les auteurs ont ensuite développé des schémas ou des symboles afin de représenter les points-clés. Par la suite, ils ont réfléchi à la présentation de l'information à l'aide d'un langage courant et syntaxiquement simple. Ils ont finalement évalué son niveau de lisibilité.

Aucune référence à des critères éthiques n'a été faite mais il est possible d'expliquer cela par le fait qu'aucune intervention auprès d'humain n'ait été effectuée.

Nous avons choisi cette revue de littérature car l'éducation des patients est l'une des tâches principales de l'infirmière. De plus, elle fournit différentes pistes d'intervention pour en faire aux parents. Cette revue nous démontre que faire une simple introduction sur les instructions en santé peut aider à réduire les futures consultations des parents aux urgences.

##### 5.1.2. Baker, D.W., Monroe, K.W., King, W.D., Sorrentino, A., & Glaeser, P.W. (2009). Effectiveness of fever education in a pediatric emergency department.

Avec comme but d'évaluer l'impact d'une courte vidéo éducative montrée aux parents d'enfants fébriles lors de leur visite aux urgences, cette étude quantitative parue dans le *Pediatric Emergency Care* a été effectuée par quatre médecins et un pharmacien. Les auteurs avaient comme hypothèse qu'une telle vidéo pourrait réduire le nombre de retour aux urgences pour d'autres épisodes de fièvre.

---

<sup>7</sup> Disponible en annexe.

<sup>8</sup> On entend par ce terme, toute personne susceptible de procurer des soins. Par exemple : parent, grands-parents, famille etc.



Ils ont recruté 280 personnes prenant soin d'enfants fébriles âgés de 3 à 36 mois. Tous les enfants ont été considérés par l'infirmière du tri comme non-urgents. Les parents ou proches des enfants ont rempli, après avoir signé un consentement écrit, un pré-test composé de huit questions sur la fièvre, ses normes, ses risques et traitements. Après cela, le groupe a été divisé en parts égales. Une moitié a visionné une vidéo sur la gestion de la fièvre à domicile et l'autre, une vidéo sur la sécurité à la maison et en voiture. Après le visionnage de ces vidéos, les participants ont à nouveau répondu aux huit mêmes questions.

Les limites de cette étude sont un échantillon sélectionné dans un seul département des urgences, les auteurs évoquent également la possibilité que les personnes aient consulté un médecin plutôt que de revenir aux urgences. Une autre limite possible est qu'il n'a pas été demandé aux participants s'ils venaient consulter pour la fièvre principalement ou s'il y avait d'autres symptômes. Toutefois, tous ont dit que leur visite était liée à la fièvre.

Nous avons décidé de conserver cet article car, suite à la lecture du titre et à l'abstract, il permet, en partie, de répondre à notre problématique et bien qu'il n'ait pas été réalisé par des infirmières, il amène des propositions d'intervention pour éduquer les parents sur la fièvre qui seraient tout à fait adaptables dans notre contexte.

### **5.1.3. Broome, M.E., Dokken, D.L., Broome, C.D., Woodring, B., & Stegelman, M.F. (2003). A study of parent/grandparent education for managing a febrile illness using the CALM approach.**

Publiée dans le *Journal of Pediatric Health Care*, cette étude quantitative a pour but d'examiner l'efficacité d'un programme d'éducation en matière de gestion de la fièvre en utilisant l'approche CALM (*Check, Assess, Lower, Monitor*, soit vérifier, évaluer, diminuer, monitorer) afin d'accroître les connaissances, la confiance, le confort et la satisfaction des parents et des grands-parents. Elle a été effectuée par deux infirmières, une avocate, un médecin et la présidente des services de recherches associées.

A ces fins et après approbation du comité d'examen institutionnel local, les auteurs ont recruté des parents et grands-parents dans six différents sites, parlant anglais et s'occupant d'enfants âgés de 3 mois à 6 ans. Avant de commencer, ils ont récolté les données de base auprès de la même population ayant reçu des soins standards. Ils ont ensuite été séparés en deux groupes, le premier visualisant une vidéo et une brochure juste avant leur départ des urgences (CALM1), le second visualisant la même vidéo et recevant la brochure avant de voir un professionnel de la santé en ayant l'opportunité d'en discuter pendant la visite (CALM2). La brochure contient des informations pour comprendre ce qu'est la fièvre, comment l'évaluer et les signes devant amener à une consultation chez un médecin. Elle contient également des solutions pour diminuer la température et comment suivre l'évolution de l'enfant. La vidéo renforce ces informations. Des questionnaires ont été remplis avant l'intervention puis entre 24 et 72 heures après ainsi que un, trois et six mois plus tard, par téléphone, afin d'évaluer le programme proposé.

Comme limites, les auteurs parlent de l'effet de test pour le groupe de contrôle : à force d'être questionné sur les mêmes informations, les participants ont pu faire leurs propres recherches sur le sujet. Il est également possible que les groupes CALM1 et CALM2 se soient référés à la brochure uniquement pour la période de récolte des données, de manière à répondre correctement aux questions posées. D'autres limitations ont été évoquées comme le niveau relativement élevé de la

brochure qui inclut des termes médicaux pouvant rendre difficile leur compréhension ou encore le fait que ce soit un report de connaissances et pas une évaluation de leur pratique, chose qui peut grandement modifier les résultats.

Nous avons gardé cet article car il propose un outil, l'approche CALM, pour former les parents et grands-parents. Cet outil semble facilement applicable et généralisable à d'autres populations. Les résultats sont satisfaisants et permettent de répondre en partie à notre question de recherche.

#### **5.1.4. Considine, J., & Brennan, D. (2007). Effect of an evidence-based education programme on ED discharge advice for febrile children.**

Publiée dans le *Journal of Clinical Nursing*, cette étude quantitative réalisée par deux infirmières cliniciennes a pour but d'examiner l'effet d'une intervention éducative auprès d'infirmières puis destinée aux parents lors de leur départ des urgences avec un enfant fébrile.

Pour cela, les auteures ont réalisé un pré-test auprès de vingt-deux familles, suivi de deux cours donnés aux infirmières des urgences puis d'un post-test, toujours destiné aux parents, où dix-huit familles ont répondu. Avant la participation, les parents ont signé un consentement écrit et l'étude a été approuvée par les ressources humaines et le comité d'éthique de l'hôpital. Ces tests, composés d'entretiens téléphoniques structurés d'environ trente minutes, avaient pour but d'évaluer les conseils que les parents recevaient de la part des infirmières après leur visite aux urgences pour l'état fébrile de leur enfant. Les cours donnés aux infirmières étaient basés sur ce qu'est la fièvre et ce qui l'entoure, ainsi que sa gestion, ses traitements, ses effets positifs et négatifs.

Cette étude avait comme limite la taille de l'échantillon, relativement petit et les possibles biais de sélection. Elles ont décidé de n'inclure que les parents parlant, écrivant et comprenant l'anglais, ceci pour s'assurer d'une bonne compréhension de l'objectif de l'étude. Néanmoins, cette limite est surtout liée au budget alloué à l'étude, le montant du salaire des traducteurs étant au-delà de la portée de celle-ci.

Cet article a été retenu puisqu'il démontre l'importance d'instruire les infirmières afin qu'elles transmettent leur savoir. Cela leur permet d'obtenir des informations valables, actualisées et basées sur des preuves et pas uniquement sur des opinions. Les parents étant souvent très inquiets pour leur enfant lorsqu'il est malade, il est judicieux que les infirmières leur donnent des informations précises et justes leur permettant d'être moins anxieux et donc de pouvoir gérer ce symptôme plus efficacement et de manière plus sûre.

#### **5.1.5. Monsma, J., Richerson, J., & Sloand, E. (2015). Empowering parents for evidence-based fever management: an integrative review.**

Cette revue de littérature intégrative, publiée dans le *Journal of American Association of Nurse Practitioners*, est écrite par une infirmière en pédiatrie, une pédiatre et une professeure. Le but de cet article est d'analyser la littérature sur les interventions éducatives qui permettent aux parents de gérer la fièvre de leur enfant avec des stratégies basées sur les preuves et en évitant la *fever phobia*.

Concernant la méthodologie utilisée, les auteures ont consulté diverses bases de données, telles que *PubMed*, *CINAHL*, *Embase*, *Cochrane Review*, *Web of Science*, *PsychInfo*, *Medline Plus*, *Joanna Briggs Institute* et *Google Scholar*, en utilisant les mots-clés : *fever phobia*; *fever and children and parent*;

*health knowledge, health literacy, attitudes, and practice; and fever, culture, ethnology, social class, and education.* Les critères d'inclusion pour cette revue sont des études publiées en anglais, entre 1980, depuis l'étude du Dr Schmitt, et 2011, incluant des enfants de 3 mois à 18 ans et traitant de *fever phobia*, de croyances parentales et de pratiques liées à la fièvre ainsi que des interventions visant à augmenter les connaissances parentales et à diminuer cette peur de la fièvre. Après une rigoureuse sélection, seuls dix-huit articles ont été retenus.

Les auteures citent comme limites le fait que la plupart des études utilisées soient non-expérimentales ou quasi-expérimentales et basées sur des auto-évaluations de parents, donc des données considérées comme subjectives. Certaines études ont des échantillons de petite taille et sont originaires de pays autres que les Etats-Unis, ce qui pourrait être difficilement généralisable pour les états américains.

Tout comme l'article numéro 1, aucun critère éthique n'est cité dans celui-ci mais ceci pourrait être explicable pour la même raison que le document pré-mentionné.

Nous avons décidé de sélectionner cet article car son titre reflète parfaitement notre question de recherche. De plus, cette revue de littérature couvre plus de trente ans de recherches et propose diverses interventions pour la gestion de la fièvre qui seraient applicables dans notre domaine d'action.

#### **5.1.6. O'Neill-Murphy, K., Liebman, M., & Barnsteiner, J.H. (2001). Fever education: does it reduce parent fever anxiety ?**

Il s'agit d'une étude quantitative, publiée dans le *Pediatric Emergency Care*, qui a pour but de déterminer si un programme d'éducation interactif ou écrit réduirait l'anxiété des parents concernant la fièvre. Elle a été écrite par trois infirmières américaines.

Elles ont décidé de mener une étude quasi-expérimentale à l'aide d'un pré-test et d'un post-test qui avait pour but de déterminer le niveau d'anxiété des parents à l'aide d'une échelle de visage, échelonnée de un à cinq, cinq étant une anxiété sévère. L'échantillon était composé de 87 parents et de leur enfant, âgés de 3 mois à 5 ans, présentant une fièvre supérieure à 38,4°C et sans la présence de pathologie sérieuse. Ils furent séparés en deux groupes : un groupe d'intervention qui a reçu une feuille informative sur la fièvre et pu en discuter avec les professionnels de la santé, ainsi qu'un groupe de contrôle qui, lui, a uniquement reçu la feuille informative.

Les parents devaient savoir parler anglais pour pouvoir participer à cette étude, ce qui pourrait être une limite. Cette étude a été menée auprès d'une population afro-américaine avec un faible statut socio-économique, qui utilise les urgences comme premier recours. Les résultats peuvent donc être variables chez une population avec un statut socio-économique plus élevé et chez un type de population différent, ces résultats ne sont donc pas forcément généralisables.

Une limite possible pour cet article, de notre point de vue, est qu'il ne parle à aucun moment d'éthique. Bien que l'intervention, mise en place pour cette étude, ne soit pas des plus contraignantes, les chercheuses auraient du faire signer un consentement de participation.

Nous avons décidé de garder cet article car il démontre le besoin en information des populations ayant un faible statut socio-économique. Il est intéressant car il révèle que donner de simples

informations à l'aide de tract sur la fièvre permet de diminuer significativement l'angoisse des parents. Cependant, les auteures nous disent qu'il est difficile d'évaluer l'impact sur le nombre de consultation aux urgences, à cause de la difficulté de recontacter les parents.

## 5.2. Tableaux comparatifs

Buts de l'étude	Résultats principaux	Intérêts pour notre problématique
<p>An innovative fever management education program for parents, caregivers, and emergency nurses. (2014) Alqudah, M., Johnson, M. J., Cowin, L., &amp; George, A.</p>		
<p>Décrire le développement d'un programme d'éducation, d'information sur la fièvre avec un langage compréhensible pour tous, notamment pour ceux qui ont peu de connaissances en santé.</p>	<p><b>Rôle infirmier :</b> L'éducation des patients est une des tâches majeures de l'infirmière et le simple fait d'avoir une introduction à des connaissances relatives à la santé peut faire diminuer le nombre de consultations aux urgences de parents ou <i>caregivers</i> ainsi que les hospitalisations.</p> <p>Les infirmières ont souvent une influence sur les connaissances et action des patients, elles ont un rôle de modèle. Les informations de ce programme leur permettraient donc d'appuyer leur enseignement sur des instructions basées sur des preuves.</p> <p>Leur fournir des outils pour faire de l'éducation aux patients pourrait économiser du temps et des efforts. Cela permettrait également d'accroître leur productivité et ainsi améliorer la qualité des soins prodigués.</p> <p><b>Health literacy :</b> Les programmes ou le matériel d'informations concernant la santé sont souvent écrits à un tel niveau que la population en général ne peut comprendre. Les gens, qu'importe leur niveau d'études, préfèrent un langage simple pour ce genre d'instructions.</p>	<p><b>Éléments pertinents pour la proposition d'interventions :</b> La vidéo ainsi que la brochure seraient visionnables dans d'autres endroits que les urgences, comme les lieux de premiers soins ou dans divers lieux où pourrait se trouver des enfants fébriles, comme des crèches, des centres communautaires ou des bibliothèques.</p> <p>Les auteurs pensent que ce genre de programme éducatif augmenterait les connaissances des parents, améliorerait les pratiques et réduirait les consultations inappropriées pour de la fièvre aux urgences.</p> <p>Ce programme est bénéfique autant pour les parents que pour les infirmières.</p> <p><b>Interventions concrètes :</b> Choisir un moyen permettant de diffuser le futur programme (écrit, audio-visuel). Utiliser ou créer des schémas ou des images représentant des points-clés.</p>

	<p>Une étude sur 1'000 patients aurait montré que 96% d'entre eux étaient satisfaits de leur programme d'éducation audio-visuel similaire à celui présenté dans cet article.</p>	<p>Utiliser un langage simple et clair ainsi qu'une syntaxe simplifiée. Eviter les termes médicaux et les abréviations. Remplacer les termes polysyllabiques par des mots contenant au maximum deux syllabes. Evaluer et ajuster le programme.</p>
<p>Effectiveness of fever education in a pediatric emergency department. (2009) Baker, D. W., Monroe, K. W., King, W. D., Sorrentino, A., &amp; Glaeser, P. W.</p>		
<p>Evaluer l'impact d'une brève vidéo éducative montrée aux parents d'enfant durant leur visite aux urgences pour des maladies fébriles mineures.</p>	<p><b>Health literacy :</b> La vidéo sur la gestion de la fièvre a permis une diminution de moitié de ceux qui considèrent la fièvre comme dangereuse en elle-même, une diminution d'un tiers de ceux qui disent qu'ils réveilleraient leur enfant pour traiter la fièvre ainsi qu'une augmentation de 30% qui ont identifié l'aspirine comme étant un traitement inadapté à la fièvre. Il n'y a pas eu de différence dans le taux de retour aux urgences pour de la fièvre dans les deux groupes, cependant les auteurs ont noté une amélioration concernant les consultations médicalement nécessaires dans le groupe d'intervention, bien que cela ne soit pas statistiquement significatif.</p> <p>Cette étude a eu un impact sur les connaissances et les pratiques des participants mais rien de significatif concernant le nombre de consultations suite à la première visite. Ceci peut s'expliquer, d'après les auteurs, par différentes théories affirmant que les gens font rarement des changements au niveau de leur comportement lié à la santé uniquement grâce à des connaissances.</p>	<p><b>Interventions concrètes :</b> Une vidéo sur l'éducation concernant la fièvre permet d'améliorer l'efficacité des <i>caregivers</i> et de soutenir la gestion sécuritaire de ce symptôme à domicile, en augmentant leurs connaissances. Elle permet également de diminuer l'anxiété ressentie par les parents au sujet de l'état fébrile.</p>

	<p><b>Fever phobia :</b>                  L'anxiété parentale liée à la fièvre est encore très présente mais un bref programme audio-visuel permet de diminuer de moitié les personnes pensant que la fièvre est dangereuse. Seulement 20% des patients ont été référés aux urgences par un professionnel de la santé ou un système de triage par téléphone, ce qui montre l'importance du rôle que les membres de la famille ou les personnes ne travaillant pas dans le domaine de la santé peuvent avoir concernant la décision de se rendre aux urgences ou non pour un état fébrile.</p>	
<p>A study of parent/grandparent education for managing a febrile illness using the CALM approach. (2003)                  Broome, M.E., Dokken, D.L., Broome, C.D., Woodring, B., &amp; Stegelman, M.F.</p>		
<p>Examiner l'efficacité d'un programme d'éducation en matière de gestion de la fièvre afin d'accroître les connaissances, la confiance, le confort et la satisfaction des parents et des grands-parents.</p>	<p><b>Rôle infirmier :</b>                  Augmenter l'efficacité de la communication entre les parents/grands-parents et les professionnels est une préoccupation encore présente dans les soins pédiatriques et ceci devient compliqué puisque le temps alloué aux consultations diminue. Les contraintes économiques concernant le temps des professionnels et les vies occupées des familles rendent encore plus important le fait que la communication doit être la plus efficace et la plus économe en temps que possible.</p> <p>Les parents/grands-parents ont besoin d'informations de la part de professionnels de la santé à propos du monitoring et de la gestion de la santé de leur enfant.</p>	<p><b>Éléments pertinents pour la proposition d'interventions :</b>                  Une brochure est plus utile qu'une vidéo, elle permet d'aider à la prise de décision et sert également à faciliter la communication lors de contact avec des professionnels de la santé.</p> <p>L'utilisation de support écrit facilite la rétention d'informations à long terme.</p> <p>Les informations écrites assorties de renforcement personnalisé de la part des soignants augmenteraient encore plus la rétention d'informations.</p> <p>L'approche CALM a été évaluée par les participants comme positive et bénéfique.</p>

	<p><b>Health literacy :</b></p> <p>Des stratégies pertinentes, rentables et visant à améliorer les connaissances, pour éduquer les parents sur les situations courantes de maladie ou de blessure chez l'enfant, doivent être développées. Les connaissances, la confiance et le confort concernant la gestion de l'état fébrile augmentent progressivement avec le temps.</p>	<p><b>Interventions concrètes :</b></p> <p>Faire de l'éducation sur l'évaluation et la gestion de la fièvre augmente de manière significative leurs connaissances, leur confiance, leur satisfaction ainsi que leur confort concernant cette gestion.</p>
<p>Effect of an evidence-based education programme on ED discharge advice for febrile children. (2007)          Considine, J, &amp; Brennan, D.</p>		
<p>Examiner l'effet d'une intervention éducative sur les conseils donnés aux parents à leur départ du service des urgences avec un enfant fébrile.</p>	<p><b>Rôle infirmier :</b></p> <p>Les infirmières ont besoin de modifier ou de mettre à jour leurs connaissances concernant la fièvre et ce qui l'entoure. Elles sont souvent un pilier pour les parents, car ce sont elles qui leur font l'éducation à leur départ du service des urgences.</p> <p>Les parents ont besoin d'informations pour être plus aptes à s'occuper de la fièvre de leur enfant. Ils sauront comment procéder et quand chercher de l'aide.</p> <p><b>Fever phobia :</b></p> <p>L'anxiété parentale et leur capacité à interpréter et à se souvenir des informations reçues sont influencées par le temps disponible, le niveau d'éducation, le stress, les difficultés de langage ainsi que par la culture.</p> <p>Les parents perçoivent la fièvre comme dangereuse et sont inquiets des risques (convulsions fébriles, dommages cérébraux, mort) et ceci est renforcé par les professionnels de la santé qui justifient le traitement de la fièvre comme étant préventif des convulsions fébriles.</p>	<p><b>Éléments pertinents pour la proposition d'interventions :</b></p> <p>Fournir de l'éducation par écrit ou par oral réduit de manière significative l'anxiété parentale.</p> <p>Le fait que les infirmières mettent à jour leurs connaissances augmente les conseils donnés aux parents lors de leur consultation aux urgences.</p> <p><b>Interventions concrètes :</b></p> <p>L'éducation des infirmières concernant la fièvre permet aux parents d'obtenir de meilleures informations et donc une meilleure gestion de ce symptôme. Ces informations permettent aux parents d'être plus rassurés et réduisent les risques liés à l'administration inadéquate d'antipyrétiques.</p>



## Empowering parents for evidence-based fever management: an integrative review. (2015)

Monsma, J., Richerson, J., &amp; Sloand, E.

Analyser la littérature sur les interventions éducatives qui permettent aux parents de gérer la fièvre de leur enfant avec des stratégies basées sur les preuves et en évitant la *fever phobia*.

**Rôle infirmier :**

Les professionnels de la santé sont une source d'information importante pour les parents mais ils peuvent également, par leur manière de faire ou de s'exprimer, entretenir la *fever phobia* des parents.

**Health literacy :**

Les soignants mais surtout les parents ont des lacunes concernant la fièvre. Les soignants ont souvent des connaissances basées sur des opinions, plutôt que sur des preuves.

Il y a un lien important entre le niveau d'éducation et l'*health literacy*. Un bas niveau d'éducation est associé à une peur de la fièvre augmentée, des soins retardés et l'emploi potentiellement nocif de remèdes.

**Fever phobia :**

Il a été démontré que les soignants pouvaient entretenir la *fever phobia* et qu'eux-mêmes en étaient victimes. Cela pourrait s'expliquer par le fait que les infirmières ont quelquefois des connaissances basées sur des opinions plutôt que sur des preuves. Un bas niveau d'éducation est associé à une augmentation de la *fever phobia*.

**Éléments pertinents pour la proposition d'interventions :**

Travailler sur les croyances.

Former les parents sur comment mesurer et évaluer la température en leur faisant une démonstration et en utilisant une carte imagée renforçant cette éducation.

Proposer une démonstration concernant le dosage des médicaments à l'aide d'une seringue doseuse ainsi qu'une carte résumant les dosages en fonction du médicament et du poids de l'enfant.

Encourager les médecins à prescrire les médicaments en millilitre plutôt qu'en cuillère à soupe/café, afin d'éviter les erreurs.

**Interventions concrètes :**

Une fiche aux couleurs d'un feu de signalisation<sup>9</sup> permet aux parents de différencier des enfants peu, moyennement et sévèrement malades.

<sup>9</sup> Disponible en annexe.

	<p>Il y aurait un très fort lien entre les croyances, les attitudes, les normes sociales et la manière des parents de prendre soin. Les croyances et les pratiques peuvent être influencées par le niveau d'éducation, le statut socio-économique et la culture.</p>	<p>Utilisation de la carte récapitulative sur la fièvre (définition, but, quoi et comment évaluer, signes d'aggravation de la maladie, informations nécessaires sur où consulter en cas de nécessité).</p> <p>Fournir des informations, adaptées à leur niveau de compréhension.</p>
<p>Fever education: does it reduce parent fever anxiety ? (2001) O'Neill-Murphy, K., Liebman, M., &amp; Barnsteiner, J. H.</p>		
<p>Déterminer si un programme (interactif ou écrit) d'éducation sur la fièvre réduirait l'anxiété des parents concernant la fièvre (1), si un programme interactif serait plus efficace qu'un support écrit standard (2), si un programme d'éducation augmente la gestion de la fièvre par les parents à la maison et si ça permettrait de réduire le nombre de consultations retour aux urgences (3).</p>	<p><b>Health literacy :</b> Les parents se sont sentis plus à l'aise pour gérer la fièvre après avoir reçu les informations écrites.</p> <p>Ils ont manifesté un intérêt général pour en apprendre plus sur l'état fébrile et sur sa gestion à domicile.</p> <p>La capacité à mémoriser des informations est augmentée lors de moments calmes et non stressants, comme lors de la visite de routine chez le pédiatre. Celle-ci est amoindrie lors des consultations aux urgences.</p> <p><b>Fever phobia :</b> Pas de différence au niveau de la diminution de l'anxiété entre ceux qui ont reçu uniquement la feuille d'information et ceux qui l'ont reçue et qui ont pu en discuter avec un professionnel.</p>	<p><b>Éléments pertinents pour la proposition d'interventions :</b></p> <p>S'assurer que les parents possèdent un thermomètre à domicile, de préférence électronique, et qu'ils sont capables de lire et d'interpréter les résultats.</p> <p>Créer un programme d'éducation peut réduire le nombre de consultations, diminuer les pratiques considérées comme inadéquates et diminuer l'emploi de médicaments lorsqu'il n'est pas nécessaire.</p> <p>Les professionnels de la santé devraient autonomiser les parents dans les soins à leur enfant et avoir un rôle de leader dans le processus d'éducation.</p> <p>Favoriser les moments d'éducation lorsque l'enfant est en bonne santé.</p>

	<p>Il résulte de cette étude qu'il n'y a pas eu de différence significative entre les deux groupes à propos de leur représentation de la fièvre ni sur la manière dont ils la traitent.</p> <p>L'apprentissage de nouvelles connaissances en présence de professionnels de la santé aurait permis de diminuer l'anxiété initiale.</p>	<p><b>Interventions concrètes :</b></p> <p>Donner une feuille informative sur la fièvre combinée ou non à un entretien avec un professionnel de la santé diminue de plus de 80% l'anxiété parentale.</p> <p>Fournir de l'information simplifiée et associée à des images pour renforcer les informations et aider à sa compréhension.</p>
--	---	---

## 6. Discussion et perspectives

Nous allons, dans ce chapitre, aborder l'analyse des résultats de recherche présentés ci-dessus. Pour commencer, rappelons que le but de cette revue de littérature est de fournir des outils aux infirmières des urgences afin qu'elles puissent à leur tour les transmettre aux parents, et ceci dans l'optique qu'ils puissent prendre en charge l'état fébrile de leur enfant, dans un contexte de croissance.

Par la suite, et pour chaque thème, nous ferons des recommandations pour la pratique. Ces recommandations peuvent déjà être appliquées dans certains milieux de soins, ce qui prouverait leur pertinence.

### 6.1. Analyse des résultats et recommandations pour la pratique

Nous avons pu constater une certaine convergence entre les différents articles au niveau des trois thématiques que nous avons fait ressortir dans nos tableaux comparatifs.

#### 6.1.1. Rôle infirmier

Une des tâches les plus importantes de l'infirmière est l'éducation aux patients (Alqudah et al. 2014 ; Considine et al., 2007), elle est d'ailleurs citée comme étant l'une des principales sources d'information pour les parents. Elle peut être considérée comme un modèle pour ces derniers, et pourrait avoir un impact sur leurs connaissances et leurs pratiques (Alqudah et al., 2014 ; Monsma et al., 2015). Cependant, dans sa façon d'agir, l'infirmière peut entretenir la *fever phobia*, dont elle peut également être victime, puisque ses connaissances sont parfois basées sur des opinions. C'est pourquoi il est primordial qu'elle ait des connaissances actualisées et basées sur les preuves (Considine et al., 2007 ; Monsma et al., 2015).

La communication est une autre compétence de l'infirmière. En effet, elle fait partie intégrante de son rôle propre mais celle-ci peut être mise à mal par différentes contraintes, comme le temps alloué aux patients ou en termes financiers (Broome et al., 2003).

De plus, dans le contexte pédiatrique, les parents ou les proches sont des membres à part entière dans la prise en soin. Ils manifestent le besoin d'être informé par les professionnels de la santé au sujet de l'état fébrile dans le but d'être aptes à gérer la fièvre de leur enfant mais également de savoir vers qui s'orienter dans le cas d'une aggravation ou d'un problème associé. Il est donc essentiel de communiquer le plus efficacement possible (Broome et al., 2003).

#### Recommandations :

Il est nécessaire que les infirmières aient des connaissances scientifiques, que ces connaissances soient uniformisées pour éviter les divergences lorsqu'elles conseillent les parents. Pour cela, il serait judicieux d'instaurer une formation continue concernant la fièvre et autres maladies infantiles dans les différents milieux accueillant des enfants. Les différents programmes mis en place proposés dans les articles retenus permettraient également de leur fournir certaines connaissances et outils pouvant faciliter leur éducation aux parents.

Une autre recommandation est de travailler sur les croyances, chose que nous pouvons faire grâce à l'approche systémique familiale. Nous avons pu voir au fil de nos lectures que les comportements des parents ne changeaient que très peu uniquement sur la base de connaissances. Après avoir créé

un contexte, base fondamentale du processus thérapeutique, il faudrait aborder leurs croyances, afin de les modifier pour qu'elles soient plus en accord avec les preuves scientifiques. Wright, Watson et Bell suggèrent qu'un changement sur le plan cognitif serait peut-être plus durable et profond. « Il s'agit donc pour l'infirmière de bien explorer les croyances qui déterminent les perceptions et sous-tendent les comportements des individus puisque ces croyances deviennent des cibles importantes d'interventions [...] » (1996, dans Duhamel F., 2007, p. 46).

### 6.1.2. Health literacy

De manière générale, les auteurs ont constaté que le matériel d'éducation en santé est souvent rédigé à un niveau de compréhension plus élevé que celui de la population (Alqudah et al., 2014). Or, les gens, qu'importe leur niveau d'études préfèrent l'emploi d'un langage simplifié pour ce genre d'informations (Alqudah et al., 2014). De plus, ils se sont aperçus qu'il existe une corrélation importante entre le niveau d'éducation et l'*health literacy*, et qu'un bas niveau d'éducation peut être associé à une peur de la fièvre augmentée, des soins retardés ainsi que l'emploi potentiellement nocif de médicaments (Alqudah et al., 2014 ; Monsma et al., 2015). Grâce à la théorie, nous avons remarqué qu'un bas niveau de connaissances pouvait affecter la compréhension concernant les diagnostics, les traitements et les suivis des patients, ce qui pourrait avoir un impact négatif sur la santé des enfants puisque, dans le domaine pédiatrique, ce sont les parents qui doivent comprendre les instructions pour pouvoir prendre soin et donc prendre des décisions relatives à la santé de leur enfant.

Plusieurs articles ont mis en avant une augmentation des connaissances. Pour cela, ils ont mis en place différents programmes, souvent à l'aide de supports écrits ou audio-visuels (Baker et al., 2009 ; Broome et al., 2003 ; O'Neill-Murphy et al., 2001).

Certains auteurs ont constaté que malgré l'augmentation des connaissances, il n'y avait eu aucune modification concernant le nombre de consultations aux urgences, cependant, ils ont notifié une augmentation au niveau des consultations médicalement nécessaires (Baker et al., 2009).

Le fait de recevoir de l'éducation et de pouvoir en parler avec un professionnel de la santé a renforcé la rétention de ces informations, les parents se sont sentis plus à l'aise et plus confiants pour prendre soin de leur enfant (Broome et al., 2003 ; O'Neill-Murphy et al., 2001). Cela leur a même donné envie d'en apprendre plus (O'Neill-Murphy et al., 2001).

O'Neill-Murphy et al. (2001) se sont aperçus que la capacité à retenir les informations était plus élevée dans les moments calmes, quand l'enfant est en bonne santé, comme lors d'une visite de routine chez le pédiatre.

Afin d'augmenter les connaissances, les auteurs proposent différents outils, comme des cartes récapitulatives, des feuilles informatives, des vidéos ou des brochures (Alqudah et al., 2014 ; Baker et al. 2009 ; Broome et al., 2003 ; Considine et al., 2007 ; Monsma et al., 2015 ; O'Neill-Murphy et al., 2001). Les supports écrits seraient préférés par les parents, comme étant plus facilement accessibles (Broome et al., 2003). Par ailleurs, une critique peut être faite concernant les supports audio-visuels, car tout le monde n'a pas forcément accès à des lecteurs multimédia. La vidéo n'est pas non plus le support le plus adéquat quand les parents ont besoin de trouver rapidement l'information cherchée.

### Recommandations :

Les recommandations concernant les connaissances peuvent être mises en lien avec celles pour le rôle infirmier. En effet, elles sont difficilement dissociables puisque le partage de connaissances fait partie des compétences infirmières. Un autre conseil est d'utiliser les différents outils proposés par les auteurs, tout en les adaptant au niveau de compréhension de la population cible. Mais également d'organiser ces interventions dans un milieu calme et si possible non stressant. Une limite à cette recommandation est qu'aux urgences, il peut être compliqué de trouver un moment où les parents ne sont pas stressés. Ce n'est pas non plus un sujet abordé en dehors de la maladie, dans le sens où lorsque l'enfant est en bonne santé, ni les parents ni les soignants ne pensent à parler de la fièvre.

#### **6.1.3. Fever phobia**

Dans la lecture de nos articles, nous avons remarqué que l'anxiété parentale liée à la fièvre est encore très présente (Baker et al., 2009 ; Considine et al., 2007 ; Monsma et al., 2015 ; O'Neill-Murphy et al., 2001), et comme dit précédemment, les soignants peuvent perpétuer ce sentiment (Considine et al., 2007 ; Monsma et al., 2015). Certains auteurs ont rapporté que seulement 20% des patients avaient été référés aux urgences par un professionnel de la santé ou par un système de triage téléphonique, ce qui montre que les membres de la famille ont un rôle important et peuvent influencer la décision des parents concernant les consultations aux urgences pour un état fébrile (Baker et al., 2009).

Le statut socio-économique, le niveau d'éducation, les difficultés de langage, la culture, les croyances, le temps à disposition et le stress ont une influence sur l'anxiété parentale et leur capacité à interpréter et se souvenir des informations reçues ainsi que sur la manière de prendre soin (Considine et al., 2007 ; Monsma et al., 2015).

Les personnes ayant un bas niveau d'éducation auraient tendance à être plus anxieux face à l'état fébrile (Monsma et al., 2015). Il a été relevé que l'apprentissage de nouvelles connaissances, en présence de professionnels de la santé, aurait permis de diminuer l'anxiété initiale (O'Neill-Murphy et al., 2001). L'acquisition de nouvelles connaissances engendrerait une baisse de l'anxiété ressentie par les parents (Baker et al., 2009).

### Recommandations :

Dans le but d'atténuer la *fever phobia*, il faudrait que les professionnels de la santé aient de meilleures connaissances sur la fièvre. Puisqu'elles sont basées sur des opinions plutôt que sur des faits, ils ont tendance à encourager cette peur excessive. Suite à cela, l'éducation aux parents à l'aide d'outils comme des brochures ou des vidéos, combinée à un entretien, contribuerait à diminuer leur inquiétude. Il faudrait également veiller à ce que les supports écrits ou multimédia soient réalisés dans un langage simplifié et de manière ludique pour favoriser leur utilisation.

#### **6.2. Réponse à la question de recherche**

Après avoir présenté et discuté les résultats, nous pouvons dire qu'ils répondent à notre question de recherche. En effet, ils proposent différentes pistes d'intervention à mener auprès des parents pour qu'ils puissent gérer la poussée fébrile de leur enfant. Les interventions à effectuer devraient être basées sur l'apport de connaissances afin d'augmenter leur niveau de compréhension, ce qui aiderait à diminuer l'anxiété qu'ils ressentent et donc à mieux prendre en charge, de manière

autonome, l'état fébrile de leur progéniture. Nous pouvons dire qu'une partie des interventions énoncées ci-dessus sont déjà en vigueur dans certains milieux de soins.

### 6.3. Perspectives de recherche

Concernant les perspectives de recherche, nous pensons qu'il serait bénéfique d'avoir des études qualitatives en vue d'avoir une meilleure idée de ce dont les parents ont besoin. Toutefois, dans le cadre de notre question de recherche, ce type d'étude peut être plus compliqué à mettre en place. Les études ont également été menées avec des échantillons relativement petits, en outre, des études à plus large échelle pourrait être plus représentatives.

A côté de cela, des études réalisées en Suisse ou en Europe occidentale seraient plus significatives puisque la totalité des articles retenus ont été effectuées en Amérique du Nord ou en Australie.

Certains articles retenus pour cette revue de littérature datent déjà de quelques années, ce qui pourrait justifier que les résultats ne soient plus forcément applicables. Il faudrait donc envisager des recherches plus récentes.

Enfin, si nous avons l'opportunité de poursuivre ce travail, nous pourrions mener notre propre recherche qualitative, en tenant compte des besoins des parents, de ce qui est actuellement mis en place dans les unités de soin afin d'avoir des résultats d'actualité pour notre pays. Nous pourrions, par exemple, effectuer une enquête auprès des parents venant consulter les urgences pédiatriques pour de la fièvre, dans le but de connaître leurs besoins ainsi que leur niveau d'anxiété. Nous pourrions aussi demander aux autres soignants quels comportements et quelles actions ils adoptent face à ce symptôme, puis mesurer la satisfaction des parents vis-à-vis de ces dernières afin de savoir si cela répond à leurs besoins et si leur anxiété a diminué. Ceci permettrait, par la suite, de créer notre propre outil d'éducation, qui serait ensuite évalué par les parents et réadapté si nécessaire.

### 6.4. Limites de la revue de littérature

Plusieurs limites sont ressorties de notre travail. La première étant le manque d'expérience au niveau de la recherche scientifique sur les différentes bases de données. De plus, étant novices dans le domaine, nous n'avons pas pu déterminer la crédibilité des articles trouvés. La seconde limite est la langue des articles. Tous ont été écrits en anglais, cela a peut-être induit des erreurs au niveau de la traduction et de l'interprétation de leurs propos. Le nombre réduit d'articles susceptibles de répondre à notre question de recherche peut être considéré comme un frein. Ajouté à cela, peu d'articles étaient actuels, une grande partie datant de plus de quinze ans. Nous avons donc dû élargir nos recherches à des articles compris entre 2000 et 2017, ce qui a pu avoir des conséquences sur l'actualité des résultats. Du fait d'avoir posé des critères d'exclusion, il est possible que nous soyons passées à côté d'interventions pouvant répondre à notre interrogation. Par exemple, il se peut que quelques articles, incluant des enfants souffrant de maladies connues avant la poussée fébrile, aient proposé des pistes utiles à notre travail.

## 7. Conclusion

Afin de réaliser notre travail de Bachelor, nous nous sommes interrogées sur ce que l'infirmière pourrait mettre en œuvre pour favoriser l'autonomie des parents dans la gestion de la fièvre chez leur enfant. Pour cela, nous avons fait une courte revue de littérature ce qui nous a permis d'avoir une idée des recherches déjà effectuées à ce sujet et également de connaître les interventions

proposées. Celles-ci nous aidant à répondre à notre questionnement. Trois thématiques ressortent de cette revue. Le rôle infirmier, l'*health literacy* et la *fever phobia*, les deux dernières font écho aux concepts que nous avons souhaité aborder dans ce travail. Les différentes interventions pourraient être mises en place, tout en restant abordables en terme de coûts et de temps.

### 7.1. Place de la recherche dans la profession infirmière

L'élaboration de ce travail nous a permis d'avoir une représentation plus concrète de ce qu'est la recherche en sciences infirmières. Cette dernière nous a fait prendre conscience qu'elle est primordiale pour notre rôle professionnel. En effet, elle permet aux soins infirmiers d'être considérés comme discipline autonome. Pour terminer, cela nous permet également de rechercher des recommandations basées sur les preuves, ou de les créer dans le cas où elles n'existeraient pas encore, et de les appliquer.

### 7.2. Apprentissages

Concevoir ce travail nous a donné l'occasion de nous familiariser avec la recherche scientifique et nous a permis de répondre à un premier questionnement en lien avec notre pratique professionnelle. Nous avons dû faire preuve de clarté et de précision dans l'élaboration de notre question de recherche. Cela nous a amené à constater qu'il était indispensable d'être rigoureuses lors de l'utilisation des bases de données. En effet, nous nous sommes rendu compte, principalement vis-à-vis des descripteurs, qu'il était possible d'avoir des résultats très divergents. La rédaction de ce travail a exigé de notre part des qualités de synthèse ainsi qu'un vocabulaire très développé.

Nous avons pu accroître les compétences requises lors du travail en équipe, comme l'écoute, le respect, l'entraide, la collaboration ainsi que la communication. Nous avons pu toutes deux apporter nos idées, les confronter, ce qui nous a amené à faire des compromis et à faire émerger de nouveaux éléments.

Nonobstant les consensus, nous avons toujours été très respectueuses l'une envers l'autre et ceci a permis l'établissement d'une ambiance favorable au travail de groupe. Toutefois, nous avons ressenti quelques difficultés concernant la planification des rencontres ainsi que dans la progression de notre travail. En effet, l'une de nous a été absente durant un mois, ce qui a quelque peu compliqué les choses. De ce fait, nous avons dû développer des stratégies de gestion du temps et envisager des techniques afin de travailler séparément.

Finalement, ce travail a été le plus conséquent de notre formation en tant qu'infirmière au niveau du temps et de l'énergie requis. C'est pourquoi nous le terminons avec fierté.



## 8. Références

### 8.1. Références des articles sélectionnés

- Alqudah, M., Johnson, M.J., Cowin, L., & George, A. (2014). An innovative fever management education program for parents, caregivers, and emergency nurses. *Advanced Emergency Nursing Journal*, 36(1), 52-61. Doi: 10.1097/TME.0000000000000004
- Baker, D.W., Monroe, K.W., King, W.D., Sorrentino, A., & Glaeser, P.W. (2009). Effectiveness of fever education in a pediatric emergency department. *Pediatric Emergency Care*, 25(9), 565-568. Doi: 10.1097/PEC.0b013e3181b4f64e
- Broome, M.E., Dokken, D.L., Broome, C.D., Woodring, B., & Stegelman, M.F. (2003). A study of parent/grandparent education for managing a febrile illness using the CALM approach. *Journal of Pediatric Health Care*, 17(4), 176-183. Doi: 10.1067/mp.2003.4
- Considine, J., & Brennan, D. (2007). Effect of an evidence-based education programme on ED discharge advice for febrile children. *Journal of Clinical Nursing*, 16(9), 1687-1694. Doi: 10.1111/j.1365-2702.2006.01716.x
- Monsma, J., Richerson, J., & Sloand, E. (2015). Empowering parents for evidence-based fever management: an integrative review. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 27, 222-229. Doi: 10.1002/2327-6924.12152
- O'Neill-Murphy, K., Liebman, M., & Barnsteiner, J.H. (2001). Fever education: does it reduce parent fever anxiety ? *Pediatric Emergency Care*, 17(1), 47-51. Doi: 10.1097/00006565-200102000-00014

### 8.2. Liste de références

- Ball, J., & Bindler, R. (2010). *Soins infirmiers en pédiatrie* (2<sup>ème</sup> éd.). Traduction française par K. Ostiguy, K. Richer & I. Taillefer, Saint-Laurent, Canada : ERPI.
- Centre hospitalier universitaire vaudois. (2013). L'infirmière d'accueil et d'orientation. Repéré à [http://www.chuv.ch/urgences/urg\\_home/urg-formation/urg-infirmiers/urg-accueil-et-orientation.htm](http://www.chuv.ch/urgences/urg_home/urg-formation/urg-infirmiers/urg-accueil-et-orientation.htm)
- Côté, F., Mercure, S.-A., & Gagnon, J. (2005). Guide de rédaction. Repéré à [http://www.btec.fsi.ulaval.ca/fileadmin/btec.fsi/pdf/APA\\_BTEC\\_2005.pdf](http://www.btec.fsi.ulaval.ca/fileadmin/btec.fsi/pdf/APA_BTEC_2005.pdf)
- Crocetti, M., Moghbeli, N., & Serwint, J. (2001). Fever phobia revisited: have parental misconceptions about fever changed in 20 years ? *Pediatrics*, 107(8), 1241-1246. Doi: 10.1542/peds.107.6.1241
- Duhamel, F. (2007). *La santé et la famille: une approche systémique en soins infirmiers* (2<sup>ème</sup> éd.). Montréal, Canada : G. Morin.
- Emmertson, L., Chaw, X. Y., Kelly, F., Kairuz, T., Marriott, J., Wheeler, A., & Moles, R. (2014). Management of children's fever by parents and caregivers: Practical measurement of functional health literacy. *Journal of Child Health Care*, 18(4), 302-313. Doi: 10.1177/1367493513496663

- Favre, N., & Kramer, C. (2013). *La recherche documentaire au service des sciences infirmières*. Rueil-Malmaison, France : Lamarre.
- Gehri, M, Laubscher, B, Di Paolo, E.R., Roth-Kleiner, M., Joseph, J.-M., & Mazouni, S.M. (2014). *Vademecum de Pédiatrie* (4<sup>ème</sup> éd.). Le Mont-sur-Lausanne, Suisse: BabyGuide.
- Haute Ecole Spécialisée de Suisse Occidentale. (2017). Présentation de la HES-SO. Repéré à <https://www.hes-so.ch/data/documents/Descriptif-filiere-Soins-infirmiers-FR-5374.pdf>
- Hill, R. (1958). Generic features of families under stress. *Social Casework*, 49, 139-150.
- Kaye, P. (2012). *La santé de votre enfant*. Paris, France : Hachette Livre.
- Kelly, M., Sahm, L.J., Shiely, F., O'Sullivan, R., McGillicuddy, A., & McCarthy, S. (2016). Parental knowledge, attitudes and beliefs regarding fever in children: an interview study. *BMC Public Health*, 16, 1-7. Doi: 10.1186/s12889-016-3224-5
- Larivey, M. (2002). *La puissance des émotions : comment distinguer les vraies des fausses*. Montréal, Canada : Les Editions de l'Homme.
- Marieb, E., & Hoehn, K. (2010). *Anatomie et physiologie humaine* (4<sup>ème</sup> éd.). Traduction française par L. Moussakova & R. Lachaine, Saint-Laurent, Canada : ERPI.
- McDougall, P., & Harrison, M. (2014). Fever and feverish illness in children under five years. *Nursing standard*, 28(30), 49-59. Doi : 10.7748/ns2014.03.28.30.49.e8410
- Molière, F. (2009). Inquiétude. Dans M. Formarier & L. Jovic (Éds), *Les concepts en sciences infirmières*. Lyon, France : Mallet Conseil.
- Morrison, A.K., Myrvik, M.P., Brousseau, D.C., Hoffmann, R.G., & Stanley, R.M. (2013). The Relationship between parent health literacy and pediatric emergency department utilization: A systematic review. *Academic Pediatric Association*, 13(5), 1-19. Doi: 10.1016/j.acap.2013.03.001
- O'Hayon Naïm, R., & Escher, M. (2010). Antalgiques en auto-médication : quels sont les risques ? *Revue Médicale Suisse*, 6, 1338-1341.
- Pleasant, A., Rudd, R.E., O'Leary, C., Paasche-Orlow, M.K., Allen, M.P., Alvarado-Little, W., Myers, L., Parson, K., & Rosen, S. (2016). *Considerations for a new definition of health literacy*. Repéré à <https://nam.edu/wp-content/uploads/2016/04/Considerations-for-a-New-Definition-of-Health-Literacy.pdf>
- Robert, P. (2013). *Le Petit Robert*. Paris, France : Le Robert.
- Schmitt, B.D. (1980). Fever phobia : misconceptions of parents about fevers. *Am J Dis Child*, 134(2), 176-181. Doi: 10.1001/archpedi.1980.02130140050015
- Turgeon, J., Hervouet-Zeiber, C., Ovetchkine, P., Bernard-Bonnin, A.-C., & Gauthier, M. (2015). *Dictionnaire de pédiatrie Weber* (3<sup>ème</sup> éd.). Montréal, Canada: De Boeck.
- Vilpert, S. (2013). *Consultations dans un service d'urgence en Suisse* (Obsan Bulletin 3/2013). Neuchâtel, Suisse: Observatoire suisse de la santé.

Wammanda, R.D., & Onazi, S.O. (2009). Ability of mothers to assess the presence of fever in their children: implication for the treatment of fever under the IMCI guidelines. *Annals of African Medicine*, 8(3), 173-176. Doi: 10.4103/1596-3519.57240

Waterston, A.J.R (Ed.). (2012). *Votre bébé de 0 à 3 ans*. (S.I.) : Marabout.

Watts, R., Robertson, J., & Thomas. G. (2003). Nursing management of fever in children: a systematic review. *International Journal of Nursing Practice*, 9(1), 1–8. Doi: 10.1046/j.1440-172X.2003.00412.x

Wieland Ladewig, P.A., London, M.L., & Davidson, M.R. (2010). *Soins infirmiers en périnatalité* (4<sup>ème</sup> éd.). Traduction française par K. Hodge et al., Saint-Laurent, Canada : ERPI.

### 8.3. Liste bibliographique

Atmani, S., Bouharrou, A., & Hida, M. (2006) Conduite à tenir devant la fièvre chez le nouveau-né. *Journal de pédiatrie et puériculture*, 19, 167-171. Doi: 10.1016/j.jpp.2006.05.009

Berset, J., Chanez, M., & Stoehr, L. (2016). *Soins intensifs pédiatriques : des propositions d'interventions pour un meilleur vécu du stress parental*. Travail de Bachelor inédit, Institut et Haute Ecole de la Santé La Source. Repéré à <http://doc.rero.ch/record/278502?ln=fr>

Bertille, N., Fournier-Charrière, E., Pons, G., & Chalumeau, M. (2013). Managing fever in children: A national survey of parents' knowledge and practices in France. *Plos One*, 8(12), 1-7. Doi: 10.1371/journal.pone.0083469

Chemli, J., Bouafsoun, C., Boussetta, S., Dalhoumi, A., & Harbi, A. (2006). Les fièvres prolongées de l'enfant : à propos de 110 cas. *Journal de pédiatrie et puériculture*, 19, 297-303. Doi: 10.1016/j.jpp.2006.10.003

Considine, J, & Brennan, D. (2006). Emergency nurses' opinions regarding paediatric fever: the effect of an evidence-based education program. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 9, 101-111. Doi: 10.1016/j.aenj.2006.03.005

Delmas, P. (2013). La prise de température, un geste à ne pas banaliser. *La Revue de l'infirmière*, 191, 34-37.

Diezi, M. (2014). Fièvre et paracétamol chez l'enfant. *Paediatrica*, 25(5), 29-31. Repéré à <http://www.swiss-paediatrics.org/fr/paediatrica>

Ecalard, P., & Lamalle, D. (2008). *100 situations d'urgence chez l'enfant* (2<sup>ème</sup> éd.). Rueil-Malmaison, France : Lamarre.

Fortin, M.F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche : Méthodes quantitatives et qualitatives* (3<sup>ème</sup> éd.). Montréal, Canada : Chenelière Education.

Galetto-Lacour, A., & Gervais, A. (2015). *Allô docteur mon enfant est malade !* (2<sup>ème</sup> éd.). Chêne-Bourg, Suisse : Médecine & Hygiène.

Hockenberry, M.J., & Wilson, D. (2012). *Soins infirmiers : pédiatrie*. Montréal, Canada : Chenelière Education.

- Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Montréal, Canada : ERPI.
- Nouri-Merchaoui, S., Methlouthi, J., El Ghadi, D., Zakhama, R., Chouchène, K., Mahdhaoui, N., & Seboui, H. (2009). Fièvre du nouveau-né : étude de 134 cas colligés au service de néonatalogie de Sousse (Tunisie). *Journal de pédiatrie et puériculture*, 22, 182-192. Doi: 10.1016/j.jpp.2009.04.008
- Paitrault, C., Rivet, M.F., Algranti-Fildier, B., & Kremp, L. (2003). *Pédiatrie, pédopsychiatrie et soins infirmiers*. Rueil-Malmaison, France : Lamarre.
- Perrin, N., & Persoz, E. (2014). *Facteurs limitants du Patient-and Family-Centered Care aux soins intensifs pédiatriques : pratiques d'aujourd'hui, inspirations pour demain*. Travail de Bachelor inédit, Institut et Haute Ecole de la Santé La Source. Repéré à <https://doc.rero.ch/record/234888?ln=fr>
- Rouquette, C. (2004). *Education et conseils au patient*. Rueil-Malmaison, France : Lamarre.
- Sahm, L.J., Kelly, M., McCarthy, S., O'Sullivan, R., Shiely, F., & Romsing, J. (2016). Knowledge, attitudes and beliefs of parents regarding fever in children : a Danish interview study. *Acta Paediatrica*, 105(1), 69-73. Doi: 10.1111/apa.13152
- Skàlovà, G. (2014). A l'écoute des besoins des parents. *Soins infirmiers*, 3, 66-69.
- Société canadienne de pédiatrie. (2017). La mesure de la température en pédiatrie. Repéré à <http://www.cps.ca/fr/documents/position/mesure-de-la-temperature>
- Tessier, S. (2012). *Les éducations en santé*. Paris, France : Maloine.
- Von Vigier, R. (2003). Traitement de la fièvre de l'enfant. *Paediatrica*, 14(1), 28-32. Repéré à <http://www.swiss-paediatrics.org/sites/default/files/paediatrica/vol14/n1/pdf/28-32.pdf>
- Walsh, A., & Edwards, H. (2006). Management of childhood fever by parents: literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 54(2), 217-227. Doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.03802.x
- Wieland Ladewig, P.A., London, M.L., & Davidson, M.R. (2010). *Soins infirmiers en périnatalité* (4<sup>ème</sup> éd.). Traduction française par K. Hodge et al., Saint-Laurent, Canada : ERPI.
- Wright, L.M., & Leahey, M. (2014). *L'infirmière et la famille* (4<sup>ème</sup> éd.). Traduction française par A. Desbiens. Saint-Laurent, Canada : ERPI.

## 9. Annexes

### 9.1. Grille de lecture critique

Titre	
Type d'article	Quantitatif ? Qualitatif ? Revue de littérature ?
But	
Mots clés	
Nom de la revue	
Date de parution	
Auteurs, qualification et pays de publication	
<b>Méthodologie</b>	
Méthode, échantillon	Type de population, taille
Critères éthiques	Sont-ils présents, nommés ?
<b>Résultats</b>	
<b>Discussion</b>	
Répond-elle à la question de recherche des auteurs ?	
<b>Intérêts pour la pratique</b>	
Qu'apporte l'article pour la pratique, pour notre problématique ?	

Adaptée de :

- Côté, F, Mercure, S.-A., & Gagnon, J. (2005). Guide de rédaction. Repéré à [http://www.btec.fsi.ulaval.ca/fileadmin/btec.fsi/pdf/APA\\_BTEC\\_2005.pdf](http://www.btec.fsi.ulaval.ca/fileadmin/btec.fsi/pdf/APA_BTEC_2005.pdf)
- Law, M., Stewart, D., Pollock, N., Letts, L. Bosch, J., & Westmorland, M. (1998). Critical Review Form – Quantitative Studies. Repéré à [https://www.unisa.edu.au/Global/Health/Sansom/Documents/iCAHE/CATs/McMasters\\_Quantitative%20review.pdf](https://www.unisa.edu.au/Global/Health/Sansom/Documents/iCAHE/CATs/McMasters_Quantitative%20review.pdf)

9.2. Tableau « feu de signalisation »

Traffic light system for Identifying serious illness in children with fever			
	Green – low risk	Amber – intermediate risk	Red – high risk
Colour (of skin, lips and tongue)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Normal colour</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pallor reported by parent and/or carer</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pale, mottled, ashen and/or blue</li> </ul>
Activity	<ul style="list-style-type: none"> <li>Responds normally to social cues</li> <li>Content and/or smiles</li> <li>Stays awake or awakens quickly</li> <li>Strong normal cry and/or not crying</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Not responding normally to social cues</li> <li>No smile</li> <li>Wakes only with prolonged stimulation</li> <li>Decreased activity</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>No response to social cues</li> <li>Appears ill to a healthcare professional</li> <li>Does not wake or if roused does not stay awake</li> <li>Weak, high-pitched or continuous cry</li> </ul>
Respiratory		<ul style="list-style-type: none"> <li>Nasal flaring</li> <li>Tachypnoea:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>Respiratory rate &gt;50 breaths per minute, age 6-12 months</li> <li>Respiratory rate &gt;40 breaths per minute, age &gt;12 months</li> </ul> </li> <li>Oxygen saturation <math>\leq</math>95% on air</li> <li>Crackles in the chest</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Grunting</li> <li>Tachypnoea:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>Respiratory rate &gt;60 breaths per minute</li> </ul> </li> <li>Moderate or severe chest indrawing</li> </ul>
Circulation and hydration	<ul style="list-style-type: none"> <li>Normal skin and eyes</li> <li>Moist mucous membranes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tachycardia:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt;160 beats per minute, age &lt;1 year</li> <li>&gt;150 beats per minute, age 1-2 years</li> <li>&gt;140 beats per minute, age 2-5 years</li> </ul> </li> <li>Capillary refill time <math>\geq</math>3 seconds</li> <li>Dry mucous membranes</li> <li>Poor feeding in infants</li> <li>Reduced urine output</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Reduced skin turgor</li> </ul>
Other	<ul style="list-style-type: none"> <li>None of the amber or red symptoms or signs</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Age 3-6 months, temperature <math>\geq</math>39°C</li> <li>Fever for <math>\geq</math>5 days</li> <li>Rigors</li> <li>Swelling of a limb or joint</li> <li>Non-weight bearing limb and/or not using an extremity</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Age &lt;3months, temperature <math>\geq</math>38°C</li> <li>Non-blanching rash</li> <li>Bulging fontanelle</li> <li>Neck stiffness</li> <li>Status epilepticus</li> <li>Focal neurological signs</li> <li>Focal seizures</li> </ul>

(Adapted from National Institute for Health and Care Excellence 2013)

Tiré de McDougall & Harrison, 2014, p. 54.