

# *Le point :* *Gestion des symptômes*

ÉDITORIAL INVITÉ

## **Gestion des symptômes : ce que nous savons et comment nous agissons**

Les sciences infirmières considèrent les symptômes comme des perceptions ou des expériences qui sont souvent sources de désarroi, contrairement à l'optique médicale qui juge que les symptômes sont essentiels au diagnostic. L'atténuation des symptômes douloureux est au coeur même des soins infirmiers depuis leur création. Dans son livre *Notes on nursing : What it is and what it is not*, Florence Nightingale fait valoir que le soulagement de la douleur et de l'inconfort est au coeur même des soins infirmiers (Nightingale, 1946). On sait beaucoup de choses sur certains symptômes douloureux, notamment sur la douleur, mais moins sur d'autres. Les mécanismes de la douleur, les facteurs qui l'exacerbent, les agents pharmacologiques qui permettent de l'atténuer et les mesures de confort qui l'apaisent ont tous été étudiés par différentes disciplines, notamment par les sciences infirmières. Il existe même des manuels sur le traitement infirmier de la douleur où ces données sont décrites en détail (Donovan & Watt-Watson, 1992).

Il existe néanmoins encore certaines données qui portent à croire que les infirmières n'utilisent pas à bon escient les connaissances qu'elles ont sur le traitement de la douleur (Abbott et al., 1992; Donovan, Dillon & McGuire, 1987), particulièrement chez les enfants (Johnston, Abbot, Gray-Donald & Jeans, 1992; Schechter, Allen & Hanson, 1986). Cela s'explique en partie par le manque d'homogénéité des connaissances et des croyances sur la valeur d'un changement de pratique chez les infirmières. Dans ce numéro, Howell, Foster, Hester, Vojir et Miller ont traité de l'application d'un programme de traitement de la douleur pour les infirmières dans un cadre pédiatrique. Elles y décrivent clairement le processus d'acquisition des connaissances par

le personnel infirmier. Cette description démontre clairement l'importance de la tâche à accomplir pour faire changer les attitudes du personnel à l'égard du traitement de la douleur et explique partiellement pourquoi des programmes moins détaillés et mis en oeuvre avec moins de rigueur ont échoué. Ces auteurs ont fait le suivi de leur programme et ont constaté qu'en définitive, les infirmières « possèdent » vraiment les éléments du programme qui ont trait aux stratégies d'évaluation et de traitement de la douleur, comme en témoignent les modifications personnelles qui ont contribué à préserver les principes du programme.

Une autre raison pour laquelle les infirmières ne semblent pas traiter la douleur comme il se doit en dépit de tout ce que l'on sait de la douleur tient au fait qu'il existe une telle abondance de connaissances qu'il est difficile de prendre des décisions sur les stratégies qu'il y a lieu d'utiliser dans certaines situations. Carroll, dans la rubrique « *Le coin du concepteur* » de ce numéro, analyse la pratique fondée sur l'expérience clinique dans le domaine du traitement de la douleur. Elle justifie notamment le recours à la méta-analyse dans le domaine du traitement de la douleur, compte tenu des atouts de cette démarche et des faiblesses d'autres méthodes pour faire la synthèse des connaissances existantes. Elle émet un avertissement à l'égard de la méta-analyse en ce sens que sa solidité ne peut pas dépasser la valeur scientifique des articles originaux. Compte tenu de la somme de documents parus sur le traitement de la douleur, cela constitue un problème mineur pour ce symptôme en particulier.

Même si nous savons beaucoup de choses sur la douleur physique et que les articles déjà mentionnés dans ce numéro éclairent la façon dont nous pouvons mettre ces connaissances en pratique, le domaine de la douleur psychique est nettement moins bien compris. L'observation et la documentation des symptômes de la schizophrénie ont été « médicalisées », en vue de poser un diagnostic exact. Baker a cependant utilisé des méthodes qualitatives pour analyser l'expérience subjective des sujets souffrant de schizophrénie et a constaté que la douleur psychique constituait le symptôme prééminent ou l'élément douloureux de leur expérience. En outre, l'intensité fluctuante de la douleur psychique, par opposition à d'autres symptômes, est l'un des principaux signes de changement dans la trajectoire de la maladie. Les récits qu'elle a obtenus de ses participants sur leur douleur affective sont troublants et poignants. Baker prend ces récits et les met dans un cadre qui peut servir aux infirmières en les amenant au-delà d'une compréhension de ce à quoi ressemble leur expérience.

Il y a d'autres symptômes dont ce numéro ne traite pas, mais la volonté des infirmières de tamiser à la fois ce qu'elles savent sur le symptôme et d'utiliser ces connaissances pour gérer le symptôme, s'appliquent à tous les symptômes. Les exemples que contient ce numéro sur les différents stades de la connaissance des symptômes (premièrement, essayer de comprendre ce que ressent le patient [Baker], deuxièmement, savoir comment trouver et faire la synthèse des connaissances actuelles [Carroll], et troisièmement, mettre ces connaissances en pratique [Howell et al.]) visent un vaste éventail de stratégies.

Je tiens à remercier les collaboratrices de leurs articles et de leurs réponses, et également tous ceux et celles qui ont présenté des manuscrits que nous n'avons malheureusement pas pu publier dans ce numéro. Les critiques ont fait un travail fouillé et rapide qui nous a été d'un précieux concours. La rédactrice en chef, Mme Laurie Gottlieb, a insisté sur les normes les plus rigoureuses et m'a permis de constater que la RCRSI était devenu une revue de tout premier ordre sous son égide. La rédactrice administrative, Jill Martis, m'a fait bénéficier de son aide et de son extraordinaire organisation, de sorte que j'ai éprouvé un véritable plaisir à lire, à examiner et à décider des manuscrits à publier dans ce numéro.

**Celeste Johnston**  
**Rédactrice invitée**

---

*Celeste Johnston, inf., D.Ed., est professeure agrégée et directrice adjointe de recherche à l'École de sciences infirmières de l'Université McGill à Montréal.*

### Références

- Abbott, F.V., Gray-Donald, K., Sewitch, M. J., Johnston, C.C., Edgar, L., & Jeans, M.E. (1992). The prevalence of pain in hospitalized patients and resolution over six months. *Pain* (Amsterdam), *50*, 15-28.
- Donovan, M. I., Dillon, P., & McGuire, L. (1987). Incidence and characteristics of pain in a sample of medical-surgical patients. *Pain* (Amsterdam), *30*, 69-78.
- Donovan, M. I., & Watt-Watson, J. H. (1992). *Pain management : Nursing perspectives*. (1<sup>e</sup> éd.). St. Louis, MO : Mosby Yearbook.
- Johnston, C. C., Abbott, F.V., Gray-Donald, K., & Jeans, M. E. (1992). A survey of pain in hospitalized patients aged four to fourteen years. *Clinical Journal of Pain*, *8*, 154-163.

Nightingale, F. (1946). *Notes on nursing: What it is and what it is not*. Philadelphia : E. Stern & Co.

Schechter, N. L., Allen, D. A., & Hanson, K. (1986). Status of pediatric pain control : A comparison of hospital analgesic use in children and adults. *Pediatrics* (Evanston, IL), 77, 11-15.