

Université de Montréal

Revue systématique d'interventions relatives à la gestion de symptômes  
chez la clientèle adulte traitée pour le VIH/sida

Présentée par

Jean-Pierre Monty  
Faculté des sciences infirmières

Travail dirigé présenté  
à la Faculté des sciences infirmières  
en vue de l'obtention du grade de Maître ès Sciences (M.Sc.)  
en sciences infirmières

Juin 2011

© Jean-Pierre Monty, 2011

Université de Montréal  
Faculté des études supérieures et postdoctorales

Ce travail dirigé intitulé :

Revue systématique d'interventions relatives à la gestion de symptômes  
chez la clientèle adulte traitée pour le VIH/sida

Présenté par :  
Jean-Pierre Monty

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Sylvie LeMay, inf., Ph.D.  
directrice de maîtrise

Géraldine Martorella, inf., Ph.D (Cand.)  
codirectrice de maîtrise

José Côté, inf., Ph.D.  
membre du jury

Juin 2011

## RÉSUMÉ

Les personnes vivant avec le virus de l'immunodéficience humaine/syndrome immunodéficitaire acquis sont couramment aux prises avec divers symptômes découlant de cette maladie, de ses complications, voire de sa gestion. Sous-estimer ces symptômes, c'est inévitablement échouer dans leur traitement. Or, si tous conviennent que la gestion des symptômes fait partie intégrante de l'administration des soins, il n'en reste pas moins qu'une maîtrise déficiente des symptômes conduit à un manque d'assiduité au traitement qui se répercute sur la qualité de vie. Force est de constater qu'avec l'administration d'antirétroviraux l'état de santé précaire des PVVIH/sida est devenu bien davantage chronique. Certes, les PVVIH/sida font face à différents symptômes tels que la douleur, la fatigue, la nausée et la diarrhée. Toutefois, elles peuvent, grâce à certaines interventions pharmacologiques et non pharmacologiques, gérer efficacement ces symptômes et jouir d'une meilleure qualité de vie plus longtemps. Le présent travail constitue une revue systématique des écrits sur les interventions traditionnelles et complémentaires actuellement accessibles en matière de gestion des symptômes chez les PVVIH/sida.

## MOTS-CLÉS

Gestion des symptômes, douleur, fatigue, diarrhée, nausée, VIH/SIDA et soins infirmiers

## SUMMARY

Day in day out, people living with human immunodeficiency virus/acquired immunodeficiency syndrome are battling with a variety of symptoms resulting from this disease, its complications, and, consequently, its management. It is said that one who underestimates these symptoms is bound to fail in their treatment. And yet, while everybody agrees that symptom management is an integral part of health care, the fact remains that poor symptom control leads to non-observance of treatment which, in turn, affects quality of life. It is generally recognized that with the advent of antiretroviral medication, HIV/AIDS's state of health has evolved from fragile to chronic. Admittedly, HIV/AIDS faces various symptoms such as pain, fatigue, nausea and diarrhea. However, it is possible for them, with the benefits of pharmacologic and non-pharmacologic interventions, to efficiently control these symptoms and enjoy a better quality of life over a longer period of time. This work represents a systematic review of the literature currently available on traditional and alternative approaches regarding HIV/AIDS's symptom management.

## KEYWORDS

*Symptom management, pain, fatigue, diarrhea, nausea, HIV/AIDS et nursing*

## TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ.....	iii
SUMMARY.....	iv
LISTE DES TABLEAUX .....	vi
REMERCIEMENTS.....	vii
DÉDICACE .....	viii
INTRODUCTION.....	1
RECENSION DES ÉCRITS.....	3
Symptôme de douleur .....	4
Symptôme de fatigue .....	7
Symptômes de diarrhée et de nausée .....	9
Interventions non pharmacologiques .....	10
But et objectifs poursuivis .....	13
Principales sources documentaires .....	14
RÉSULTATS.....	25
La douleur.....	25
La fatigue .....	28
La nausée / la diarrhée .....	31
Le contrôle non pharmacologique des symptômes.....	33
ANALYSE CRITIQUE.....	38
CONCLUSION.....	55
RÉFÉRENCE.....	57

## LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU 1 ÉTUDES SUR LE SYMPTÔME DE DOULEUR.....	16
TABLEAU 2 ÉTUDES SUR LE SYMPTÔME DE FATIGUE.....	17
TABLEAU 3 ÉTUDES SUR LES SYMPTÔMES DE NAUSÉE ET DE DIARRHÉE .	19
TABLEAU 4 ÉTUDES SUR LE CONTRÔLE NON PHARMACOLOGIQUE DES SYMPTÔMES .....	21

## REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier M<sup>me</sup> Sylvie LeMay, inf., Ph.D., directrice du présent travail dirigé, pour son soutien, sa disponibilité, le généreux partage de ses connaissances et ses précieux conseils lors de la rédaction de ce travail de Maîtrise. Je veux également remercier M<sup>me</sup> Géraldine Martorella, inf., Ph.D. (c), codirectrice de ce travail dirigé, pour ses excellentes observations qui m'ont permis de peaufiner mon travail.

Je tiens aussi à manifester ma gratitude à M<sup>me</sup> José Côté, inf., Ph.D., correctrice de ce travail dirigé, dont les judicieuses recommandations ont été mises à profit.

Finalement, je souhaite remercier ma famille et mes amis pour l'appui qu'ils m'ont accordé tout au long de mes études.

## DÉDICACE

Je dédie ce travail à Martine, Maude, et Frédéric pour leur encouragement indéfectible tout au long de la poursuite de mes études de deuxième cycle.



## INTRODUCTION

Plusieurs symptômes reliés au VIH/sida, à ses complications ou à sa gestion sont sous-estimés et donc sous-traités (Nader et coll., 2009). La gestion des symptômes chez les personnes vivant avec le VIH/sida (PVVIH/sida) est reconnue comme une composante importante dans l'administration des soins, car des symptômes non contrôlés peuvent mener à une diminution de l'assiduité au traitement et, par conséquent, de la qualité de vie (Holzemer et coll., 2001). Le VIH/sida et la thérapie des antirétroviraux (ARV) sont souvent accompagnés de symptômes physiques et psychologiques, comme la douleur, la fatigue, la peur et l'anxiété qui nécessitent une attention particulière lors de l'évaluation de l'état la santé et du choix des interventions dans une optique de continuité de soins (Wantland et coll., 2008). Spirig et coll. (2005) signalent que la constance dans la prise de la médication chez les PVVIH/sida est similaire à celle de personnes souffrant d'une autre maladie chronique, soit de 20 % à 50 %. Toutefois, les conséquences de l'inconstance sont plus importantes chez les patients VIH/sida, parce qu'une constance en deçà de 95 % favorise une résistance au virus et à la progression de la maladie (Spirig et coll., 2005). Johnson et coll. (2003) soulignent l'importance de faire une distinction entre les effets secondaires associés à un traitement et les symptômes reliés à la maladie lorsque le patient VIH/sida est sous médication. Toujours selon ces auteurs, il est difficile pour les PVVIH/sida de distinguer entre l'expérience subjective liée aux effets secondaires du traitement et les symptômes de la maladie, ce qui se répercute sur l'assiduité au traitement, le recours aux soins de santé et la qualité de vie.

Newshan et coll. (2002) indiquent que dans un échantillon de patients (n = 484) provenant d'une clinique ambulatoire de patients VIH/sida, 68 % présentaient au moins un symptôme relié à la maladie alors que 96 % des patients présentaient plus d'un symptôme.

Parmi les plus fréquents de ces symptômes, on retrouve la fatigue (43 %) et la douleur (31 %). Johnson et coll. (2003) ont effectué une étude (n = 109), dans le cadre d'une thérapie (ARV), sur les symptômes cités par les PVVIH/sida et l'impact de ces symptômes sur leur qualité de vie. Parmi les problèmes les plus préoccupants on retrouvait la fatigue (85,3 %), les douleurs musculaires (77,1 %), la diarrhée (72,5 %) ainsi que les nausées et les vomissements (49,5 %).

En outre, diverses réactions observées chez les patients, telles qu'une augmentation de l'anxiété à la moindre altération de l'état de santé ou l'exigence de voir le médecin le jour même et à la minute, ont permis à l'auteur de prendre conscience de la détresse physique et psychologique vécue par les PVVIH/sida. Cependant, ces derniers peuvent aspirer à une meilleure qualité de vie et à une prolongation de celle-ci grâce à la prise assidue de médicaments tels que les ARV. Nous avons remarqué que le patient VIH/sida nécessite de moins en moins de temps d'hospitalisation. Toutefois, lorsque celle-ci est nécessaire, le patient est la plupart du temps parvenu à la phase terminale de la maladie. En effet, Chou et coll. (2004) mentionnent que comme, pour la plupart des maladies chroniques, la majorité des soins aux PVVIH/sida sont prodigués dans les cliniques ambulatoires.

Selon Barroso et coll. (2008), ainsi que Wells Pence et coll. (2008), maintenant que les traitements prolongent la vie des PVVIH/sida, la gestion des symptômes est devenue un enjeu de première importance. Karus et coll. (2005) reconnaissent que la mise au point de nouveaux traitements pour le patient VIH/sida a eu pour effet d'augmenter le taux de survie tout en réduisant l'impact de conditions de comorbidité chez les PVVIH/sida. Ils s'entendent toutefois pour mentionner que ces traitements s'avèrent inefficaces dans des milliers de cas, notamment lorsque le traitement est amorcé alors que le système immunitaire du patient est gravement

affaibli, quand la prise de médicaments est irrégulière ou encore lorsque le traitement n'est pas toléré.

L'autogestion des symptômes est une composante primordiale des soins dans le contexte des maladies chroniques (Bunch, 2004; Chou et coll., 2004a, 2004; Wantland et coll., 2008). Les symptômes physiques et psychologiques mentionnés plus haut dans le texte ont un effet restrictif sur la vie quotidienne de l'individu atteint du VIH/sida. En effet, l'autogestion des multiples symptômes reliés au VIH/sida et aux effets secondaires des médicaments devient, pour l'individu, une importante tâche dans le maintien d'une qualité de vie optimale et cela, au quotidien (Wantland et coll., 2008). Sousa et coll. (2006) précisent qu'une diminution du nombre de symptômes reliés au VIH/sida est essentielle à une meilleure qualité de vie, puisque cette maladie est incurable et que les PVVIH/sida vivent plus longtemps.

## RECENSION DES ÉCRITS

Alors qu'actuellement les nouvelles thérapies telles que les ARV gagnent en popularité, le contrôle des symptômes demeure un enjeu dans les soins aux PVVIH/sida (Bunch, 2004; Chou et coll., 2004; Harding et coll., 2005; Holzemer et coll., 2001; Nader et coll., 2009; Peretti-Watel et coll., 2004; Spirig et coll., 2005; Wantland et coll., 2008; Webb et coll., 2004). Selon Newshan et coll. (2002), les professionnels de la santé doivent réaliser que si les ARV ont contribué à diminuer le taux de morbidité et de mortalité, ils n'ont toutefois pas éliminé la douleur et les autres symptômes chez les PVVIH/sida. Plusieurs études (Bunch, 2004; Chou, 2004; Chou et coll., 2004a; Chou et coll., 2004; Hughes, 2004; Spirig et coll., 2005; Wantland et coll., 2008) font état de l'importance de l'autogestion des symptômes par le patient VIH/sida.

Chou et coll. (2004) ainsi que Nokes et coll. (2005) font ressortir le fait que plus la gestion des symptômes chez le patient VIH/sida devient complexe, plus le niveau de responsabilité du patient croît en ce qui concerne l'autosoin. Il importe donc pour ces auteurs de mieux comprendre les stratégies utilisées par le patient VIH/sida dans la gestion des symptômes.

Ainsi, la douleur peut résulter de causes multiples, notamment la maladie elle-même ou ses conséquences, les traitements de l'infection au VIH/sida, ou d'autres conditions chroniques (Aouizerat et coll., 2010; Koeppe et coll., 2010). Pour Barroso et coll. (2008), Bormann et coll. (2001), la fatigue est le symptôme le plus fréquent et le plus pénible chez les PVVIH/sida, car il diminue la capacité de mener des activités physiques ou mentales. Malgré l'avènement des ARV, les symptômes de nausée et de diarrhée demeurent également un problème qui peut avoir des conséquences sur la santé et la qualité de vie des patients (Tinmouth et coll., 2007).

## SYMPTÔME DE DOULEUR

Koeppe et coll. (2010) mettent en relief la problématique de la douleur chez la PVVIH/sida. Celle-ci affecte de 30 % à 67 % de cette population. Selon, Woolridge et coll. (2005), Stein Marcus et coll. (2000) la douleur peut résulter soit des effets indirects des thérapies dans le traitement du VIH/sida, tels que les effets secondaires des médicaments, soit avoir une étiologie sans lien avec le VIH/sida ou ses divers traitements, ou encore dépendre des conditions prémorbides.

Aouizerat et coll. (2010) ont mené une étude auprès de PVVIH/sida (n = 317) afin d'estimer la prévalence de la douleur, de déterminer les facteurs de risque associés à celle-ci et de comparer les différences dans les symptômes de fatigue, de troubles du sommeil, d'anxiété et de

dépression chez les participants présentant ou non de la douleur. Ces auteurs indiquent que plus de la moitié (55 %; n = 175) des participants à leur étude (n = 317) disaient éprouver de la douleur et plus de (82 %; n = 175) de ces derniers ont signalé une douleur allant de sévère à très sévère. Les résultats montrent qu'il y a une prévalence élevée de la douleur (55 %), associée à l'état immunitaire (CD4+ T-cell) au groupe ethnique et aux troubles du sommeil. Koeppe et coll. (2010) ont mené une étude transversale portant sur une première cohorte (n = 115) de patients ayant reçu un diagnostic de douleur et utilisant des opioïdes quotidiennement et sur une deuxième cohorte 2 (n = 209) de patients ayant reçu un diagnostic de douleur et n'utilisant aucun opioïde régulièrement. Ces auteurs soulignent que certains patients présentaient une douleur neuropathique (45,2 %/48,8 %), lombaire (27,8 %/22,5 %), arthritique ou articulaire (6,1 %/12,9 %) alors que d'autres (30 %/16,7 %) avaient reçu un diagnostic de douleur secondaire.

Frich et coll. (2000) expliquent que les écrits scientifiques de divers auteurs (Breitbart et coll., 1996; Newshan et coll., 1993; O'Neill et coll., 1993) décrivent leur approche dans la gestion de la douleur chez les patients VIH/sida en se fondant sur l'expérience clinique et l'utilisation de l'échelle analgésique de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Précisons que l'OMS s'appuie sur le principe que la gestion de la douleur est identique chez les patients VIH/sida et chez ceux atteints de cancer à un stade avancé. Glare (2001) soutient, pour sa part, que depuis l'introduction des ARV, le VIH/sida étant devenu une maladie chronique le paradigme de la douleur cancéreuse n'est ainsi plus approprié aux patients VIH/sida.

Toujours selon Glare, s'il existe certaines similarités, on observe cependant quelques différences contextuelles liées à la problématique de la douleur et de sa gestion, selon qu'il s'agisse de la douleur cancéreuse ou de celle reliée au VIH/sida, différences qui rendent cette

dernière plus difficile à évaluer et à traiter. Parmi ces dissimilarités notons, entre autres, la présence de polypharmaco-thérapie, de problèmes de santé mentale complexe reliés au sida, le peu d'accès à une expertise clinique sur la douleur ainsi qu'une connaissance limitée de l'utilisation efficace des analgésiques chez la même clientèle. Fait à noter, dans le contexte d'un diagnostic de douleur et ce, autant chez les populations VIH négatives que positives, certaines variables à caractère démographique, comme l'âge et la scolarité, et certaines variables reliées au VIH/sida, telles l'utilisation de drogue intraveineuse ou d'ARV, et d'autres encore de nature psychosociale, comme la maladie mentale, prédisposent à la douleur lorsqu'elles se conjuguent à un faible revenu socioéconomique. Bien que l'étiologie de la douleur ait fréquemment été attribuée à l'infection au VIH et aux médicaments utilisés pour traiter celle-ci, une proportion de 12 % à 40 % des PVVIH/sida développe une neuropathie périphérique, mais tout à fait asymptomatique, laissant supposer que nous avons affaire à un processus multifactoriel de la douleur (Koepe et coll., 2010).

Nous l'avons déjà mentionné, le VIH/sida étant perçu de plus en plus comme une maladie chronique plutôt qu'une maladie qui progresse vers la fin de vie, il est suggéré d'adopter une approche multimodale comme le modèle de la pyramide et du ruban (*pyramid-plus-ribbon*, adapté de Jacox et coll., 1994) utilisé dans la gestion de la douleur cancéreuse. Cette approche se révélerait plus efficace dans le soulagement de la douleur reliée au VIH/sida, parce qu'elle met l'accent sur l'importance des thérapies propres à la maladie, des interventions psychosociales et des modalités physiques, en plus de l'utilisation des analgésiques déjà connus. La gestion de la douleur est donc abordée en décrivant une hiérarchie de stratégies qui va de la moins à la plus envahissante (Glare, 2001).

Par ailleurs, les écrits font état de différents obstacles à la gestion de la douleur chez le patient VIH/sida : perceptions des professionnels de la santé, barrières propres aux patients et confrontations d'opinions entre spécialistes et oncologues sur la gestion de la douleur et des soins palliatifs (Harding et coll., 2005; Peretti-Watel et coll., 2004). La complexité de la maladie VIH/sida peut conduire les médecins à mettre davantage l'accent sur les complications potentiellement graves que sur le confort du patient, du moins dans les premiers stades de la maladie, et à ne procéder finalement à une gestion de la douleur et des symptômes qu'au moment de la phase terminale de la maladie (Peretti-Watel, 2004).

Parce qu'elle est essentiellement subjective, Resnik et coll. (2001) soutiennent que la douleur demeure un problème pour la médecine car celle-ci cadre mal avec la démarche scientifique adoptée face à la santé et à la maladie, optique que partage la majorité des professionnels de la santé. En effet, la douleur, dont les causes primaires sont souvent mal comprises, est la plupart du temps considérée comme un banal symptôme plutôt qu'une maladie. Il n'existe pas de formule magique pour la traiter et elle n'entre pas dans les modèles experts sur le plan des connaissances. Selon ces auteurs, le médecin doit s'appuyer sur des connaissances poussées afin de comprendre la cause profonde de la douleur et de recommander un traitement approprié. Toutefois, aucune compétence particulière n'est exigée de lui pour ce qui est d'observer la douleur. En matière de douleur ressentie, l'expert n'est autre que le patient.

## SYMPTÔME DE FATIGUE

La fatigue est le symptôme le plus souvent mentionné chez les patients VIH/sida, car elle est très invalidante. La prévalence de la fatigue chez les PVVIH/sida varie de 20 % à 60 % pendant

la phase aiguë de l'infection primaire au VIH. À mesure que la maladie progresse vers le sida, la fatigue se manifeste chez la plupart des individus pour devenir un symptôme grave et persistant (Phillips et coll., 2004). L'étiologie de la fatigue est multifactorielle et a été associée à de nombreux facteurs physiologiques et psychologiques. Salahuddin et coll. (2009) , Adinolfi (2001) évoquent les causes fréquemment mises de l'avant pour expliquer la fatigue chez les patients VIH/sida, comme le manque de repos/de sommeil, la somnolence diurne, une alimentation inadéquate, un stress psychologique s'accompagnant de dépression et d'anxiété, l'utilisation de substances récréatives comme l'alcool, le tabac et les drogues, les effets secondaires des médicaments — tant ceux pour traiter le VIH/sida que ceux pour prévenir les infections opportunistes — une anomalie des glandes surrénales, de la glande thyroïde et des gonades, les troubles du sommeil, la fièvre et l'anémie. La fatigue affaiblit les fonctions physiques, diminue la qualité de vie et a une incidence sur l'assiduité au traitement par les ARV (Corless et coll., 2008; Simmonds et coll. 2005; Voss et coll., 2006).

Voss et coll. (2006) citent Piper (1998) à propos des six dimensions de la fatigue associées aux PVVIH/sida. Ce sont les dimensions suivantes : temporelle (différences circadiennes), sensorielle (symptômes systémiques, intensité et localisation de la fatigue), cognitive/mentale (altération de la mémoire, de la concentration, de l'attention et de la vigilance), affective/émotive (irritabilité croissante, impatience, manque de motivation et dépression), comportementale (impact sur les activités de la vie quotidienne) et physiologique (changements dans les tests de laboratoire, les résultats radiologiques et l'examen physique).

Une multitude de corrélations physiologiques et psychologiques touchant la fatigue ont été examinées. Toutefois, on soupçonne maintenant qu'un état nutritionnel déficient pourrait expliquer partiellement la fatigue que ressent le malade atteint du VIH/sida (Meynell et coll.,



2005). Voss (2005) soutient que la fatigue est citée comme la raison principale soit de l'oubli d'une dose d'un médicament, soit d'une période de sommeil prolongée, faisant en sorte qu'on saute l'heure prévue du traitement. Elle contribuerait également à la résistance psychologique à la thérapie.

## SYMPTÔMES DE DIARRHÉE ET DE NAUSÉE

Malgré l'utilisation d'ARV, la diarrhée, la nausée et le vomissement demeurent un problème qui mine la santé des PVVIH/sida et leur qualité de vie (Chubineh, S., McGowan, J., 2008; Tinmouth et coll., 2007; Tramarin et coll., 2004). Plus de 60 % des PVVIH/sida souffriront de diarrhées graves au cours de leur maladie (Anastasi et coll., 2003). Souvent considérée comme humiliante et comme une source d'anxiété, la diarrhée irrite certains individus au point qu'ils sont prêts à tout essayer pour venir à bout de ce problème. Certains vont jusqu'à réduire leur ingestion de nourriture dans l'espoir de diminuer le volume des selles. Chez d'autres, le simple fait de penser que manger va provoquer un épisode de diarrhée suffit à accroître l'inquiétude qui, à son tour, supprime l'envie de se nourrir (Anastasi et coll., 2001). Des infections intestinales et la diarrhée associées à la prise d'ARV peuvent occasionner un état clinique aigu ou chronique. Une diarrhée aiguë peut mener à une exacerbation occasionnelle (douleurs abdominales persistantes, crampes ou coliques), tandis qu'une diarrhée chronique, moins douloureuse, peut avoir un impact plus important sur la qualité de vie (Tramarin et coll., 2004).

À mesure que l'état immunitaire continue de se détériorer, les PVVIH/sida à un stade avancé contractent une diarrhée chronique (deux selles molles ou liquides et plus par jour (sur une période de 30 jours) associée à diverses morbidités, à une perte de poids, et à une malnutrition

(Anastasi et coll., 2001). L'étiologie de la diarrhée chronique est multifactorielle et complexe. Près de 75 % à 80 % des PVVIH/sida présentent des parasites, des bactéries pathogènes et des virus dans leurs selles et 10 % d'entre elles, de multiples organismes concomitants (Anastasi et coll., 2001). Chubineh et McGowan (2008) rappellent que la nausée et le vomissement ont un effet protecteur lorsqu'au début du processus d'une maladie le vomissement a pour but de rejeter les agents nocifs de l'organisme. Toutefois, la nausée et le vomissement deviennent problématiques quand ils altèrent l'état nutritionnel et conduisent à une perte de liquide et de nutriments.

Certains individus recherchent une solution de rechange aux traitements classiques (pharmacologiques) pour soulager les symptômes associés au VIH/sida. D'après Foote-Ardah (2003), les chercheurs s'entendent sur le fait que les PVVIH/sida sont plus susceptibles de recourir à la médecine parallèle que d'autres personnes atteintes de maladies graves telles que le cancer ou l'arthrite. Les auteurs estiment d'ailleurs que pas moins des deux tiers des PVVIH ont tenté des approches alternatives.

## INTERVENTIONS NON PHARMACOLOGIQUES

La gestion des symptômes des PVVIH/sida est une composante très importante de la gestion des soins. Le rôle des interventions pharmacologiques dans la gestion des symptômes est bien connu et les stratégies non pharmacologiques gagnent en intérêt tant chez les patients que chez les professionnels de la santé (Rao et coll., 2009; Tsao et coll., 2005).

À titre d'exemple, Power et coll. signalent que l'acupuncture est l'une des techniques les plus souvent utilisées pour traiter les symptômes liés au VIH/sida, notamment pour la diarrhée, la

nausée et les douleurs musculaires; ils affirment également que l'utilisation de plantes et herbes médicinales, telles les herbes médicinales chinoises, est très répandue chez les PVVIH/sida aux États-Unis l'objectif étant de fortifier le système immunitaire (Power et coll., 2002). Mentionnons que la thérapie par l'art constitue une autre stratégie non pharmacologique. Elle a été utilisée avec succès chez certains patients pour les aider à gérer leurs symptômes (Rao et coll., 2009). Il ne faut pas non plus oublier la marijuana qui est utilisée pour ses propriétés médicinales depuis des siècles. Le principal agent actif, le tétrahydro-cannabinol (THC), sous forme de dronabinol, est approuvé pour traiter les nausées et vomissements aussi bien dans les cas associés à la chimiothérapie, que chez les patients VIH/sida. Il stimule l'appétit, et contrecarre la nausée occasionnée par les ARV et soulage la douleur mais moins rapidement que la marijuana fumée (Corless et coll. 2009; de Jong et coll., 2005).

Parmi les interventions non pharmacologiques, McCormick et coll. (2001) soulignent que la spiritualité est une ressource importante à laquelle les PVVIH/sida ont recours afin d'affronter leur maladie. La spiritualité recouvre des composantes religieuse et existentielle qui embrassent les concepts de signification de la vie, d'espoir, d'autotranscendance et de rituels. Litwinczuk et coll. (2007) citent l'étude de Siegel et Schrimshaw (2002) sur les bienfaits que les PVVIH/sida ont retirés de leurs croyances ou pratiques religieuses et spirituelles. Neuf avantages ont ainsi été dégagés et décrits : 1) évocation de sentiments émotifs et de confort; 2) force, autonomie et contrôle; 3) allègement du fardeau émotif de la maladie; 4) soutien social et sens d'appartenance; 5) soutien spirituel à travers une relation personnelle avec Dieu; 6) gain de sens et acceptation de la maladie; 7) aide bienfaitrice pour la santé; 8) apaisement de la peur et des incertitudes à l'égard de la mort et 9) acceptation de soi ainsi qu'atténuation du blâme envers soi. Pour Coleman et coll. (2006), sachant que différents groupes ethniques utilisent la prière comme

stratégie de soins, les infirmières et autres professionnels de la santé peuvent intégrer celle-ci à l'intérieur de leur pratique clinique.

Le personnel soignant doit faire tous les efforts possibles pour rester sensible aux valeurs personnelles, culturelles et religieuses du patient, à ses croyances et à ses habitudes dans le cadre de la gestion des symptômes (ONUSIDA, 2001). Assister les PVVIH/sida exige de la part de l'intervenant qu'il considère la personne dans sa globalité. L'approche holistique implique une compréhension des relations entre les dimensions biologique, psychologique, sociale et spirituelle des individus (Tuck et coll., 2001). Gillett et coll. (2002) précisent que les infirmières peuvent jouer un rôle de premier plan comme personnes ressources dans le soutien des PVVIH/sida, notamment en encourageant un dialogue ouvert face aux différentes approches de soins utilisées par les patients et l'équipe de soins et en invitant les patients à rechercher l'aide disponible au sein de la communauté afin qu'ils prennent une part active dans le choix des stratégies de gestion de leur état de santé.

Lorsqu'une infirmière évalue les symptômes d'un patient, elle doit tenter de comprendre le point de vue de la personne qui vit avec des symptômes de douleur, de fatigue, de nausée ou de diarrhée, car cette expérience est en soi subjective. Elles peuvent également aider les patients à repérer les moments où ils ressentent une exacerbation d'un symptôme (douleur, fatigue, etc.) en les incitant à tenir un journal afin de déceler ce qui aggrave ou atténue le symptôme et, enfin, soutenir les patients lorsque ceux-ci disent ressentir de la douleur ou de la fatigue, en reconnaissant que celle-ci est réelle (Hughes, 2004). L'évaluation de la gestion des symptômes est un élément central et intégral de la pratique des soins infirmiers afin d'évaluer l'efficacité des interventions (traditionnelles, complémentaires et infirmières), tout particulièrement dans la

gestion de maladies chroniques telles que le VIH/sida, et d'ainsi optimiser les prises de décisions reliée aux symptômes précédemment décrits.

## BUT ET OBJECTIFS POURSUIVIS

Le but du présent travail dirigé est d'effectuer une analyse critique des principaux articles portant sur les interventions traditionnelles et complémentaires reliées à la gestion des principaux symptômes chez les patients adultes vivant avec le VIH/sida afin de proposer des pistes d'interventions pour la pratique infirmière.

Les principaux objectifs retenus pour ce travail sont les suivants :

- Établir l'état des connaissances portant sur la gestion des symptômes de la douleur, de la fatigue, de la diarrhée et des nausées chez les patients aux prises avec le VIH/sida.
- Présenter une analyse et une réflexion sur les interventions classiques et complémentaires proposées découlant de la recension des écrits portant sur le soulagement des symptômes précités.
- Proposer des pistes d'interventions pour permettre aux infirmières de soutenir les PVVIH/sida dans la gestion de leurs symptômes.

## PRINCIPALES SOURCES DOCUMENTAIRES

L'analyse documentaire systématique s'est réalisée du 16 février 2010 jusqu'au 31 janvier 2011, à partir de différentes sources d'information, incluant les bases de données suivantes pour la période de 2000 à 2010 : EBSCO HOST (CINHAL), EMBASE, PUBMED, REPÈRE, MEDLINE (OVID) et COCHRANE. Les mots clés utilisés pour les besoins de cette recherche étaient les suivants : *symptom management, pain, fatigue, diarrhea, nausea, HIV/AIDS* et *nursing*. Afin d'obtenir un meilleur éventail d'articles, des mots clés ont été combinés et utilisés tels que : *AIDS care and symptom management; AIDS care and pain management; AIDS care and fatigue; AIDS care and diarrhea; AIDS care and nausea; nursing and AIDS; HIV/AIDS and pain; HIV/AIDS and fatigue; HIV/AIDS and diarrhea; HIV/AIDS and nausea; nursing and AIDS and pain; nursing and AIDS and fatigue; nursing and AIDS and diarrhea; nursing and AIDS and nausea; nursing and HIV/AIDS and spirituality; nursing and HIV/AIDS and cannabis*. À partir des références des articles primaires, nous avons repéré d'autres références pertinentes qui auraient pu être omises lors de la recension des banques de données identifiées. De plus, l'auteur a communiqué par courriel avec différentes sommités dans le domaine des soins infirmiers auprès des PVVIH/sida afin que ces spécialistes le dirigent dans la recherche des écrits.

La sélection des articles répond à des critères précis, à savoir : communication récente directement reliée à la gestion des symptômes — plus particulièrement, la douleur, la fatigue, la nausée et la diarrhée — recension d'écrits ou encore articles de recherche auprès d'une population cible d'adultes âgés de 18 à 64 ans atteints du VIH/sida. Les articles d'opinion étaient exclus.

Les tableaux suivants présentent les principales caractéristiques des articles sélectionnés : auteurs, année de l'étude, publication, titre de l'article, but, type de recherche ou devis de l'étude, méthode et, finalement, résultats et observation des auteurs. Les tableaux sont divisés selon le symptôme (douleur, fatigue, nausée et diarrhée) choisi pour l'étude. Nous avons répertorié au total cinquante-six articles. Nous avons exclu les articles descriptifs et gardé quarante-deux études portant sur l'évaluation de la mise à l'essai d'interventions reliées à la gestion de symptômes.

TABLEAU 1 ÉTUDES SUR LE SYMPTÔME DE DOULEUR

<b><u>Auteur(s) / périodique et année</u></b>	<b><u>Titre</u></b>	<b><u>But</u></b>	<b><u>Type de recherche / devis de l'étude</u></b>	<b><u>Méthode</u></b>	<b><u>Résultats / commentaires conclusifs des auteurs</u></b>
Woolridge, E. et coll. (2005), <i>Journal of Pain and Symptom Management</i>	Cannabis Use in HIV for Pain and Other Medical Symptoms.	Mesurer les habitudes et la prévalence d'utilisation du cannabis chez les PVVIH/sida et évaluer les avantages ou les inconvénients sur le contrôle des symptômes.	Étude de type transversal à partir d'un questionnaire (n = 523).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sujets : un seul groupe provenant d'un centre de consultation externe.</li> <li>• Deux séries de (6) questions de type fermé portant sur l'utilisation par les répondants de cannabis dans le but de traiter les symptômes reliés au VIH/sida</li> </ul>	Un tiers des répondants (27 %, 143/523) a déclaré utiliser du cannabis pour le traitement de symptômes et mentionné, entre autres, une amélioration de l'appétit (97 %) et une diminution de la douleur musculaire (94 %) ainsi que de la nausée (93 %).
Koeppe, J. et coll. (2010), <i>Clinical Journal of Pain</i>	Ongoing Pain Despite Aggressive Opioid Pain Management Among Persons With HIV.	Évaluer l'impact de l'utilisation d'une approche proactive du contrôle de la douleur chez les PVVIH/sida et comprendre pourquoi certaines d'entre elles continuent d'éprouver de la douleur.	Étude de cohortes de type transversal (cohorte 1, n = 115; cohorte 2, n = 209; cohorte 3, n = 796).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sujets : recrutés par la clinique universitaire, section des maladies infectieuses, de l'université du Colorado, se répartissant en trois cohortes : <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Individus utilisant des opioïdes quotidiennement pour combattre une douleur chronique (cohorte 1);</li> <li>◦ Individus présentant un diagnostic de douleur chronique, utilisant des opioïdes occasionnellement (cohorte 2) et</li> <li>◦ Individus ne présentant pas de diagnostic de douleur chronique (cohorte 3).</li> </ul> </li> </ul>	Les individus de la cohorte 1 éprouvaient significativement plus de douleur [scores moyens de douleur (échelle 0-10) : 4,3 cohorte 1; 1,9 cohorte 2; 0,7 cohorte 3] variant de modérée à très grave (58,6 % cohorte 1; 15,5 % cohorte 2; 4,9 % cohorte 3). L'approche proactive (usage quotidien d'opioïdes afin de combattre une douleur chronique) pour la cohorte 1 n'a pas vraiment été efficace pour le contrôle de la douleur. L'ajout d'une équipe interdisciplinaire (médecin, infirmière, psychiatre et travailleur social) peut s'avérer plus efficace que la seule utilisation de médication.



TABLEAU 2 ÉTUDES SUR LE SYMPTÔME DE FATIGUE

<u>Auteur(s) / périodique et année</u>	<u>Titre</u>	<u>But</u>	<u>Type de recherche / devis de l'étude</u>	<u>Méthode</u>	<u>Résultats / commentaires conclusifs des auteurs</u>
Corless, I.B. et coll. (2002), <i>Oncology Nursing</i>	Self-care for Fatigue in Patients With HIV.	Déceler à quel moment les PVVIH/sida ressentent de la fatigue comme étant un problème; vérifier leurs perceptions à l'égard de cette dernière, leurs comportements d'autosoin et le niveau d'efficacité de ceux-ci.	Étude de type descriptif (n = 422).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sujets : recrutés dans différents sites, organismes ou agences qui procurent des services à la clientèle VIH/sida au Massachusetts, dans l'État de New York, en Norvège, au New Jersey et dans la baie de San Francisco.</li> <li>• Citer et décrire des symptômes et problèmes physiques ou psychologiques récurrents et répondre pour chacun d'eux à certaines questions de type ouvert (3) — selon le modèle de gestion des symptômes, mis au point par l'Université de Californie à San Francisco (UCSF) — sur leur perception de la fatigue, leurs comportements d'autosoin et leurs sources d'information reliées à ceux-ci.</li> <li>• La collecte des données fait appel à des techniques quantitatives (collecte de données en personne ou par courrier, à partir de différents sites ou du site Web de l'UCSF).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Parmi les stratégies d'autosoins (de l'échantillon n = 31 spécifique au symptôme de la fatigue) fréquemment utilisées, citons :</li> <li>• les suppléments vitaminiques et nutritionnels (n = 29, 31 %), le sommeil et les siestes (n = 21, 23 %), l'adaptation des activités, des points de vue ou des idées (n = 16, 17 %) et l'exercice (n = 14, 15 %).</li> <li>• Parmi les 41 sources d'information mentionnées : <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ les interventions maison (n = 15, 37 %)</li> <li>◦ les médias (n = 13, 32 %)</li> <li>◦ les amis, la famille (n = 7, 17 %)</li> <li>◦ les médecins (n = 3, 7 %)</li> <li>◦ et autres (n = 3, 7 %).</li> </ul> </li> <li>• 71 % des stratégies étaient considérées comme efficaces, 12 % comme non efficaces.</li> </ul>

<u>Auteur(s) / périodique et année</u>	<u>Titre</u>	<u>But</u>	<u>Type de recherche / devis de l'étude</u>	<u>Méthode</u>	<u>Résultats / commentaires conclusifs des auteurs</u>
Jenkin, P. et coll. (2006), <i>Journal of Clinical Nursing</i>	The experience of fatigue for adults living with HIV.	Comprendre comment les PVVIH/sida vivent avec le symptôme de fatigue et décrire les stratégies d'autosoin adoptées par ces adultes atteints du VIH/sida dans le quotidien.	Étude de type qualitatif (n =15).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sujets : recrutés à partir de différentes stratégies comme la distribution de dépliants, les reportages et les petites annonces.</li> <li>• La collecte de données s'est effectuée de différentes façons (entrevue individuelle, partage en groupe des expériences vécues par chaque personne, rencontre sur la validation des résultats).</li> <li>• Cette étude s'appuyait sur la méthode de recherche de participation active de Stringer (1999).</li> </ul>	<p>La fatigue fait partie intégrante de la maladie et les participants considèrent généralement que la seule façon de la gérer, c'est de mettre l'accent sur l'autosoin de celle-ci. L'un d'entre eux résume ainsi l'autosoin : « être à l'écoute de son corps, ralentir et se débarrasser de la fatigue ».</p> <p>Un autre individu mentionne que « pour pallier sa fatigue, il cherche à se garder sans cesse occupé ». Pour une des participantes, l'autosoin signifie que « si elle peut s'engager dans une activité dans laquelle elle a un sentiment de récompense et de motivation, elle ressent moins la fatigue ».</p> <p>Une autre stratégie adoptée par l'un des participants consiste à se préparer mentalement avant d'aller au travail; effectivement, il s'assure de ne pas avoir des activités qui demandent un effort physique intense, par exemple, jardiner la veille d'une journée de travail.</p>

TABLEAU 3 ÉTUDES SUR LES SYMPTÔMES DE NAUSÉE ET DE DIARRHÉE

<b><u>Auteur(s) / périodique et année</u></b>	<b><u>Titre</u></b>	<b><u>But</u></b>	<b><u>Type de recherche / devis de l'étude</u></b>	<b><u>Méthode</u></b>	<b><u>Résultats / commentaires conclusifs des auteurs</u></b>
Anastasi, J. K. et McMahon, D. J. (2003), <i>Journal of the Association of Nurses in AIDS Care</i>	Testing Strategies to Reduce Diarrhea in Persons with HIV Using Traditional Chinese Medicine: Acupuncture and Moxibustion. <sup>1</sup>	Déterminer l'influence de l'acupuncture et de la moxibustion dans la réduction de la fréquence des diarrhées et l'augmentation de la consistance des selles chez les hommes vivant avec le VIH/sida.	Étude prospective, d'approche chronologique (n = 15).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sujets : hommes présentant un problème de diarrhée chronique incurable selon la médecine classique.</li> <li>• Participation à six séances d'intervention (séance d'acupuncture/de moxibustion deux fois par semaine pendant trois semaines).</li> <li>• Tenir un journal sur le nombre d'épisodes de diarrhée/jour, une description de la consistance des selles (en utilisant, un pictogramme et une description de la consistance possible des selles; 0= aucune selle, 1 = petite et sèche, à 9 = très liquide) et les médicaments ingérés.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'analyse des sujets retenus au début de l'étude (n = 15) indique en moyenne une fréquence quotidienne des selles de 3,50 (<math>\pm</math> 1,58) et une consistance de 4,25 (<math>\pm</math> 1,92).</li> <li>• Les résultats chez les participants ayant suivi le protocole complet (n = 12) montrent une amélioration appréciable, soit -0,94 (<math>\pm</math> 0,84; <math>p &lt; 0,005</math>) pour ce qui est de la fréquence des selles, une réduction d'un peu moins d'un épisode par jour, et -1,17 (<math>\pm</math> 1,62; <math>p &lt; 0,05</math>) pour ce qui est de la consistance des selles, soit une hausse de plus d'un point sur l'échelle de consistance des selles.</li> </ul>

<sup>1</sup>Combustion de l'armoise séchée sur des points d'acupuncture ou d'autres zones cutanées

<b><u>Auteur(s) / périodique et année</u></b>	<b><u>Titre</u></b>	<b><u>But</u></b>	<b><u>Type de recherche / devis de l'étude</u></b>	<b><u>Méthode</u></b>	<b><u>Résultats / commentaires conclusifs des auteurs</u></b>
Anastasi, J.K. et coll. (2006), <i>Journal of the Association of Nurses in AIDS Care</i>	Symptom Management of HIV-Related Diarrhea by Using Normal Foods: A Randomized Controlled Clinical Trial.	Vérifier l'efficacité d'une intervention alimentaire (diète faible en gras, sans lactose, faible en fibres insolubles, élevée en fibres solubles, sans caféine) pour réduire la fréquence des selles et améliorer leur consistance.	Étude clinique randomisée à simple insu dans des conditions contrôlées (groupe expérimental n = 37; groupe contrôle n = 38).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sujets : recrutés dans les centres de santé pour PVVIH/sida.</li> <li>• Étude sur 24 semaines, six rencontres lors des semaines 2, 3, 8, 16, et 24.</li> <li>• Groupe expérimental : intervention éducative sur l'alimentation associée à la gestion de la diarrhée (technique d'acquisition de compétences, c.-à-d. transmettre des connaissances afin d'accroître le niveau de confiance dans les choix alimentaires).</li> <li>• Groupe contrôle : information standardisée sur l'autosoin et les saines habitudes de vie.</li> <li>• Évaluation nutritionnelle (antécédents alimentaires et gastro-intestinaux, mesures anthropométriques, évaluation calorique et d'ingestion de gras).</li> <li>• Tenue d'un journal (ingestion d'aliments, fréquence/consistance des selles, médication antidiarrhéique).</li> <li>• Utilisation d'illustrations et de descriptions sur la consistance des selles (échelle de zéro = aucune selle, 1 = petite et sèche, à 9 = très liquide).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Après 24 semaines, la fréquence quotidienne des selles avait diminué de 28 % dans le groupe expérimental pour se situer à <math>2,44 \pm 0,26</math>, comparativement à <math>3,26 \pm 0,26</math>, soit une réduction de 15 % dans le groupe contrôle (<math>F = 9,22</math>, <math>p = 0,0003</math>).</li> </ul> <p>La consistance des selles s'était améliorée de 20 % pour atteindre <math>4,53 \pm 0,27</math> dans le groupe expérimental, contre 8 % dans le groupe contrôle qui enregistrait un résultat de <math>5,70 \pm 0,272</math> (<math>F = 9,98</math>, <math>p = 0,0002</math>).</p>

TABLEAU 4 ÉTUDES SUR LE CONTRÔLE NON PHARMACOLOGIQUE DES SYMPTÔMES

<b><u>Auteur(s) / périodique et année</u></b>	<b><u>Titre</u></b>	<b><u>But</u></b>	<b><u>Type de recherche / devis de l'étude</u></b>	<b><u>Méthode</u></b>	<b><u>Résultats / commentaires conclusifs des auteurs</u></b>
Bunch, E.H. (2004), <i>International Nursing Review</i>	Symptom management for HIV- positive persons in Norway.	Décrire l'efficacité des stratégies d'autosoins pour contrôler les symptômes des PVVIH/sida.	Étude qualitative (échantillon norvégien n = 20).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sujets : PVVIH/sida.</li> <li>• Données recueillies en septembre 1999 (par courrier, site Web et en personne).</li> <li>• Formulaire (modèle de gestion de symptômes, de l'UCSF) des stratégies de contrôle des symptômes explorant : <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Les symptômes physiques et psychologiques du sujet.</li> <li>◦ Le niveau d'intensité et de détresse.</li> <li>◦ L'efficacité des stratégies utilisées.</li> <li>◦ Le résultat de ces stratégies.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les stratégies d'autosoins par essais et erreurs s'avèrent les plus utiles pour soulager plus d'un symptôme.</li> <li>• Au total cinq individus ont dit utiliser des stratégies comme une marche, un bain chaud, un massage ou l'aromathérapie pour atténuer tant l'anxiété que la fatigue.</li> <li>• Pour gérer les nausées et les vomissements, un répondant évitait de prendre du vin rouge et de consommer des baies.</li> </ul>

<b><u>Auteur(s) / périodique et année</u></b>	<b><u>Titre</u></b>	<b><u>But</u></b>	<b><u>Type de recherche / devis de l'étude</u></b>	<b><u>Méthode</u></b>	<b><u>Résultats / commentaires conclusifs des auteurs</u></b>
Chou, F.Y. et coll. (2004), <i>Nursing Research</i>	Self-Care Strategies and Sources of Information for HIV/AIDS Symptom Management.	Déterminer les catégories de stratégies d'autosoins considérées comme les plus utiles par les PVVIH/sida pour la gestion des symptômes	Étude quantitative exploratoire (n = 422).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sujets : recrutés à partir d'un site Web et de cinq cliniques situées au Massachusetts, à New York, en Norvège, au New Jersey et dans la baie de San Francisco.</li> <li>• Répondre à un questionnaire — basé sur le modèle de gestion des symptômes, mis au point par l'Université de Californie à San Francisco (UCSF).</li> <li>• Citer et décrire un symptôme et évaluer son intensité.</li> <li>• Répondre à trois questions ouvertes portant sur : <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ le soulagement de ce symptôme</li> <li>◦ la façon dont cette stratégie a aidé</li> <li>◦ la source d'information sur cette stratégie.</li> </ul> </li> </ul>	<p>Stratégies les plus souvent utilisées et utiles.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestion de la diarrhée : médication (62 %) et changements dans l'alimentation (36 %)</li> <li>• Gestion des nausées et des vomissements : activités d'autoapaisement (49 %), et changements alimentaires (46 %).</li> <li>• Gestion de la fatigue : activités d'autoapaisement (47 %) et exercice (40 %).</li> </ul>
Coleman, C. L. et coll. (2006), <i>Holistic Nursing Practice</i>	Prayer as a complementary Health Strategy for Managing HIV-related Symptoms Among Ethnically Diverse Patients.	Décrire les différences dans l'utilisation de la prière comme stratégie complémentaire de soins pour la gestion des symptômes d'anxiété, de dépression, de fatigue et de nausée reliés au VIH/sida.	Étude de type transversal [n = 1071 (n = 876 → États-Unis, n = 118 → Norvège et n = 77 → Taïwan)].	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sujets : recrutés dans divers groupes de soutien, cliniques communautaires ou ambulatoires et par courrier.</li> <li>• Instruments : <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Utilisation des parties Un (45 éléments / 11 facteurs résultats) et Deux (19 symptômes reliés au VIH/sida qui ne se retrouvent pas parmi les 11 facteurs résultats) de la Liste de Contrôle des Signes et Symptômes des PVVIH/sida révisée (LCSS-VIHrév).</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'analyse du Chi carré a fait ressortir des différences notables entre les participants non blancs et blancs dans la fréquence d'utilisation de la prière afin de gérer les symptômes reliés entre autres à : <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ la fatigue (69 % de non-blancs contre 31 % de blancs, Chi carré 11,42, <math>p = 0,001</math>)</li> <li>◦ la nausée (75 % de non-blancs contre 67 % de blancs, Chi carré 10,63, <math>p = 0,001</math>)</li> </ul> </li> </ul>

<b><u>Auteur(s) / périodique et année</u></b>	<b><u>Titre</u></b>	<b><u>But</u></b>	<b><u>Type de recherche / devis de l'étude</u></b>	<b><u>Méthode</u></b>	<b><u>Résultats / commentaires conclusifs des auteurs</u></b>
Wantland, D.J. et coll. (2008), <i>Journal of Pain and Symptom Management</i>	A Randomized Controlled Trial Testing the Efficacy of an HIV/AIDS Symptom Management Manual.	Vérifier l'efficacité d'un recueil d'autogestion des symptômes par la diminution de l'intensité et de la fréquence de symptômes chez les PVVIH/sida.	Essai clinique randomisé [n = 775 (n = 426 → groupe expérimental; n = 349 → groupe contrôle)].	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sujets : recrutés de façon aléatoire dans des cliniques et des centres communautaires pour PVVIH/sida (États-Unis, Puerto Rico et Afrique).</li> <li>• Les groupes expérimental et témoin ont été évalués à trois reprises : pré-test (T0), un mois après le début de l'étude (T2) et après deux mois (T3) au cours d'une période s'étalant sur deux ans, sans répétition de la séquence d'évaluation (T0-T1 et T2).</li> <li>• Le groupe expérimental recevait un manuel sur l'autogestion des symptômes chez les PVVIH/sida alors que le groupe contrôle recevait un manuel de nutrition modifié à partir du guide de nutrition de l'Organisation mondiale de la Santé (guide d'information sur les groupes alimentaires et les besoins nutritionnels, mettant l'accent sur l'importance d'une alimentation adéquate chez les PVVIH/sida pour le maintien de la santé et d'une qualité de vie). Ce manuel ne couvrait pas la gestion des symptômes.</li> <li>• Instruments : <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Questionnaire démographique.</li> <li>◦ Liste de Contrôle des Signes et Symptômes des PVVIH/sida révisée (LCSS-VIHrév).</li> <li>◦ Outil d'évaluation : Incidence de la nutrition sur les symptômes.</li> </ul> </li> </ul>	Les résultats montrent une différence statistiquement significative avec une baisse plus importante de la fréquence et de l'intensité des symptômes chez le groupe expérimental utilisant le manuel de gestion des symptômes, comparativement au groupe contrôle utilisant le manuel de nutrition (Intensité indépendamment des symptômes) : $p = 0,018$ .

<u>Auteur(s) / périodique et année</u>	<u>Titre</u>	<u>But</u>	<u>Type de recherche / devis de l'étude</u>	<u>Méthode</u>	<u>Résultats / commentaires conclusifs des auteurs</u>
Corless, I.B. et coll. (2009), <i>Clinical Nursing Research</i>	Marijuana Effectiveness as an HIV Self-Care Strategy.	Vérifier l'efficacité de la marijuana en comparaison des médicaments en vente libre pour la gestion de symptômes de PVVIH/sida.	Essai clinique randomisé contrôlé (n = 775).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sujets : recrutés dans plusieurs centres soit : un en Afrique, un à Puerto Rico, ainsi que dix sites aux États-Unis.</li> <li>• Instruments : <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Enquête démographique.</li> <li>◦ Stratégies révisées d'Autogestion des Symptômes du VIH (SAS-VIHrév.) incluant une échelle d'efficacité des stratégies (1 = aucune efficacité et 10 = très efficace).</li> <li>◦ Outil Ciblé de Qualité de Vie pour les PVVIH/sida (OC-HIV-QdV).</li> <li>◦ Raisons révisées du non-respect de la médication par le Groupe de Recherche Clinique sur le Sida (GRCS) et (GRCSrév.).</li> </ul> </li> </ul>	Pour la gestion de tous les symptômes, l'efficacité de la marijuana (Efficacité moyenne = 7,13, écart-type = 2,39) était très légèrement supérieure à celle des médicaments (prescrits et en vente libre) (Efficacité moyenne = 7,12, écart-type = 2,82).
Rao, D. et coll. (2009), <i>AIDS Care</i>	Art therapy for relief of symptoms associated with HIV/AIDS.	Vérifier la faisabilité et l'efficacité d'une thérapie par l'art auprès d'individus vivant avec le VIH/sida après que ces derniers, dans le but de soulager leurs symptômes, eurent participé soit à une séance de thérapie par l'art soit au visionnement d'une vidéo sur la thérapie par l'art.	Essai clinique randomisé [(n = 79) : (n = 40, groupe expérimental); (n = 39, groupe contrôle)].	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sujets : recrutés à l'occasion d'une hospitalisation, ou d'un suivi en consultation externe pour le VIH/sida.</li> <li>• Le groupe expérimental participait à une séance d'une heure de thérapie par l'art et le groupe contrôle visionnait une vidéocassette d'une heure sur la thérapie par l'art, le tout échelonné pour les deux groupes sur une période de six mois.</li> <li>• Instruments : Les chercheurs ont utilisé les outils suivants : <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ L'Échelle d'Edmonton sur l'Évaluation des Symptômes (EEES) et l'Index des Traits Spécifiques d'Anxiété (ITSA).</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deux analyses séparées de covariance ont indiqué que les différences dans les résultats moyens d'amélioration ou de détérioration des symptômes (douleur, nausée, fatigue...) entre la thérapie par l'art et la vidéocassette étaient statistiquement non significatives.</li> <li>• Résultats moyens variant de : <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ 1) 0 à 90 Post test EEES (thérapie par l'art (21,1)/vidéocassette (26,2) (<math>p &lt; 0,05</math>). Le résultat le moins élevé indique une amélioration physique.</li> <li>◦ 2) 20 à 80 Post test ITSA (thérapie par l'art (62,8)/vidéocassette (61,2). Le résultat le plus élevé indique une amélioration psychologique.</li> </ul> </li> </ul>



## RÉSULTATS

Cette partie du travail dirigé met en évidence les résultats obtenus à partir des différentes études qui ont retenu notre attention sur les interventions relatives à la gestion de la douleur, de la fatigue, de la nausée et de la diarrhée ainsi que sur les interventions non pharmacologiques. La gestion de ces symptômes chez les PVVIH/sida représente une clé maitresse dans la composante d'autosoin visant à assurer une meilleure qualité de vie à ces individus.

### La douleur

La douleur chez les PVVIH/sida demeure un problème fréquemment associé à une détresse psychologique et à une détérioration du niveau de fonctionnement physique. En effet, les PVVIH/sida voient leur capacité à mener leurs activités quotidiennes (par exemple, l'autosoin, l'activité physique, l'exercice de rôles sociaux) compromise par des symptômes comme la douleur. Au total, nous avons répertorié onze articles en lien avec la douleur chez les PVVIH/sida. Les articles descriptifs ont été exclus, et il n'y avait que deux études de type transversal portant sur l'évaluation de la mise à l'essai d'interventions sur la gestion de ce symptôme (Koeppel et coll., 2010; Woolridge et coll., 2005).

L'étude de Koeppel et coll. (2010), qui cherchait à comprendre la persistance de la douleur, était axée sur une approche proactive du contrôle de cette dernière chez les PVVIH/sida, notamment par l'emploi d'opioïdes lorsque le médecin le jugeait nécessaire et visait, de manière générale, à ne pas suspendre cette médication dans le cas où le patient aurait fait usage de substances illicites. Lors des suivis, le niveau de douleur sur une échelle de 0 à 10 des personnes qui affirmaient souffrir et utiliser des opioïdes quotidiennement pour maîtriser une douleur chronique (cohorte 1) était de 4,3.

Une proportion de 58,6 % de ces individus évaluait leurs douleurs comme étant, en moyenne, de modérées à sévères. Le niveau de douleur de ceux qui présentaient une douleur chronique, mais ne recouraient pas à une thérapie quotidienne d'opioïdes (cohorte 2), était de 1,9. Un taux de 15,5 % de ces participants évaluait également leurs douleurs comme étant, en moyenne, de modérées à sévères. Le niveau de douleur des personnes qui n'avaient reçu aucun diagnostic de douleur chronique et qui ne recevaient pas d'opioïdes quotidiennement (cohorte 3) n'était de 0,7. Parmi ces patients, 4,9 % d'entre eux évaluait leurs douleurs de modérées à sévères.

L'étude de Woolridge et coll. (2005) consistait à mesurer les habitudes et la prévalence d'utilisation du cannabis chez les PVVIH/sida et à évaluer, à partir d'une liste de symptômes, les avantages ou les inconvénients ressentis pour chacune d'elles en spécifiant par « much/little better, unchanged, a little/much worse » la maîtrise des symptômes. Les auteurs déclarent que 27 % (143/523) de ceux qui ont participé à l'étude disent avoir consommé du cannabis pour soulager la douleur et les autres symptômes associés au VIH/sida. De ce nombre, 75 % (107) étaient des consommateurs actifs, dont la seule voie d'administration consistait à fumer le cannabis dans 71 % (101) des cas, alors que 27 % (39) des sujets mangeaient ou buvaient le plant en plus de le fumer. La majorité des PVVIH/sida de l'étude [79/143 (55 %)] utilisaient le cannabis au quotidien, alors, que 15 (11 %) d'entre elles l'utilisaient une fois par semaine.

Les autres participants mentionnaient l'avoir utilisé occasionnellement dans la semaine. Chez la plupart des individus [91/143 (64 %)], la consommation de cannabis avait lieu après 18 h et avant minuit. Toutefois, un certain nombre de personnes [66/143 (46 %)] affirmaient en faire usage à tout autre moment, si cela s'avérait nécessaire.

Parmi les raisons qui amenaient les participants à consommer le cannabis à ces heures plus tardives, signalons, entre autres : le traitement des symptômes (54 %), la réduction de la fréquence des symptômes (20 %), l'augmentation du niveau d'énergie (11 %) et l'évasion (43 %). Comme l'indique le tableau 1, l'effet bénéfique du cannabis sur les symptômes, par exemple, sur la douleur, deuxième symptôme en termes de fréquence (45 %) chez les PVVIH/sida, est considérable (94 %). L'étude a indiqué, de manière statistiquement significative, une atténuation pour plus de la moitié des symptômes (nausée, anxiété, douleur neuropathique, etc.) ressentis chez les participants.

Par ailleurs, les auteurs soulignent que l'utilisation du cannabis comme thérapie médicamenteuse dans la gestion de symptômes chez les PVVIH/sida soulève quelques problèmes. Premièrement, les patients n'ont d'autre recours que l'approvisionnement venant d'une source non médicale, ce qui peut notamment conduire à la prise d'une dose inappropriée et à une utilisation dommageable de la drogue. Deuxièmement, si une partie du matériel végétal est réputé avoir une efficacité thérapeutique, sa source doit être normalisée et soumise à des essais cliniques afin d'en promouvoir l'utilisation sûre et efficace. Troisièmement, il est peu probable que le patient avoue à son équipe médicale qu'il fait usage de cannabis. Il peut donc y avoir des interactions néfastes entre la drogue et les ARV prescrits, comme la perte de fonctions cognitives, ainsi que la perte de mémoire. En conséquence, une thérapie combinant les ARV et les cannabinoïdes sous suivi médical peut contribuer à réduire les effets additifs et à éviter que les patients subissent les contrecoûts de concentrations imprécises de drogues illicites.

## La fatigue

La reconnaissance du VIH/sida en tant que maladie chronique a permis une exploration plus approfondie de la gestion de certains symptômes, plus particulièrement ceux qui touchent et limitent les activités des PVVIH/sida, comme la fatigue. Atteints ou non d'une maladie chronique, les individus expérimentent généralement tous à un moment ou un autre de leur vie un degré de fatigue passagère qui s'estompe avec le repos (Corless et coll., 2002). Cependant, la fatigue ressentie par la PVVIH/sida est vécue de façon continue et souvent débilitante. Pour les fins de ce travail, nous avons répertorié au total treize articles qui se rapportent au symptôme de fatigue chez les PVVIH/sida. De ces treize articles, seules deux études évaluaient la mise à l'essai d'interventions sur la gestion de la fatigue. Nous avons aussi exclu les articles descriptifs.

L'étude qualitative de Jenkin et coll. (2006) examine l'état de fatigue ainsi que les stratégies d'autosoin adoptées par les PVVIH/sida. Selon tous les participants de l'étude, le repos à lui seul ne suffit pas à enrayer la fatigue. Comme le mentionne l'un d'eux : « au réveil, je me sens exactement comme lorsque je me suis couché ». Les PVVIH/sida se décrivent comme des individus actifs et énergiques dans leur quotidien, en fait jusqu'à ce que la fatigue envahisse leur vie. L'un des participants explique que, pour lui, « la fatigue c'est d'être constamment exténué sans qu'aucune activité soit à l'origine d'un tel épuisement et de perdre toute motivation ». Il précise que « cela est difficile à décrire » parce qu'il « n'arrive pas à comprendre ce qui se passe ». L'impact de la fatigue se fait sentir sur les relations interpersonnelles et pèse sur le partage des rôles au sein de la famille.

Un autre participant déclare que « de par sa frustration, mon conjoint m'indique qu'il ne saisit pas l'ampleur de ma fatigue ». Les individus qui travaillent trouvent pénible, pour leur part, de

devoir expliquer la nécessité pour eux de prendre une pause, car ils craignent de mettre la puce à l'oreille à leur entourage en laissant supposer que quelque chose ne va pas.

Désireux de ne pas dévoiler leur état séropositif, les PVVIH/sida réduisent leurs activités sociales, ce qui se répercute sur leur qualité de vie. Les auteurs expliquent que le symptôme de fatigue associé au VIH/sida amène souvent une double stigmatisation. En effet, ne pas pouvoir parler aux autres de la source de sa fatigue engendre un stress et une anxiété qui se soldent par un accroissement de cette fatigue. En ce qui a trait aux stratégies d'autosoin, les auteurs signalent que la fatigue faisant partie intégrante de la maladie, il est important pour les individus de reconnaître que leurs choix sont limités. L'un des participants affirme d'ailleurs ceci : « si j'ai besoin de me reposer, je ne gagne rien à ignorer ce besoin, autrement, mon corps s'effondre et j'éprouve beaucoup de difficulté à poursuivre mes activités ». Rediriger son attention d'une activité physique à une activité mentale contribue à autogérer sa fatigue. Une participante signale que « si elle entreprend une activité qui la revalorise et la mobilise tandis qu'elle ressent fatigue ou épuisement, elle arrive à ne plus penser à sa fatigue ». Prendre soin de sa santé, faire attention à son alimentation, faire de l'exercice, de la méditation, bien dormir et trouver de nouveaux centres d'intérêt représentent pour cette personne des aspects importants dans la gestion de sa fatigue. Pour d'autres, consommer de la marijuana favorise une réduction du stress psychologique.

L'une des stratégies largement employée consiste à dresser un plan pour lutter contre la fatigue. Il peut s'agir de privilégier ce qui doit être fait plutôt que ce qui peut attendre, trouver des moyens de maîtriser la fatigue mentale, pouvoir différencier entre les types de fatigue (physique ou mentale), ainsi que d'identifier des façons de limiter ou de maîtriser l'escalade de ces types de fatigue.

Pour certains individus, se motiver à dépasser un stade d'activité peut être une mesure positive dans l'autosoin de la fatigue. La personne qui vit avec le symptôme de fatigue dispose d'une quantité limitée d'énergie à dépenser; c'est pourquoi les choix réfléchis quant à la façon de faire usage de cette énergie représentent une autre stratégie de gestion de ce symptôme.

Dans leur étude descriptive, Corless et coll. (2002) cherchent à déterminer à quel moment les PVVIH/sida ressentent ou signalent la fatigue comme étant un problème, et à vérifier leurs perceptions à l'égard de cette dernière, leurs comportements d'autosoin ainsi que le niveau d'efficacité de ceux-ci. Les auteurs mentionnent qu'au chapitre de la fréquence, la fatigue arrive au sixième rang des symptômes déclarés par les PVVIH/sida (10 %, n = 31). L'épuisement, l'éreintement, la faiblesse et la perte d'énergie constituaient les autres symptômes que les participants associaient à la fatigue. Les stratégies d'autosoin les plus fréquemment citées étaient les suppléments vitaminiques et l'alimentation (n = 29, 31 %), le sommeil et le repos (n = 21, 23 %), la modulation des activités, les manières d'aborder la fatigue ou les pensées entretenues à l'égard de celle-ci (n = 16, 17 %) et l'exercice (n = 14, 15 %). Parmi les stratégies utilisées par les PVVIH/sida, 71 % de celles-ci ont été considérées comme efficaces et 12 % comme n'ayant aucune utilité.

Dans leur étude, les auteurs n'ont fait, a priori, aucune distinction à savoir si la fatigue était aiguë ou chronique. Ils ont utilisé le modèle de fatigue de Piper et coll. (1989), qui considère que le soulagement d'une fatigue aiguë est rapide lorsqu'on recourt à des moyens tels que le repos, des changements dans l'alimentation, l'exercice ou des techniques de gestion du stress. En revanche, une fatigue chronique nécessite une combinaison de ces moyens et n'est pas rapidement soulagée. Il existe quatre modèles d'apparition et de résolution : aigu-aigu, aigu-chronique, chronique-aigu et chronique-chronique.

Les auteurs ont constaté une différence importante entre les catégories. Bien que toutes ces catégories utilisent le sommeil et le repos comme stratégie d'intervention, c'est dans le groupe aigu-chronique (44 %, n = 4) que l'on mentionne le plus souvent l'autosoins par le sommeil, comparativement au groupe chronique-chronique (33 %, n = 5), aigu-aigu (26 %, n = 10), et chronique-aigu (6 %, n = 2). En revanche, le groupe chronique-aigu (53 %, n = 17) recourt le plus souvent à la stratégie de suppléments vitaminiques et d'alimentation, suivi par les groupes aigu-aigu (26 %, n = 10) et aigu-chronique (22 %, n = 2). Aucun participant ne s'en prévaut dans le groupe chronique-chronique. Chacun des groupes réagit différemment aux stratégies.

#### La nausée / la diarrhée

D'autres symptômes tels que la nausée et la diarrhée peuvent se manifester à un moment précis de l'évolution de la maladie chez les PVVIH/sida. Une perte de poids, une malnutrition grave et un niveau de morbidité significatif sont souvent associés à un problème de diarrhée chronique, ce qui conduit à une diminution de la qualité de vie chez la PVVIH/sida qui doit apprendre à surmonter cette difficulté (Anastasi et coll., 2006). Nous avons au total répertorié cinq articles qui discutent des symptômes de la diarrhée, et un article sur la nausée et le vomissement. Parmi ces articles, il n'y avait que deux études qui mettaient l'accent sur l'évaluation de la mise à l'essai d'interventions sur la gestion du symptôme de la diarrhée. Nous avons fait exclusion des articles descriptifs.

L'essai clinique randomisé d'Anastasi et coll. (2006) avait pour but de déterminer l'efficacité d'une intervention alimentaire (Anastasi et coll., 2006, tableau 3) visant à réduire la fréquence des selles et à en améliorer la consistance. Avant une intervention alimentaire chez les sujets de la cohorte traitement (par opposition à une information normalisée sur l'autosoins et les saines

habitudes de vie chez les PVVIH/sida de la cohorte contrôle), la moyenne de la consistance des selles/jour était, pour le groupe expérimental, de  $5,7 \pm 0,26$ , « équivalant à des selles formées avec des selles liquides » se rapprochant de « selles molles ». En revanche, la consistance dans le groupe contrôle était de  $6,20 \pm 0,26$ , « similaire à des selles molles ». Au début de l'essai, la différence entre les deux groupes en ce qui concerne la consistance des selles n'était pas statistiquement différente ( $F = 1,43$ ,  $p = 0,16$ ). Toutefois, après trois semaines de traitement intensif, le groupe expérimental s'est amélioré de presque un point complet sur l'échelle à  $4,7 \pm 2,6$ , tandis que le groupe contrôle connaissait une amélioration de 0,34 sur l'échelle de points. À 24 semaines, la moyenne de la fréquence quotidienne des selles se situait à  $2,44 \pm 0,26$  selles/jour, comparativement à  $3,26 \pm 0,26$  pour le groupe contrôle ( $F = 9,22$ ,  $p = 0,0003$ ). Par conséquent, la fréquence des selles indique une diminution de 28 % (modification d'écart-type : 0,66) chez le groupe expérimental, alors que cette diminution est de 15 % ((modification d'écart-type 0,37) chez le groupe contrôle. À 24 semaines, la consistance des selles s'est améliorée, passant à  $4,53 \pm 0,27$  dans le groupe expérimental, et  $5,70 \pm 0,272$  dans le groupe contrôle (20 % contre 8 %;  $F = 9,98$ ,  $p = 0,0002$ ). En résumé, le groupe expérimental a montré une constante atténuation de la gravité des diarrhées (c'est-à-dire fréquence réduite et amélioration de la consistance).

Les auteurs reconnaissent que si l'intervention indique des résultats immédiats dans l'amélioration de la consistance des selles, la diminution de la fréquence nécessite plus de temps. Les chercheurs soulignent toutefois, qu'après 24 semaines de traitement, les participants du groupe expérimental ne présentaient plus de diarrhée chronique, selon les critères définis dans l'étude.



Anastasi et McMahon (2003) ont piloté une étude visant à déterminer l'influence de l'acupuncture et de la moxibustion dans la réduction de la fréquence des diarrhées et l'augmentation de la consistance des selles chez les hommes vivant avec le VIH/sida. Selon ces auteurs, l'acupuncture et la moxibustion ont été utilisées depuis des millénaires, mais n'ont jamais été scientifiquement testées auprès des PVVIH/sida souffrant de diarrhée. Comme l'indique le tableau 3 sur la nausée et la diarrhée, les participants ont pris part à six séances d'acupuncture/de moxibustion, jusqu'à concurrence de deux fois par semaine pendant trois semaines. L'analyse des sujets retenus au début de l'essai clinique ( $n = 15$ ) indique une fréquence et une consistance des selles de  $3,50 (\pm 1,58)$  et  $4,25 (\pm 1,92)$ .

À l'issue de la dernière séance, les résultats chez les participants ayant suivi le protocole complet ( $n = 12$ ) font état d'une amélioration appréciable, soit  $-0,94 (\pm 0,84 p < 0,005)$  pour ce qui est de la fréquence des selles, une réduction d'un peu moins d'un épisode par jour, et  $-1,17 (\pm 1,62 p < 0,05)$  pour ce qui est de la consistance des selles, ce qui représente une hausse de plus d'un point sur l'échelle de consistance des selles. Les auteurs constatent que le succès de l'intervention s'appuie sur la diminution d'une envie urgente d'aller à la selle, une augmentation dans le temps du contrôle des selles et une amélioration de la capacité de mener les activités de la vie quotidienne.

#### Le contrôle non pharmacologique des symptômes

Les interventions dites pharmacologiques pour la gestion des symptômes sont bien établies. Toutefois, que penser des stratégies non pharmacologiques qui peuvent devenir une composante positive dans la gestion des symptômes chez les PVVIH/sida? Nous avons répertorié treize articles qui discutent de l'utilisation par les PVVIH/sida de thérapies complémentaires. Aux fins

du présent travail, nous avons retenu six études scientifiques (Bunch, 2004; Chou et coll., 2004; Coleman et coll., 2006; Corless et coll., 2009; Rao et coll., 2009; Wantland et coll., 2008) portant sur l'évaluation de mise à l'essai d'interventions de thérapies complémentaires et parallèles aux soins pharmacologiques dans le soulagement des symptômes associés au VIH/sida et à ses traitements. Nous avons une fois de plus exclu les articles descriptifs.

Corless et coll. (2009) ont conduit une étude dans le but d'évaluer l'usage de la marijuana et de comparer son efficacité perçue comparativement aux médicaments d'ordonnance ou en vente libre en tant que stratégie de gestion de symptômes chez les PVVIH/sida. La fréquence d'utilisation de médicaments d'ordonnance pour la gestion des symptômes se situe entre 17,8 % pour les analgésiques prescrits pour un problème neuropathique et 45 % dans le cas d'un médicament prescrit pour le symptôme de la fatigue. Dans cette étude sur l'efficacité de la stratégie de gestion des symptômes faisant appel à l'utilisation de la marijuana par opposition aux stratégies fondées sur le recours à des médicaments (d'ordonnance ou en vente libre), on observe, relativement aux symptômes suivants : pour la diarrhée, un taux d'efficacité légèrement supérieur avec la marijuana (Efficacité moyenne = 6,70,  $\pm$  écart-type = 3,48) en regard d'un médicament en vente libre (Imodium) (Efficacité moyenne = 6,57,  $\pm$  écart-type = 3,30); pour la nausée, un taux d'efficacité légèrement supérieur des médicaments d'ordonnance/en vente libre (Efficacité moyenne = 6,94,  $\pm$  écart-type = 3,13)/(Efficacité moyenne = 6,64,  $\pm$  écart-type = 3,00) par rapport à la marijuana (Efficacité moyenne = 6,67,  $\pm$  écart-type = 2,95)/(Efficacité moyenne = 5,93,  $\pm$  écart-type = 2,50); pour la fatigue, un taux d'efficacité légèrement supérieur avec les médicaments d'ordonnance (Efficacité moyenne = 7,91,  $\pm$  écart-type = 2,32) en regard de la marijuana (Efficacité moyenne = 7,70,  $\pm$  écart-type = 3,18). Par contre, on constate un taux d'efficacité légèrement plus élevé avec la marijuana (Efficacité moyenne = 6,86,  $\pm$  écart-

type = 3,59) qu'avec les médicaments en vente libre (Efficacité moyenne = 6,07,  $\pm$  écart-type = 3,43). Dans l'ensemble, le taux d'efficacité de la gestion de tous les symptômes était très légèrement inférieur pour les médicaments (d'ordonnance et en vente libre) (Efficacité moyenne = 7,12,  $\pm$  écart-type = 2,82), comparativement à la marijuana (Efficacité moyenne = 7,13,  $\pm$  écart-type = 2,39).

L'étude de Rao et coll. (2009) vérifiait la faisabilité et l'efficacité de la thérapie par l'art afin de soulager les symptômes vécus par les PVVIH/sida. Comme il est mentionné dans le tableau 4 sur le contrôle non pharmacologique des symptômes, une randomisation a été nécessaire pour déterminer les sujets devant faire partie du groupe qui visionnerait une vidéocassette sur la thérapie par l'art ou du groupe qui prendrait part à une séance hebdomadaire de thérapie par l'art sur une période de six mois. La première analyse de covariance réalisée à partir de l'Échelle d'Edmonton sur l'Évaluation des Symptômes (EEES) a montré que les symptômes physiques signalés s'étaient atténués pour ceux qui avaient participé à une thérapie par l'art. L'écart était statistiquement significatif ( $b = -5,07, p < 0,05$ ).

Dans la deuxième analyse de covariance, le résultat post-test de l'Index des Traits Spécifiques d'Anxiété (ITSA) indiquait également une diminution des symptômes pour ceux qui avaient participé à la séance de thérapie par l'art comparativement à ceux qui avaient visionné la vidéocassette. Dans les deux cas, l'intervalle de confiance était de 95 %. Les analyses de covariance ont indiqué que les différences dans les résultats moyens d'amélioration ou de dégradation des symptômes (douleur, nausée, dépression, fatigue ou nervosité) entre la thérapie par l'art et la vidéocassette étaient statistiquement non significatives.

Wantland et coll. (2008) ont, quant à eux, mené une étude dans le but de vérifier l'efficacité d'un recueil d'autogestion des symptômes auprès des PVVIH/sida. Les résultats montrent de façon significative une baisse plus importante de la fréquence et de l'intensité des symptômes chez le groupe expérimental utilisant le manuel de gestion des symptômes, comparativement au groupe témoin utilisant le manuel de nutrition ( $t = 2,36$ ,  $P = 0,0018$ ). De plus, le manuel sur la gestion des symptômes a été davantage utilisé que celui sur la nutrition et a obtenu un taux de satisfaction incontestablement plus élevé que le manuel de nutrition.

L'étude de Coleman et coll. (2006) avait pour objet de décrire les différences dans l'utilisation de la prière comme stratégie complémentaire de soins pour la gestion des symptômes d'anxiété, de dépression, de fatigue et de nausée reliés au PVVIH/sida. Selon les auteurs, un individu ayant un état de santé dont l'issue est incertaine et qui utilise la prière comme stratégie complémentaire de soins ressent un bien-être physique et psychologique.

Dans le tableau 4 sur le contrôle non pharmacologique des symptômes, l'analyse du khi carré fait ressortir des différences significatives entre les participants non blancs et blancs dans la fréquence d'utilisation de la prière afin de gérer les symptômes reliés entre autres à la fatigue (69 % de non-blancs contre 31 % de blancs, Chi carré 11,42) et à la nausée (75 % de non-blancs contre 67 % de blancs, khi carré 10,63). L'évaluation de l'efficacité de la prière comme stratégie complémentaire de soins chez les participants non blancs et blancs s'établit comme suit :  $7,93 \pm 2,53 / 7,09 \pm 2,57$ , pour la fatigue et  $7,72 \pm 2,64 / 13 \pm 3,09$ , pour la nausée.

Bunch (2004) a piloté une étude dont le but était d'inventorier les symptômes éprouvés par les PVVIH/sida vivant en Norvège et de décrire l'efficacité des stratégies d'autosoin. Cette recherche se concentrait sur les symptômes les plus souvent vécus par les PVVIH/sida tels que la

peur et l'anxiété, la diarrhée, la neuropathie, les nausées et les vomissements, la dépression et la fatigue. Les stratégies d'autosoin les meilleures résultaient, pour la plupart, d'essais et d'erreurs et s'avéraient les plus utiles au soulagement de plus d'un symptôme. L'une des stratégies propice au soulagement de la douleur neuropathique était ainsi décrite par un participant à l'étude : « Pour diminuer la douleur, j'ai essayé d'utiliser de l'eau tiède et de me masser avec une serviette, on m'a offert de la physiothérapie, mais ça ne m'a procuré qu'un faible soulagement. J'ai finalement cessé de prendre le médicament qui était à l'origine de la douleur. » Parmi les stratégies d'autosoin culturellement acceptées et utilisées contre la fatigue, la dépression et l'anxiété, un participant a déclaré : « Je fais des randonnées dans les bois et j'essaie l'acupuncture »; pour d'autres individus le réseau social devenait important afin de se confier, alors qu'un horaire chargé permettait de ne pas penser à la maladie. La prise d'un bain chaud, l'aromathérapie et le massage étaient perçus comme des interventions qui aident entre autres à diminuer l'anxiété, la fatigue, la dépression. Pour contrôler la diarrhée, certains participants prenaient un médicament antidiarrhéique, d'autres disaient combattre la diarrhée « tout simplement en apprenant à vivre avec ». Pour éviter les nausées et les vomissements, l'un des participants s'abstenait de consommer du vin rouge et certains aliments, comme les baies.

Chou et coll. (2004) ont mené une étude afin de déterminer les catégories de stratégies d'autosoin utilisées par les PVVIH/sida pour la gestion des symptômes, de repérer les sources d'information sur les autosoins et, finalement, de comparer les stratégies d'autosoin les plus fréquemment citées et de décrire celles qui sont perçues comme étant les plus utiles. Les résultats de la recherche nous permettent de constater que les stratégies d'autosoin sont regroupées sous huit catégories : médication (23,45 %), activités d'autoapaisement (15,21 %), traitements complémentaires (14,69 %), pensées et activités quotidiennes (12,89 %), changements dans

l'alimentation (10,95 %), recherche d'aide (9,28 %), soutien spirituel (6,83 %) et exercice (6,70). Pour les catégories de stratégies d'autosoins, une moyenne de  $1,95 \pm 1,24$  activité a été mesurée pour chaque symptôme. La plupart des stratégies d'autosoins ont été perçues comme efficaces. À l'exception des traitements complémentaires, il y avait une différence significative du Chi carré pour les sept autres stratégies d'autosoins dans la gestion des symptômes.

Concernant les sources d'information relatives aux stratégies d'autosoins une moyenne de  $1,47 \pm 0,72$  a été obtenue pour chaque stratégie de symptômes. L'étude montre quatre façons d'apprendre ou d'aller chercher de l'information : par soi-même (34,41 %), par l'entremise de professionnels de la santé (27,95 %), via son réseau social ou personnel (19,20 %) et dans la communauté (18,84%).

## ANALYSE CRITIQUE

Il convient de noter, en premier lieu, que les recherches sur la gestion de symptômes sont peu nombreuses et font ressortir le manque de données probantes pour soutenir à la fois des interventions infirmières et des stratégies d'autosoins permettant aux PVVIH/sida de maintenir une qualité de vie.

Ces dix dernières années, on a recensé peu d'écrits sur la gestion de la douleur chez les PVVIH/sida. Deux études (Koeppe, J. et coll., 2010; Woolridge, E., 2005) ont retenu notre attention. Leurs auteurs se sont intéressés à des interventions principalement pharmacologiques, et à l'utilisation de marijuana, pour gérer la douleur chez les PVVIH/sida.

Selon Koeppe et coll. (2010), leur étude est la première qui s'intéresse à la douleur contrôlée par la prise d'analgésiques chez les PVVIH/sida. L'étude a mis en évidence que, malgré une prise d'opioïdes régulière, certains patients éprouvaient une douleur plus intense que d'autres chez qui on avait diagnostiqué une douleur chronique et qui ne prenaient des opioïdes qu'au besoin. Ces résultats ne font qu'accroître l'inquiétude sur l'efficacité à long terme de l'utilisation régulière des opioïdes pour des personnes non cancéreuses, mais vivant avec le VIH/sida. Pour ces auteurs, il est important, en plus d'une prise de médicament, d'inclure un modèle de soins dans lequel on retrouvera une personne pivot et des professionnels tels un spécialiste en santé mentale et un travailleur social. Ils signalent, entre autres, que la collecte de données réalisée à partir de l'étude de cohortes de type transversal les limite à mettre en évidence les associations et à émettre des hypothèses sur ce que peuvent être les vraies causes et leurs effets. De plus, les auteurs avouent qu'ils n'ont aucune information sur la manière dont la douleur affecte la personne ainsi que l'effet de celle-ci sur la qualité de vie. À la lumière des données précédentes, nous croyons sincèrement que la mise en place d'un système d'infirmière pivot auprès des PVVIH/sida, comme cela existe pour le suivi des patients atteints de cancer serait tout à fait bénéfique pour la PVVIH/sida. Effectivement, celle-ci peut voir son état de santé se détériorer de manière drastique et rapide et il serait donc avantageux pour elle de prendre contact avec une personne ressource qui, à la fois, peut l'écouter et la diriger, dans les cas d'apparition/aggravation de symptôme(s). Nous estimons qu'une intervention prompte et efficace, appropriée à la problématique du moment, peut permettre de résorber sinon atténuer l'exacerbation du/des symptôme(s) chez l'individu.

Woolridge et coll. (2005) déclarent que les résultats positifs obtenus dans leur étude laissent présumer que les médicaments cannabinoïdes ont un effet médicinal à différents points de vue.

De fait, les utilisateurs de cannabis semblent voir leur douleur soulagée et signalent également une amélioration de leur appétit, une diminution de la perte de poids et un apaisement de leurs nausées. Cependant, dans une toute autre optique, Corless et coll. (2009) déclarent qu'un certain nombre de participants à leur étude (16,8 %) consomment de la marijuana pour diverses raisons médicales et situationnelles (par ex., hypertension et maladie cardiovasculaire) qui ne sont pas directement reliées au VIH/sida. Les auteurs ont par ailleurs, relevé un fait intéressant, quoique sans grande portée. Ils ont réalisé que les consommateurs de marijuana jugent l'efficacité des médicaments bien meilleure (pour tous les symptômes) que les non-utilisateurs de cannabis. Selon eux, cette différence observée dans l'évaluation de l'efficacité peut être attribuable soit à un effet mélioratif engendré par l'euphorie que procure la marijuana, soit à un effet synergique des médicaments et de la marijuana dans le soulagement des symptômes.

Cependant, certaines appréhensions subsistent à l'égard de l'utilisation du cannabis comme thérapie médicale afin de soulager des symptômes chez les PVVIH/sida. Comme nous l'avons mentionné plutôt, les individus sont laissés à eux-mêmes dans la consommation d'un produit sans contrôle médical et il y a absence d'essais cliniques axés sur un usage sécuritaire et efficace. Soulignons aussi que le fait que l'individu prend conscience qu'il cache à l'équipe de soins l'usage de cannabis peut augmenter le risque d'interactions (perte de fonctions cognitives, de mémoire) avec les antirétroviraux. En outre, il existe dans la communauté médicale une réelle crainte au sujet de la prise de cannabis sous forme de cigarette, car les individus peuvent à long terme souffrir d'autres problèmes de santé reliés aux propriétés cancérigènes du cannabis inhalé. Toutefois, l'étude montre que même si l'efficacité thérapeutique des cannabinoïdes n'est vérifiée que dans quelques cas isolés, le soulagement de la douleur semble être significatif chez les utilisateurs de cannabis.



C'est pourquoi les auteurs souhaitent la réalisation d'une étude à partir d'un plus grand échantillon sur l'utilisation de cannabinoïdes comme analgésiques chez les PVVIH/sida. Ici, nous croyons qu'aussi longtemps que les instances politiques (gouvernementale, institutionnelle) concernées n'auront pas clairement légiféré sur l'utilisation de la marijuana pour fin médicale, les PVVIH/sida continueront à en faire usage sans le mentionner aux intervenants de la santé par crainte légitime d'être identifiées comme utilisateur de drogue illicite, impliquant les jugements qui prévaut autant dans la société qu'au sein des professionnels de la santé.

Les écrits scientifiques ayant trait aux stratégies d'intervention sur la gestion du symptôme de la fatigue chez les PVVIH/sida sont relativement rares. Deux études (Corless et coll., 2002; Jenkin et coll., 2006) ont suscité notre intérêt. Les auteurs ont examiné les stratégies d'autosoin adoptées par les PVVIH/sida qui doivent vivre quotidiennement avec le symptôme de fatigue. Jenkin et coll. (2006) établissent que la fatigue représente un état plutôt invisible, difficile à percevoir et qui conduit à beaucoup de frustration chez la personne qui en souffre. Ces auteurs constatent des similarités entre la fatigue et la dépression, cette dernière étant elle aussi invisible. En outre, s'il y a un langage pour décrire la dépression, il n'y en a aucun pour décrire l'expérience de la fatigue et son impact chez les individus. L'autosoin de la fatigue ramène l'individu à faire des choix quant à la nature du travail et du repos et au temps dévolu à chacun. Par exemple, l'une des stratégies communément adoptées vise la façon dont une personne utilisera son énergie disponible. Prendre une pause représente un moyen de faire échec à la fatigue afin de poursuivre le travail. Cependant, ce moment de repos n'est pas aisé à prendre lorsque la personne est au travail. La planification est essentielle et cela revient souvent à déterminer ce qui doit être fait et ce qui peut attendre, tout en faisant des compromis afin d'utiliser l'énergie à bon escient.

L'une des limitations de l'étude de Jenkin et coll. (2006) réside dans le fait que les participants n'ont eu que deux séances de groupe de recherche d'action participative, alors que le niveau optimal de telles séances se situe entre huit et dix.

La fatigue est l'un des symptômes les plus courants chez les PVVIH/sida (Corless et coll., 2002). Les auteurs expliquent que les descripteurs de la fatigue utilisés dans leur étude correspondent à ceux des individus qui reçoivent de la chimiothérapie, à l'exception de la sensation de froid. Les descripteurs auxquels se réfèrent les participants à l'étude sont d'ordre physique, cognitif et temporel. On constate cependant l'absence de descripteurs d'ordre émotif tels que la perte d'habileté, la vulnérabilité et le sentiment d'impuissance. Les sujets de l'étude ont eu recours à des interventions non spécifiques et apparentées aux maladies chroniques en général. S'asseoir ou s'allonger de façon régulière, faire une sieste, modifier certaines activités, marcher et jardiner sont autant de stratégies d'autosoins employées chez les personnes ayant un cancer comme chez les PVVIH/sida. Pour d'autres individus de l'étude, le fait d'aller au lit plus tôt, de dormir plus tard, et de se garder occupé afin d'oublier la fatigue sont également des interventions qui permettent de gérer leur fatigue. Les auteurs voient dans les différences constatées dans les résultats soit des variations de l'échantillonnage, soit le reflet de dissimilitudes entre les patients atteints de cancer et les PVVIH/sida. Il est intéressant de noter que les participants de l'étude de Corless et coll. (2002) nomment rarement les professionnels de la santé (7 %) comme sources d'information sur les soins. Quant à la recherche d'informations portant sur les soins, ils affirment la faire eux-mêmes ou, de manière officieuse, à l'aide de leurs réseaux de soutien. Nous pensons que l'un des défis auquel les différents intervenants de la santé sont confrontés, dont l'infirmière, c'est l'utilisation de l'internet par la population en général, parmi lesquels nous retrouvons les PVVIH/sida qui utilisent ce médium pour aller

chercher de l'information afin de trouver une réponse à leur(s) problème(s). Les infirmières doivent être conscientes de ce phénomène qui, dans certains cas, peut apporter une réponse aux inquiétudes de l'individu, mais qui peut devenir également une source de désinformation et de stress pour la PVVIH/sida. L'infirmière doit être perspicace dans son discours auprès de la personne en l'invitant à faire usage de l'internet de manière à consulter les sites web reconnus.

Nous avons retrouvé très peu d'études qui traitent de stratégies d'intervention dans la gestion du symptôme de diarrhée chez les PVVIH/sida. Comme le signalent Anastasi et coll. (2006), chez les PVVIH/sida la diarrhée peut devenir une condition chronique souvent associée à un état de morbidité significatif, de perte de poids et de grave malnutrition. Ces auteurs mentionnent que leur étude ainsi que d'autres écrits scientifiques mettent en évidence l'effet que procure un régime alimentaire exempt de caféine, faible en gras, en lactose ainsi qu'en fibres insolubles et à haute teneur en fibres solubles dans la réduction de la fréquence des diarrhées.

Effectivement, l'étude montre que les interventions combinées de transmission des connaissances afin d'augmenter le niveau de confiance dans les choix alimentaires peuvent réduire efficacement la fréquence des selles et la consistance de celles-ci chez les PVVIH/sida atteintes de diarrhées chroniques. Toutefois, les auteurs notent quelques limites à leur étude. Par exemple, une quantification objective des selles requiert une collecte et une mesure quotidiennes des selles, ce qui aurait été impossible à faire sur une période de vingt-quatre semaines à l'intérieur d'une clinique ambulatoire. De plus, le recrutement et la fidélisation des participants auraient souffert de cette méthodologie. Les auteurs notent également des carences dans l'analyse alimentaire détaillée consignée dans le journal d'ingestion des aliments, car même si l'on a procédé au calcul des calories alimentaires, les constituants spécifiques de la nourriture prescrite n'ont pas été analysés.

Dans une autre étude, Anastasi et McMahon (2003) ont testé des stratégies concernant la réduction des diarrhées chez les PVVIH/sida grâce à l'acupuncture et à la moxibustion. Depuis l'avènement du VIH/sida, plusieurs PVVIH/sida ont eu recours à des traitements complémentaires pour traiter différents symptômes comme la diarrhée. Bien que les conditions de contrôle visant à estimer l'amplitude de l'effet placebo sur les bienfaits apparents du traitement pendant l'étude aient été insuffisantes, l'importance de l'information obtenue permettra à l'équipe de mettre au point un essai randomisé contrôlé incluant hommes et femmes et comportant un nombre accru de séances d'acupuncture et de moxibustion ainsi qu'un suivi à plus long terme.

Quelques études (Bunch, 2004; Chou et coll., 2004; Coleman et coll., 2006; Rao et coll., 2009; Wantland et coll., 2008) sur le contrôle des symptômes chez les PVVIH/sida ont retenu notre attention relativement à diverses interventions utilisées comme stratégies d'autosoins.

Par exemple, l'étude de Rao et coll. (2009) a testé la faisabilité et l'efficacité d'une thérapie par l'art (Rao et coll., 2009, tableau 4) auprès des PVVIH/sida dont le but est d'atténuer des symptômes physiques et psychologiques. Les auteurs font valoir que l'art permet à la personne d'exprimer ses symptômes plutôt que de garder secrètes sa douleur ou son anxiété. Immédiatement après une séance de thérapie par l'art, les symptômes physiques (douleur, fatigue ou nausée) ressentis sembleraient plus faciles à soulager que les symptômes psychologiques (dépression ou nervosité). Cette situation peut s'expliquer de plusieurs façons comme le fait qu'une seule séance de thérapie par l'art ne soit pas suffisante pour soulager les symptômes psychologiques. L'un des participants a reconnu avoir eu l'occasion de mettre ses émotions sur papier, alors qu'un autre se disait heureux d'avoir participé à une séance de thérapie par l'art qui lui a permis de faire remonter différentes émotions.

Ce type de réponse laisse supposer que la thérapie par l'art peut aider une personne à identifier ses sentiments et lui permettre de soulager certains symptômes psychologiques reliés à son état de santé. Cependant, les auteurs reconnaissent que leur étude ne contenait qu'une séance de thérapie par l'art, ce qui en soi limite le caractère probant des résultats.

Nous trouvons ce type d'intervention par l'art fort intéressant car, effectivement, il permet à l'individu de mettre en œuvre sa créativité ce qui l'amène à prendre conscience de sa capacité à gérer ses symptômes. Les résultats recueillis sont malgré tout significatifs; cependant, nous devons reconnaître que l'absence de données probantes ne nous permet pas de nous prononcer sur son efficacité à plus grande échelle. Il faut donc être prudent dans l'interprétation de ces résultats. Il serait recommandé de poursuivre davantage la recherche quant à ce type d'intervention non pharmacologique pour le soulagement de certains symptômes chez les PVVIH/sida.

Wantland et coll. (2008) ont procédé à une étude pilote afin de vérifier l'efficacité d'un recueil de problèmes et solutions pour l'autogestion des symptômes chez les PVVIH/sida. Il en ressort que les attentes en regard de l'utilisation des recueils semblaient salutaires pour les PVVIH/sida qui en font usage, ou alors ces outils de gestion des symptômes étaient perçus comme plus utiles alors que d'autres ressources ne l'étaient pas. De plus, ces individus peuvent percevoir un degré d'autoefficacité dans la gestion de leur maladie et donc voir les recueils comme un soutien dans l'adoption de comportements efficaces d'autogestion de leurs symptômes.

Peu importe le groupe ethnique auxquels ils appartiennent, des PVVIH/sida ont recours à la prière comme stratégie complémentaire de gestion des symptômes d'anxiété, de dépression, de fatigue et de nausée reliés au VIH/sida (Coleman et coll., 2006).

Cependant, il existe une différence dans la manière dont les groupes ethniques utilisent la prière. Par exemple, les Afro-Américains sont 4,6 fois, et les Hispano-Américains, 3,4 fois plus enclins à l'utiliser pour gérer leur fatigue que les autres groupes ethniques. L'analyse fait ressortir la signification qu'accordent à la prière les PVVIH/sida vivant plus longtemps et atteignant un âge avancé, en tant que stratégie de gestion des symptômes. Les auteurs font mention d'autres études (O'Laoire, 1997; Robinson-Smith, 2002) signalant le bienfait de la prière que perçoivent les participants dans la gestion de l'incertitude liée à leur état de santé, entre autres, à l'occasion d'un accident vasculaire cérébral et d'épisodes de dépression ou de perte d'estime de soi. Ces mêmes auteurs admettent toutefois une faiblesse dans leur étude, car elle repose sur une collecte de données réalisées à partir de l'autoévaluation du patient sur l'utilisation de la prière comme stratégie complémentaire de soins, perception forcément subjective.

L'étude quantitative exploratoire de Chou et coll. (2004) se démarque d'autres écrits scientifiques en ce que les catégories de stratégies d'autosoin qui y sont recensées et décrites sont présentées comme des moyens susceptibles d'alléger les symptômes et non pas simplement comme des pratiques générales d'autosoin.

Par exemple, la médication, l'autoapaisement et la recherche d'aide sont des types de stratégies d'autosoin qui n'avaient pas fait l'objet d'études chez les PVVIH/sida. En outre, la majorité des participants ont indiqué que les stratégies d'autosoin ont finalement toutes un certain degré d'utilité dans le contrôle des symptômes. La gestion des symptômes revêt donc de

multiples facettes et parallèlement à la prise de médicaments, certaines activités non pharmacologiques peuvent apaiser les symptômes des PVVIH/sida.

L'étude de Chou et coll. (2004) laisse par conséquent supposer l'existence de différences entre les stratégies d'autosoins utilisées, selon le symptôme ressenti par la personne. Ainsi, les médicaments et des changements dans l'alimentation constitueraient les stratégies les plus souvent utilisées pour freiner la diarrhée, même si on peut avoir recours à d'autres stratégies comme des traitements complémentaires, de la méditation ainsi que des activités quotidiennes pour le soulagement de la diarrhée. Les stratégies plus axées sur l'autoperfectionnement et l'autoapprentissage comme l'autoapaisement, l'exercice et le soutien spirituel comptaient parmi les approches les plus courantes pour soulager l'anxiété ou la peur. Cette étude a aussi montré que les PVVIH/sida ont créé des stratégies d'autosoins surtout à partir de leurs propres expériences et essais, en prenant conseil de la famille, d'amis et de ressources communautaires. Les divers professionnels de la santé (médecins, psychiatres, infirmières et nutritionnistes) ne constituaient pour leur part que 28 % des sources d'information sur les autosoins citées. Nous devons nous questionner en tant que professionnels de la santé. Nous sommes, de par notre formation, appelés à être à l'écoute de l'autre afin de l'aider à cheminer, à l'accompagner à travers ses expériences et le processus de changement créé entre autres par la maladie. Comment alors expliquer que peu de PVVIH/sida ont recours aux différents professionnels de la santé pour recevoir de l'information? Nous croyons qu'il serait intéressant de nous pencher sur le sujet, d'y regarder de plus près, afin de savoir ce qui incite les PVVIH/sida à faire abstraction de façon catégorique d'une ressource professionnelle comme les infirmières pour les aider dans la gestion de leurs symptômes. Par ailleurs, il importe que les dirigeants réalisent que certaines de leurs décisions (réorganisation des soins, restrictions budgétaires) prises par nos institutions (centre

hospitalier, clinique ambulatoire) peuvent avoir des conséquences directes sur le travail des infirmières ainsi que dans leurs relations avec les patients.

Par exemple, une diminution d'effectifs peut mener à une surcharge de la tâche de celles-ci, diminuant ainsi le temps d'intervention alloué à un individu, ce qui inévitablement aura un impact sur la mise en place d'une relation de qualité. Nous pouvons ici émettre l'énoncé que nous estimons qu'une telle situation peut interpeller négativement la PVVIH/sida et, dès lors, ne stimuler aucunement son intérêt à rechercher le soutien de l'infirmière.

Dans une autre perspective, l'étude de Chou et coll. (2004) souligne l'utilisation récente de sites Web comme méthode de collecte de données dans le domaine de la recherche en santé. Les auteurs font valoir que cette façon de faire a l'avantage de recueillir efficacement un échantillon beaucoup plus vaste et hétérogène. Cependant, il peut s'avérer que des biais, tels que des répondants non sérieux, entachent le processus de recherche. Malgré tout, il semble que cette méthode s'avère aussi valable et fiable que la méthode traditionnelle du papier et du crayon. Les auteurs concèdent en revanche que la nature du questionnaire utilisé ne leur a pas permis d'examiner l'équivalence psychométrique entre les méthodes de collecte de données adoptées, soit le site Web et l'usage du papier et du crayon.

Bunch (2004) a, pour sa part, mené une étude qualitative afin de décrire l'efficacité des stratégies d'autosoin dans le contrôle des symptômes des PVVIH/sida. Quoique le nombre de participants ait été restreint, les descriptions des symptômes et des stratégies d'autosoin procurent une bonne idée des défis quotidiens que les PVVIH/sida doivent relever à l'égard de symptômes qu'une population en santé considère comme banals. L'étude nous indique que les stratégies d'autosoin décrites par les PVVIH/sida sont simples et mises au point par essais et



erreurs. Plusieurs répondants disent réfléchir à la cause du déclenchement du symptôme, puis à la façon d'en diminuer l'incidence sur leurs activités quotidiennes et leur vie. Globalement, la description des symptômes par les sujets norvégiens ne diverge pas vraiment de celle d'une étude à plus vaste échelle. Toutefois, Bunch (2004) perçoit quelques différences dans les stratégies d'autosoins, notamment celles qui touchent la religion.

En effet, il n'y a pas de séparation entre l'Église et l'État en Norvège; les stratégies de réponse du sujet face au stresser existentiel ou spirituel ne sont donc pas vraiment approfondies. Les auteurs soulignent que l'un des obstacles auxquels se heurtent les Norvégiens est la réticence des médecins à aborder les symptômes sexuels et les émotions. L'une des stratégies des participants consistait tout simplement à éluder la question. Un individu a reconnu avoir peur que son médecin se soit montré moins bien disposé à lui prescrire des tranquillisants s'il lui faisait part de la gravité de ses symptômes. Nous considérons que l'un des champs d'expertise de l'infirmière réside dans l'établissement d'une relation thérapeutique avec son patient. Il est primordial pour la PVVIH/sida d'établir un lien de confiance évitant ainsi que la stigmatisation ne devienne une barrière et que la personne puisse ainsi se confier sans craindre de se sentir jugée par l'intervenant. Nous recommandons une approche centrée sur la personne, où l'infirmière est avec l'individu, où ce dernier ressent qu'on le respecte pour ce qu'il est, en tenant compte de ses valeurs personnelles. L'objectif est de favoriser une ouverture de la part de la PVVIH/sida, permettant ainsi de poser les jalons à une intervention infirmière authentique envers la PVVIH/sida.

La majorité des études retenues pour le présent travail font état de limites rencontrées et ayant un impact sur les résultats obtenus. Ainsi, plusieurs auteurs (Anastasi et coll., 2003; Bunch, 2004; Corless et coll., 2009; Jenkin et coll., 2006; Rao et coll., 2009) constatent que leurs études

sont limitées soit en raison de leur durée, soit en raison de la taille de l'échantillon, ce qui empêche de dégager adéquatement des différences significatives.

Comme le précisent Corless et coll. (2009), même si la taille de l'échantillon semble suffisante, le pourcentage de participants faisant usage de marijuana dans le but de gérer des symptômes est plutôt restreint. Les différentes études fondées sur des méthodes non pharmacologiques étant insuffisantes, il est difficile de dégager des conclusions malgré des résultats qui dans l'ensemble demeurent intéressants en ce qui concerne la gestion des symptômes.

Nous constatons un manque de données probantes dans les études, notamment sur le potentiel de la thérapie par l'art, ou sur l'utilisation de l'acupuncture et de la moxibustion, méthodes employées depuis des milliers d'années, mais qui n'ont pas été scientifiquement évaluées en tant que stratégies de soulagement de symptômes comme la diarrhée chez les PVVIH/sida.

Koeppe et coll. (2010) se demandent pourquoi certaines personnes éprouvant une douleur chronique continuent à ressentir cette douleur malgré tous les efforts mis de l'avant pour les soulager. Les auteurs croient que la difficulté est attribuable non pas à une insuffisance de soins, mais bien plutôt aux limitations dans les options de traitement actuelles telles que les opioïdes, les analgésiques neuromodulateurs et autres solutions de traitement. Du même coup, ces auteurs déplorent le peu de recherche visant à trouver des pistes d'interventions pour soulager les symptômes de nausée ou de vomissement éprouvés par les PVVIH/sida. Bunch (2004) rappelle que la documentation sur les stratégies d'autosoins de qualité n'est pas très abondante. Les auteurs font valoir que pour traiter un symptôme aussi commun que la neuropathie périphérique, par exemple, le malade doit bien souvent se rabattre uniquement sur les médicaments, étant mal informé des options à sa disposition.

À la lumière des résultats exposés, nous convenons d'insister sur l'importance de jumeler des interventions non pharmacologiques à celles dites pharmacologiques dans la gestion des symptômes chez les PVVIH/sida.

Nous avons constaté qu'il y a très peu d'études qui font usage de deux méthodes simultanées dans un objectif d'évaluer l'effet de l'une et l'autre dans le soulagement de certains symptômes chez les PVVIH/sida (Anastasi et coll., 2003; Wantland et coll., 2008). Nous estimons important d'explorer davantage cette avenue combinant deux méthodes afin de mettre en évidence les bienfaits des effets associés et d'atténuer ainsi la recrudescence de l'un ou de plusieurs symptômes chez la PVVIH/sida. Comme l'indiquent Wantland et coll. (2008), la nature chronique et aléatoire du VIH/sida est à même d'engendrer quantité de symptômes physiques et psychologiques pouvant avoir une incidence sur la qualité de vie des PVVIH/sida. Le propos à cet égard n'est pas d'éradiquer complètement les symptômes, mais d'en diminuer le plus possible les incidences et d'ainsi maximiser la qualité des soins prodigués. Si la médication à elle seule ne suffit pas à amener un soulagement de la douleur, l'adjonction d'autres méthodes, notamment non pharmacologiques, peut se révéler bénéfique dans la gestion de cette dernière.

Prenons l'effet du cannabis sur divers symptômes, dont la douleur. Bien que la démonstration de son efficacité thérapeutique demeure empirique, les patients signalent une atténuation significative de la douleur (Woolridge et coll., 2005). On constate que la recherche tend à conclure que la consommation de marijuana contribue au manque d'assiduité au traitement; on observe également que son utilisation pour soulager des symptômes spécifiques peut en fait renforcer la prise systématique de la médication (Corless et coll., 2009).

Par ailleurs, l'acupuncture, qui représente une thérapie non médicinale sans grands effets indésirables, paraît s'avérer un choix judicieux dans le traitement de la diarrhée chronique en si on la combine avec les méthodes classiques chez les PVVIH/sida, tout comme pour les maladies chroniques en général (Anastasi et coll., 2003).

Bunch (2004) documente le recours à l'acupuncture et aux suppléments vitaminiques et considère que ces approches pourraient constituer de nouvelles stratégies dans la gestion de la fatigue. Rao et coll. (2009) avancent que la thérapie par l'art peut améliorer les habiletés d'adaptation. La personne absorbée par la pratique d'un art ressent moins intensément — voire sublime — ses symptômes physiques et psychologiques, exprimant sa douleur et son anxiété au lieu de les intérioriser.

Toujours au chapitre des stratégies d'autosoins culturellement acceptées, le simple fait de marcher peut alléger le symptôme de fatigue. Jenkin et coll. (2006) préconisent, pour gérer la fatigue, de planifier, de se donner des priorités, en se concentrant sur l'essentiel plutôt que sur ce qui peut attendre, et de faire des compromis afin d'optimiser l'énergie disponible. En effet, nous croyons que l'infirmière peut soutenir la PVVIH/sida en enseignant, entre autres, l'usage de la pensée réflexive. L'infirmière rappelle à l'individu les bienfaits qu'il peut retirer de cette approche, elle amène la personne à réfléchir, à se remémorer dans le contexte de son quotidien, ce qui contribue à accroître ou à diminuer sa fatigue. À prime abord, l'infirmière doit s'assurer de l'ouverture d'esprit et de la motivation de la personne à vouloir participer à l'autogestion de ses symptômes, car la mobilisation sera vaine si la PVVIH/sida ne voit pas l'utilité de la démarche. Cette démarche a comme objectif, entre autres, de favoriser chez la personne une prise de conscience de ses capacités/limites (psychologique, physique) tout en maximisant un fonctionnement plus autonome à l'intérieur de contraintes établies par son état de santé.

Dans les cas de diarrhée chronique, un régime alimentaire bien pensé (Jenkin et coll., 2006, tableau 3) conjugué à l'adoption de nouvelles habiletés comportementales s'est montré efficace dans la réduction de la fréquence des selles et dans l'amélioration de la consistance de celles-ci (Anastasi et coll., 2006).

Il importe donc que les infirmières soient au fait des différentes stratégies d'autosoin utilisées chez les PVVIH/sida, afin de les assister dans les choix les plus appropriés et ainsi de les aider à optimiser la gestion de leurs symptômes et donc maximiser leur bien-être. Effectivement, nous sommes convaincus que l'une des façons de supporter les infirmières impliquées dans les soins des PVVIH/sida passe par la formation continue. Étant donné la complexité des besoins/des soins des PVVIH/sida et de l'utilisation de méthodes non-pharmacologiques par les PVVIH/sida qui sont en constante progression, il devient essentiel pour les infirmières de mettre à jour leurs connaissances et ainsi guider ces personnes dans le choix d'interventions (pharmacologique/non-pharmacologique) adaptées à chaque individu afin que celui-ci puisse gérer une situation problématique. Jenkin et coll. (2006) signalent que le refus de la part de bon nombre de travailleurs de la santé, dont des infirmières, de considérer la fatigue comme un problème sérieux chez les personnes souffrant d'une maladie chronique peut fortement compromettre la capacité d'autosoin de l'individu. L'étude de Corless et coll. (2002) souligne combien il est crucial pour les professionnels en soins infirmiers de reconnaître l'incidence possible des symptômes sur l'état de santé physique et psychologique du patient. L'évaluation infirmière systématique de la fatigue (cause, durée, intervention et solution) auprès des PVVIH/sida est fondamentale afin de soulager la souffrance non visible.

Les PVVIH/sida adoptent souvent des stratégies plus ou moins efficaces tout simplement parce que ce sont les seules qu'elles connaissent. En outre, elles peuvent les utiliser incorrectement,

n'ayant pas les habiletés ou le discernement voulus pour le faire (Choux et coll., 2004). Étant donné leur lot quotidien d'incertitudes, les PVVIH/sida sont avides d'essayer de nouvelles options, ce qui représente un défi pour les infirmières.

L'auteur pense qu'il serait intéressant de soutenir les infirmières dans l'utilisation de la pratique réflexive et de l'incorporer dans leur pratique quotidienne. L'intégration de cet outil d'apprentissage pourrait, entre autres, se faire par des stratégies de questionnement en les encourageant à participer à des rencontres afin de discuter/analyser des situations problématiques survenues au moment d'une intervention auprès d'un individu et/ou de sa famille, et en proposant un club de lecture qui stimulera ainsi la réflexion sur l'importance d'avoir des repères qui permettront une pratique exemplaire de soins auprès des PVVIH/sida. Cette démarche permettrait donc aux infirmières d'intégrer et d'impliquer la PVVIH/sida dans le plan de soins, l'épaulant ainsi dans un processus de pensée critique pour le choix de stratégies de gestion de symptômes. Les infirmières pourraient de cette façon participer au transfert des connaissances en stimulant la confiance des PVVIH/sida face à l'adoption d'interventions adaptées à la situation problématique.

## CONCLUSION

Cette revue systématique des écrits scientifiques sur les interventions relatives à la gestion de symptômes chez la clientèle adulte traitée pour le VIH/sida met en relief l'utilisation de méthodes pharmacologiques et d'autres dites non pharmacologiques qui en sont encore à leurs balbutiements. Des symptômes tels la douleur, la fatigue, la nausée et la diarrhée limitent les PVVIH/sida et exacerbent la morbidité. Si la réaction des PVVIH/sida à l'infection et à divers autres états de santé est difficile à évaluer, il reste inacceptable que celles-ci doivent composer au quotidien avec des symptômes dont les séquelles sont importantes à court et à long terme. Corless et coll. (2002) affirment que la fatigue peut naître d'une déficience (l'anémie), d'un facteur biocomportemental (tel qu'une altération du cycle du sommeil) et de bien d'autres causes encore. D'où l'importance pour les infirmières de privilégier une écoute active auprès des PVVIH/sida, si elles veulent mieux cerner leurs symptômes. Afin d'en évaluer pleinement l'impact d'une telle écoute, les infirmières doivent aussi jauger le contexte social et émotif de la PVVIH/sida, un préalable à une intervention pertinente et à la transmission de connaissances en autogestion de symptômes.

Bien que les médicaments antirétroviraux soient indispensables au traitement du VIH/sida, les stratégies d'autosoin complémentaires représentent une approche intéressante en vue de contenir les effets débilissants de la maladie. L'une des voies à privilégier consiste à associer thérapies traditionnelles et complémentaires, ce qui implique l'intégration des malades au cadre de soins et une collaboration plus étroite entre les différents professionnels de la santé. Les chercheurs et cliniciens en soins infirmiers se doivent d'approfondir l'étude des pratiques non pharmacologiques, amasser des données scientifiques concluantes sur leur efficacité et mettre les solutions viables à la portée des PVVIH/sida.





## RÉFÉRENCES

- Adinolfi, A. (2001). Assessment and Treatment of HIV-Related Fatigue. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 12, Supplement, 29-34.
- Anastasi, J. K. et Capili, B. (2001). HIV-Related Diarrhea and Outcome Measures. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 12, Supplement, 44-50.
- Anastasi, J. K. et McMahon, D. (2003). Testing Strategies to Reduce Diarrhea in Persons with HIV Using Traditional Chinese Medicine: Acupuncture and Moxibustion. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 14(3), 28-40.
- Anastasi, J. K., Capili, B., Kim, G., McMahon, D. et Heitkemper, M. M. (2006). Symptom Management of HIV-Related Diarrhea by Using Normal Foods: A Randomized Controlled Clinical Trial. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 17(2), 47-57.
- Aouizerat, B. E., Miaskowski, C. A., Gay, C., Portillo, C.J., Coggins, T., Davis, H. et coll. (2010). Risk Factors and Symptoms Associated with Pain in HIV-infected Adults. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 21(2), 125-133.
- Barroso, J., Carlson, J. R. et Meynell, J. (2003). Physiological and Psychological markers Associated with HIV-Related Fatigue. *Clinical Nursing Research*, 12(1), 49-68.
- Barroso, J., Wells Pence, B., Slahuddin, N., Harmon, J. L. et Leserman, J. (2008). Physiological Correlates of HIV-Related Fatigue. *Clinical Nursing Research*, 17(1), 5-19.
- Bormann, J., Shively, M., Smith, T.L. et Gifford, A.L. (2001). Measurement of Fatigue in HIV-Positive Adults: Reliability and Validity of the Global Fatigue Index. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 12(3), 75-83.
- Bunch, E. H. (2004). Symptom management for HIV-positive persons in Norway. *International Council of Nurses, International Nursing Review*, 51, 167-175.
- Chou, F. Y. (2004). Testing a Predictive Model of the Use of HIV/AIDS symptom Self-Care strategies. *AIDS Patient Care and STDs*, 18(2), 109-117.
- Chou, F. Y. et Holzemer, W. L. (2004a). Linking HIV/AIDS clients' Self-Care with Outcomes. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 15(4), 58-67.
- Chou, F. Y., Holzemer, W. L., Portillo, C. J. et Slaughter, R. (2004). Self-Care Strategies and Sources of Information for HIV/AIDS Symptom Management. *Nursing Research*, 53(5), 332-339.
- Chubineh, S. et McGowan, J. (2008). Nausea and Vomiting in HIV: a symptom review. *International Journal of STD & AIDS*, 19, 723-728.

- Coleman, C. L., Nokes, K., Corless, I. B., Kirksey, K., Nicholas, P. K. et Tsai, Y. F. (2006). Prayer as a Complementary Health Strategy for Managing HIV-related Symptoms Among Ethnically Diverse Patients. *Holistic Nursing Practice*, 65-72.
- Corless, I. B., Bunch, H., Kemppainen, J. K., Holzemer, W. L., Nokes, K. M., Sanzero Eller, L., et coll. (2002). Self-Care for Fatigue in Patients with HIV. *Oncology Nursing Forum*, 29(5), E60-E68.
- Corless, I. B., Voss, J. G., Nicholas, P. K., Bunch, E. H., Bain, C. A., Coleman, C. et coll. (2008). Fatigue in HIV/AIDS patients with comorbidities. *Applied Nursing Research*, 21, 116-122.
- Corless, I. B., Lindgren, T., Holzemer, W., Robinson, L., Moezzi, S., Kirksey, K., et coll. (2009). Marijuana Effectiveness as an HIV Self-Care Strategy. *Clinical Nursing Research*, 18(2), 172-193.
- de Jong, B. C., Prentiss, D., McFarland, W., Machezano, R. et Israelski, D. M. (2005). Marijuana Use and Its Association with Adherence to Antiretroviral therapy Among HIV-Infected Persons with Moderate to Severe Nausea. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 38(1), 43-46.
- Frich, L. M. et Borgbjerg, F.M. (2000). Pain and Pain Treatment in AIDS Patients: A Longitudinal Study. *Journal of Pain and Symptom Management*, 19(5), 339-347.
- Gillett, J., Pawluch, D. et Cain, R. (2002). How People with HIV/AIDS Manage and Assess their Use of Complementary Therapies: A Qualitative Analysis. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 13(2), 17-27.
- Glare, P.A., (2001). Pain in patients with HIV infection: issues for the new millennium. *European Journal of Pain*, 5 (Suppl. A), 43-48.
- Harding, R., Easterbrook, P., Higginson, I. J., Karus, D., Raveis, V.H. et Marconi, K. (2005). Access and equity in HIV/AIDS palliative care: a review of the evidence and responses. *Palliative Medicine*, 19, 251-258.
- Holzemer, W. L., Hudson, A., Kirksey, K. M., Hamilton, M. J. et Bakken, S. (2001). The Revised Sign and Symptom Check-List for HIV (SSC-HIVrev). *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 12(5), 60-70.
- Hughes, A. (2004). Symptom Management in HIV-Infected Patients. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 15(5), 7S- 13S.
- Jenkin, P., Koch, T. et Kralik, D. (2006). The experience of fatigue for adults living with HIV. *Journal of Clinical Nursing*, 15, 1123-1131.

- Johnson, M. O., Stallworth, T. et Neilands, T. (2003). The Drugs or the Disease? Causal Attributions of Symptoms Held by HIV-Positive Adults on HAART. *AIDS and Behavior*, 7(1), 109-117.
- Karus, D., Raveis, V. H., Alexander, C., Hanna, B., Selwyn, P., Marconi, K. et coll. (2005). Patients Reports of Symptoms and Their Treatment at Three Palliative Care Projects Servicing Individuals with HIV/AIDS. *Journal of Pain and Symptom Management*, 30(5), 408-417.
- Koeppel, J., Armon, C., Lyda, K., Nielsen, C. et Johnson, S. (2010). Ongoing Pain Despite Aggressive Opioid Pain Management Among Persons With HIV. *Clinical Journal Pain*, 26(3), 190-198.
- Litwinczuk, K. M., Groh, C. J. (2007). The Relationship Between Spirituality, Purpose in life, and Well-Being in HIV-Positive Persons. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 18(3), 13-22.
- McCormick, D. P., Holder, B., Wetsel, M. A. et Cawthon, T. W. (2001). Spirituality and HIV Disease: An Integrated Perspective. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 12(3), 58-65.
- Meynell, J. et Barrose, J. (2005). Bioimpedance Analysis and HIV-Related Fatigue. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 16(2), 13-22.
- Nader, C. M., Tsevat, J., Justice, A. C., Mrus, J. M., Levin, F., Kozal, M. J. et coll. (2009). Development of an Electronic Medical Record-Based Clinical Decision Support Tool to Improve HIV Symptom Management. *Aids Patient Care and STDs*, 23(7), 521-528.
- Newshan, G., Bennett, J. et Holman, S. (2002). Pain and Other Symptoms in Ambulatory HIV Patients in the Age of Highly Active Antiretroviral Therapy. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 13(4), 78-83.
- Nokes, K. M., Nwakeze, P. C. (2005). Assessing Self-management Information Needs of Persons Living with HIV/AIDS. *AIDS Patient Care and STDs*, 19(9), 607-613.
- ONUSIDA. (2001). SIDA: soins palliatifs. *Collection Meilleures Pratiques de l'ONUSIDA*, février, 1-16.
- Peretti-Watel, P., Bendiane, M. K., Galinier, A., Lapiana, J. M., Favre, R., Pegliasco, H. et coll. (2004). Opinions towards pain management and palliative care: comparison between HIV specialists and oncologists. *AIDS Care*, 16(5), 619-627.
- Phillips, K. D., Sowell, R. L., Rojas, M., Tavakoli, A., Fulk, L. J. et Hand, G. A. (2004). Physiological and Psychological Correlates of Fatigue in HIV Disease. *Biological Research for Nursing*, 6(1), 59-74.

- Power, R., Gore-Felton, C., Vosvick, M., Israelski, D. M. et Spiegell, D. (2002). HIV: effectiveness of complementary and alternative medicine. *Primary Care Clinical Office Practice*, 29, 361-378.
- Rao, D., Nainis, N., Williams, L., Langner, D., Eisin, A. et Paice, J. (2009). Art therapy for relief of symptoms associated with HIV/AIDS. *AIDS Care*, 21(1), 64-69.
- Resnik, B. D., Rhem, M. et Minard, R. B. (2001). The undertreatment of pain: Scientific, clinical, cultural, and philosophical factors. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 4, 277-288.
- Salahuddin, N., Barroso, J., Leserman, J., Harmon, J. L. et Wells Pence, B. (2009). Daytime Sleepiness, Nighttime Sleep Quality, Stressful Life Events, and HIV-Related Fatigue. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 20(1), 6-13.
- Siegel, K., Schrimshaw, E. W. (2002). The Perceived Benefits of Religious and Spiritual Coping Among Older Adults Living with HIV/AIDS. *Journal of the Scientific Study of Religion*, 41, 91-102.
- Simmonds, M. J., Novy, S. et Sandoval, R. (2005). The differential Influence of Pain and Fatigue on Physical Performance and Health status in Ambulatory Patients With Human Immunodeficiency Virus. *Clinical Journal Pain*, 21(3), 200-206.
- Sousa, K. H., Tann, S. S. et Kwok, O. (2006). Reconsidering the Assessment of Symptom Status in HIV/AIDS Care. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 17(2), 36-46.
- Spirig, R., Moody, K., Battagay, M. et De Geest, S. (2005). Symptom Management in HIV/AIDS Advancing the Conceptualization. *Advances in Nursing Science*, 28(4), 333-344.
- Stein Marcus, K. S., Kerns, R. D., Rosenfeld, B. et Breitbart, W. (2000). HIV/AIDS-related Pain as a Chronic Pain Condition: Implications of a Biopsychosocial Model for Comprehensive Assessment and Effective Management. *Pain Medicine*, 1(3), 260-273.
- Tinmouth, J., Tomlinson, G., Kandor, G., Walmsley, S., Steinhart, A. H. et Glazier, R. (2007). Evaluation of Stool Frequency and Stool Form as Measures of HIV-Related Diarrhea. *HIV Clinical Trials*, 8(6), 421-428.
- Tramarin, A., Parise, N., Campostrini, S., Yin, D. D., Postma, J. M., Lyu, R. et coll. (2004). Association between diarrhea and quality of life in HIV-Related infected patients receiving highly active antiretroviral therapy. *Quality of Life Research*, 13, 243-250.
- Tsao, J. C. I., Dobalian, A., Myers, C. D. et Zeltzer, L. k. (2005). Pain and Use of Complementary and Alternative Medicine in a National Sample of Persons living with HIV. *Journal of Pain and Symptom Management*. 30(5), 418-432.
- Tuck, I., McCain, N. L. et Elswick, R. K. (2001). Spirituality and psychosocial factors in persons living with HIV. *Journal of Advanced Nursing*, 33(6), 776-783.

Voss, J. G. (2005). Predictors and Correlates of Fatigue in HIV/AIDS. *Journal of Pain and Symptom Management*, 29(2), 173-184.

Voss, J. G., Dodd, M., Portillo, C. et Holzemer, W. (2006). Theories of Fatigue: Application in HIV/AIDS. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 17(1), 37-50.

Wantland, D. J., Holzemer, W. L., Moezzi, S., Willard, S. S., Arodu, J., Kirksey, K. M. et coll. (2008). A Randomized Controlled trial Testing the Efficacy of an HIV/AIDS Symptom Management Manual. *Journal of Pain and Symptom Management*, 36(3), 235-246.

Webb, A. et Norton, M. (2004). Clinical Assessment of Symptom-Focused Health-Related Quality of Life in HIV/AIDS. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 15(2), 67-81.

Wells Pence, B. W., Barroso, J., Leserman, J., Harmon, J. L. et Salahuddin, N. (2008). Measuring fatigue in people living with HIV/AIDS: Psychometric characteristics of the HIV-Related Fatigue Scale. *AIDS Care*, 20(7), 829-837.

Woolridge, E., Barton, S., Samuel, J., Osorio, J., Dougherty, A. et Holdcroft, A. (2005). Cannabis Use in HIV for Pain and Other Medical Symptoms. *Journal of Pain and Symptom Management*. 29(4), 358-367.