

Troubles sexuels après un cancer de la prostate : interventions infirmières pour améliorer la qualité de vie

Une revue de littérature

Travail de Bachelor

Par

Marie Mollard et Samuel Aeby
Promotion [2014-2017]

Sous la direction de : Ewald Schorro

Haute Ecole de Santé, Fribourg
Filière soins infirmiers

13 juillet 2017

Résumé

But : Les objectifs de cette revue de littérature sont d'une part la communication autour de la thématique de la sexualité et d'autre part la recherche d'interventions infirmières en lien avec cette problématique et les besoins de la population, qui sont hommes souffrant de troubles sexuels après un cancer de la prostate, et ce dans le but d'améliorer leur qualité de vie.

Méthode : Les articles ont été recherchés dans différentes bases de données (PubMed, Cinahl). Ils ont par la suite été analysés à l'aide de grilles de résumé et de lecture critique. Un cadre de référence a été établi afin de pouvoir guider le chapitre de la discussion.

Résultats : Nous avons sélectionné sept articles pour cette revue de littérature dont la plupart ont sélectionnés des hommes ayant subi un traitement suite à un cancer de la prostate. Un des articles retenus a évalué des infirmières spécialisées. Deux autres articles ont également évalué le rôle des pairs (hommes ayant survécu au cancer de la prostate). Suite à l'analyse de ces articles, deux principales catégories ressortent : les interventions infirmières et les besoins des hommes. Elles se déclinent en sous-catégories relatant différents besoins et interventions actuelles. Celles-ci sont les besoins en soins de support et en informations et la seconde catégorie comprend les interventions par les infirmiers-ères, par les pairs et centrés sur le problème.

Conclusions : Ce travail a soulevé les nombreux besoins des hommes, le manque d'interventions ciblées et l'importance du rôle infirmier spécialisé. Une collaboration entre une équipe pluridisciplinaire et les pairs serait une piste d'intervention envisageable. Il a été constaté que la communication autour de la sexualité est occultée.

Mots-clés : Prostate cancer, nurse, nursing care, sexuality, prostatic neoplasms

Table des matières

Problématique	3
Question de recherche.....	7
Objectifs	8
La théorie de gestion des symptômes.....	10
Qualité de vie.....	12
Identité.....	13
Devis	17
Stratégie de recherche.....	17
Sélection des articles.....	18
Étape d'analyses	19
Résultat des recherches	21
Caractéristiques et qualité méthodologique	22
Synthèse des résultats.....	25
Besoins.....	26
Soins de support.....	26
Informations.....	27
Interventions.....	27
Soutien par les infirmiers	27
Soutien par les pairs	28
Interventions centrées sur le problème	28
Réponse à la question de recherche.....	31
Interprétation des résultats	32
Besoins.....	32
Interventions.....	34
Enjeux pour la pratique	37
Forces et limites.....	40
Annexe A : Stratégie de recherches.....	49
Annexe B : Grilles d'analyse des articles sélectionnés.....	51
Annexe C : Tableau récapitulatif des résultats	123
Annexe D : Tableau récapitulatif de la méthodologie	133
Annexe E : Déclaration d'authenticité	138

Liste des tableaux

Tableau 1 <i>Récapitulatif des mots-clés et des mots MeSH</i>	17
Tableau 2 <i>Récapitulatif des articles sélectionnés</i>	23

Liste des figures

<i>Figure 1.</i> Schéma théorique de la théorie de gestion des symptômes	12
<i>Figure 2.</i> Flow chart décrivant les étapes de sélection des recherches.....	21

Remerciements

Nous tenons à remercier Mr Ewald Schorro pour son accompagnement et ses conseils avisés et pertinents.

Nous remercions également Lauriane Vieli, Stéphanie Jaquet, Logan Salmona pour leur relecture attentive de ce travail de Bachelor et leurs propositions.

Nous remercions nos collègues de classe pour le soutien et leurs conseils.

Introduction

Durant notre formation, nous avons eu l'opportunité de suivre un module sur le thème de l'oncologie. Ce sujet de santé actuel nous intéresse particulièrement, le cancer étant un problème de soins grandissant et l'oncologie étant un domaine de soins en pleine expansion. De plus, l'un de nous a eu la chance de réaliser un stage en oncologie ambulatoire à l'Hôpital de Fribourg et a donc été directement confronté à cette problématique. C'est pour ces raisons que nous avons décidé de rédiger notre travail de Bachelor sur le cancer de la prostate, celui-ci étant le premier cancer masculin.

Problématique

Le cancer de la prostate est le cancer le plus répandu dans la population masculine, la prévalence de ce cancer en Suisse est d'un homme sur 8. Cependant, le taux de survie de ce cancer est relativement bon, 82% à 5 ans, selon le Registre genevois des tumeurs (Office fédérale de la Statistique, 2011). La population touchée par ce cancer est plutôt âgée. En effet, lors du diagnostic, sur 10 hommes, 6 ont plus de 70 ans et 4 sont âgés de 50 à 70 ans. Il est rare que des hommes de moins de 50 ans soient atteints, selon la ligue suisse contre le cancer (2010).

Les facteurs de risque identifiés à présent dans ce type de cancer sont : les individus de type noir (2x plus touchés), l'âge (pic d'incidence à 65 ans), la composante familiale (5-10% des cas), l'alimentation (riche en viande rouge et matière grasse) (Smeltzer, Bare, Longpré, et Pilote, 2011).

Les manifestations cliniques de cette pathologie dépendent d'un individu à l'autre, mais en général asymptomatique en début de maladie et peuvent le rester pendant une durée importante. L'évolution de cette maladie peut être très lente : elle peut se développer en 10 ans (Ligue Suisse contre le cancer, 2010).

Généralement, le premier symptôme dû directement à des modifications de la prostate, est la modification du jet urinaire (miction difficile, fréquente et douloureuse, rétention urinaire, diminution de la force et du volume du jet). Effectivement, si la tumeur est suffisamment volumineuse, elle peut empiéter sur le col de la vessie et comprimer l'urètre, mais ce symptôme peut être très tardif. Les autres symptômes possibles sont : hématurie (si envahissement de l'urètre ou de la vessie par la tumeur), sang dans le sperme, éjaculation douloureuse, trouble de l'érection (Smeltzer, Bare, Longpré, et Pilote, 2011).

Le dépistage précoce accroît les chances de survie. La population ciblée par le dépistage comprend tout homme âgé de 50 à 69 ans, les hommes d'origine afro-américaine de 40 et plus, les hommes de 40 ans et plus dont au moins un membre de la famille a souffert d'un cancer de la prostate (Smeltzer, Bare, Longpré, et Pilote, 2011). Les moyens de dépistage sont : le toucher rectal, le dosage du *Prostatic Specific Antigen* (PSA), la biopsie et l'échographie transrectale (Smeltzer, Bare, Longpré, et Pilote, 2011).

Les différents traitements existants : la chirurgie est généralement le traitement de choix (prostatectomie par différentes techniques), la radiothérapie, la chimiothérapie, l'hormonothérapie (Smeltzer, Bare, Longpré, et Pilote, 2011).

Retentissement sur la qualité de vie

Différents auteurs s'accordent pour dire que les traitements du cancer de la prostate ont des répercussions plus ou moins importantes sur la qualité de vie (Eton et Lepore, 2002 ; Boggio, Grezet-Bento de Carvalho et Iselin, 2004 ; Droupy, 2009). Les domaines de la sexualité, de la continence urinaire, de la fonction intestinale, de la fatigue apparaissent fréquemment dans la littérature.

D'après l'enquête Cancer de la prostate : Vivre, pas seulement survivre, 80% des hommes souffrants de ce cancer n'arrivent plus à réaliser les activités qu'ils avaient l'habitude de faire. Lorsque les participants de cette enquête ont dû évaluer quelles activités étaient atteintes, 85% ont répondu l'intimité avec le/la partenaire, 32% le sport, 19% les voyages, 15% les loisirs, etc. (2015).

Boggio, Grezet-Bento de Carvalho et Iselin (2004) mettent en évidence les différents impacts que peut avoir le cancer de la prostate sur les patients selon le moment dans le temps. À court terme, l'impact est principalement psychologique. Les auteurs nomment ici un choc comateux suite à l'annonce du cancer. Les auteurs conseilleraient une approche dès cet instant. À moyen terme, les auteurs ont identifié des conséquences relatives au moment de la décision thérapeutique. Dans le cas où le plan thérapeutique n'est pas clair, le thérapeute propose différents traitements ou un deuxième avis au patient. Celui-ci peut alors se sentir dirigé, avoir l'impression d'être dans le flou ou se sentir abandonné par son médecin. Un sentiment d'insécurité peut aussi émerger. A long terme, les conséquences sur la qualité de vie sont principalement dues aux effets secondaires des traitements.

Les différentes thérapies contre la néoplasie prostatique ont des effets secondaires spécifiques. Toutefois, la prostatectomie radicale, la radiothérapie ou la curiethérapie affectent la sexualité, ce qui n'est pas forcément le cas pour la continence urinaire ou la fonction digestive (Hennequin, 2009).

Le dysfonctionnement sexuel peut être engendré par : une déformation pénienne, un dysfonctionnement érectile, une baisse de la libido, une dysfonction éjaculatoire et orgasmique, une diminution des orgasmes ou anorgasmie, une dysorgasmie, une modification de la dynamique sexuelle avec le/la partenaire, une anxiété, une

dépression, une frustration. Une incontinence urinaire permanente et une rétention urinaire peuvent également survenir (plus rare) (Roth, Weinberger, et Nelson, 2008).

La récupération de la fonction sexuelle après un traitement pour le cancer de la prostate dépend de plusieurs facteurs. Par exemple, un homme de moins de 60 ans sexuellement actif dont les nerfs érecteurs ont pu être sauvegardés, peut bénéficier d'un taux de récupération d'environ 80% (Boggio, Grezet-Bento de Carvalho et Iselin, 2004). Dans cette même revue, les auteurs expliquent qu'à contrario un homme de plus de 65 ans, moins actif sexuellement dont un seul nerf érecteur est conservé, voit ses chances de recouvrir une sexualité identique diminuer à 10 ou 20%. Comme le relèvent ces auteurs : "la répercussion sur la qualité de vie dépendra de la place que prend la sexualité dans la vie du patient et de sa conception de la sexualité".

Une autre étude permet d'appuyer l'importance des retentissements au niveau sexuel (Droupy, 2009). En effet, ces impacts sont vécus par 43% des hommes subissant une prostatectomie totale, 37% après une radiothérapie et 30% après une curiethérapie. Colson et al. (2012), relèvent que les troubles sexuels sont les premières altérations de la qualité de vie suite à un traitement du cancer de la prostate.

Droupy (2009) et Colson et al. (2012), mettent en avant la nécessité de prendre en charge rapidement tous troubles sexuels. Ceci pouvant améliorer la récupération et éviter une ischémie due à l'absence d'érection diurne ou nocturne.

La communication semble être indissociable d'une sexualité épanouie. Les auteurs de la revue de littérature "Sexualité et cancer de la prostate" (Colson et al., 2012), soulignent l'importance du/de la partenaire dans la réhabilitation, qu'elle soit psychologique ou sexuelle. Ces auteurs relèvent également que la compagne améliore les chances de guérison sexuelle. Cependant, seul 38% des hommes sont

prêts à parler de leur problème d'intimité avec leur compagne alors que ces dernières sont 60% à vouloir en parler (Janssen Pharmaceutica, 2015).

A la suite de toutes ces lectures, nous avons été interpellés par l'incidence des troubles sexuels sur la qualité de vie des hommes. Actuellement, la sexualité reste un sujet délicat à aborder avec les patients. Les études le démontrent, que ce soit avec le professionnel de la santé ou dans le couple, parler de son intimité n'est pas chose aisée. Les troubles sexuels ont de multiples répercussions sur la vie de l'homme. En effet, les conséquences sont autant au niveau physique que psychique, social, etc.

Ces éléments nous amènent à penser qu'il est nécessaire de rassembler les savoirs actuels afin de proposer une prise en charge pertinente. Comme le soulèvent Colson et al. (2012), "l'éducation thérapeutique est primordiale dans la reconstruction sexuelle qui suit le cancer de la prostate" (p.S88). Krebs (2008) souligne l'importance d'aborder la sexualité avec le patient, d'autant plus que ce sujet est trop souvent laissé pour compte. L'auteure promeut l'implication d'infirmiers-ères spécialisés-ées afin de donner l'occasion aux patients de parler de leur sexualité.

Question de recherche

Grâce à cette recension des écrits, nous pouvons formuler la question de recherche suivante :

Comment améliorer la qualité de vie des hommes souffrant de troubles sexuels après un cancer de la prostate ?

Objectifs

Le but de notre revue de littérature actualisée est d'aborder la sexualité auprès d'hommes souffrant de cancer de la prostate et également de trouver et de proposer des interventions infirmières en lien avec notre problématique et les besoins de cette population. Les articles sélectionnés exposent d'une part les besoins des hommes en lien avec leur sexualité et autres problèmes dus aux traitements du cancer de la prostate et d'autre part énoncent des interventions actuelles en lien avec ces besoins.

Cadre théorique

Suite aux recherches physiopathologiques que nous avons réalisées et les recherches sur la qualité de vie des hommes après un cancer de la prostate, nous avons pu constater l'impact du cancer sur la sexualité. Des concepts clés ont émergé après la lecture des documents. Le principal est celui de la qualité de vie. Nous avons aussi élaboré notre projet autour de la théorie de gestion des symptômes afin que les interventions soient basées sur les besoins des hommes et qu'ils se sentent acteurs de leur rétablissement.

La théorie de gestion des symptômes

La théorie de gestion des symptômes (TGS) vise à : "placer l'expérience vécue des symptômes des personnes atteintes de maladies chroniques à la base du processus de soins infirmiers" (Eicher, M., Delmas, P., Cohen, C., Baeryswil, C., Viens Python, N., 2013). Les concepts clés de cette théorie sont l'expérience des symptômes, les stratégies de gestion des symptômes et les effets obtenus sur l'état des symptômes.

L'expérience des symptômes correspond aux perceptions individuelles du symptôme, l'évaluation de son sens et la réponse au symptôme (Dodd et al. 2001). La perception du symptôme se rapporte aux changements dans les habitudes de vie qu'occasionne le dit symptôme. Les personnes expérimentant les symptômes les jugent selon plusieurs facteurs (physiologique, psychologique, socio-culturel et comportemental). L'évaluation du symptôme dépend aussi de : "son intensité, de sa localisation, de sa nature temporelle, de sa fréquence et de son impact affectif" (Dodd et al. 2001). Cette évaluation dépend également de la menace du symptôme sur la vie ou les aptitudes de la personne. La compréhension du symptôme est nécessaire pour une bonne gestion de ce dernier. La réponse au symptôme peut elle aussi être

multifactorielle. Cette réponse peut s'avérer positive ou négative car elle est influencée par les facteurs et autres concepts.

Dodd et al. (2001), relèvent que la gestion débute avec l'évaluation de l'expérience des symptômes selon des perspectives individuelles. L'évaluation est suivie par l'identification de stratégies d'intervention. Ces dernières peuvent se focaliser sur une ou plusieurs composantes, c'est un processus dynamique qui demande des adaptations dans la trajectoire de la maladie.

Les résultats dépendent de huit facteurs : le statut fonctionnel, le statut émotionnel, la mortalité, les morbidités et co-morbidités, la qualité de vie, les coûts, les auto-soins et le statut du symptôme.

Les trois grandes catégories de la théorie de gestion des symptômes sont interreliées, une modification à l'une de ces composantes influence les autres. Elles sont également influencées par l'environnement, la personne, la santé et la maladie, trois des concepts fondamentaux du méta-paradigme des sciences infirmières (Eicher, M., Delmas, P., Cohen, C., Baeryswil, C., Viens Python, N., 2013). Ceux-ci influencent la gestion des symptômes. La figure 1, schématise la TGS en y intégrant les concepts clés.

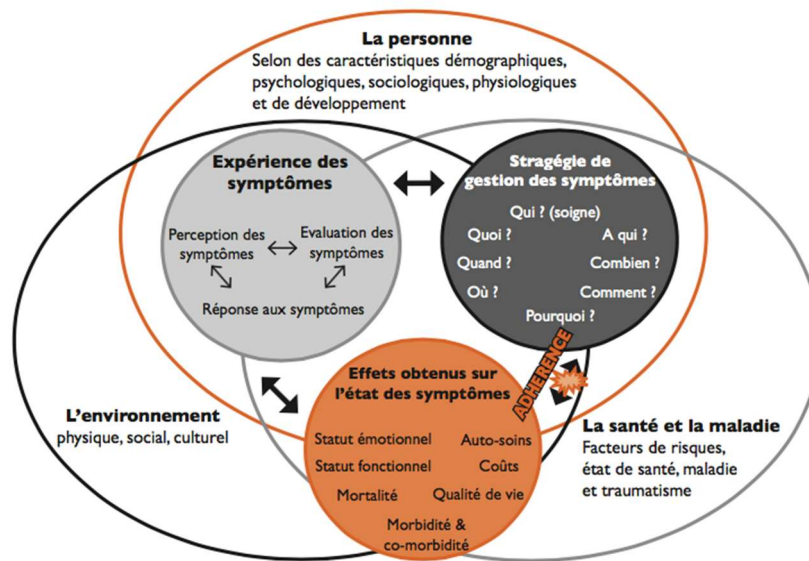


Figure 1. Schéma théorique de la théorie de gestion des symptômes

(Version française de la théorie de gestion des symptômes, 2013, p. 17)

D'après Dodd et al. (2001), ce modèle est hautement généralisable. Son application dans la pratique infirmière est donc pertinente et nécessaire. De plus, en vue de la subjectivité de l'expérience du symptôme en oncologie, cette théorie prend tout son sens pour notre thématique.

Qualité de vie

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la qualité de vie est :

La perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquelles il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes (1994, cité dans Formarier et al., 2012, p. 260).

Différents domaines de la qualité de vie sont relevés par Sager Tinguely et Weber (2011) qui sont : le domaine physique, le domaine psychologique, le niveau d'indépendance, les interrelations sociales, l'environnement et la spiritualité. On apprend que la perception subjective de la qualité de vie est essentielle dans ce

concept. De plus, Cella (2007) identifie deux composantes fondamentales à savoir la subjectivité et la multi-dimensionnalité. Cette dernière comprend le bien-être physique, fonctionnel, émotionnel et social (Cella, 2007). La qualité de vie s'articule autour de quatre propriétés : la multifactorialité, la variabilité, la non-normativité et la subjectivité. Cela signifie que la qualité de vie dépend de plusieurs facteurs (santé physique et psychologique, habilités fonctionnelles, bien-être, statut social et interactions sociales et les conditions économiques). Sa définition n'est pas stable dans le temps mais varie en fonction des situations et la qualité de vie n'a pas de normes ou de références (Sager Tinguely et Weber, 2011).

La qualité de vie se scinde en deux grands domaines, celle liée à la santé et celle indépendante de la santé (Sager Tinguely et Weber, 2011). Lors de l'évaluation de l'état de santé d'un individu, les professionnels de la santé s'intéressent à la perception de sa qualité de vie. Différentes échelles ont été élaborées pour guider une auto-évaluation. La qualité de vie indépendante de l'état de santé regroupe les facteurs financiers, culturels, spirituels, professionnels, environnementaux, sociaux, etc.

Comme le relève Bacqué (1996), "la qualité de vie opère un passage de la morale déontologique à la vision téléologique de la médecine". L'auteur explique alors que la qualité de vie ne vise plus la sauvegarde de la vie à tout prix mais qu'elle recherche un meilleur état des choses.

Identité

Le concept d'identité est un concept complexe, difficile à définir. Comme le définissent Costalat-Founeau et Lipiansky (2008) dans leur éditorial, l'identité possède deux dimensions, personnelle et sociale. L'identité sociale comprend des facteurs endogènes (biographie) et exogènes (l'environnement, la culture, la société,

etc.). L'identité personnelle correspond à un processus de construction ou de développement, les perceptions de soi sont également comprises dans cette dimension (Malewska-Peyre, 1989).

Lipiansky, Taboada-Leonetti et Vasquez (1998) définissent l'identité comme : "le produit d'un processus qui intègre les différentes expériences de l'individu tout au long de la vie" (p.22). Ces mêmes auteurs soulèvent l'importance des interactions entre l'identité de l'individu et différents facteurs (les rôles sociaux, les autres individus, la société, la culture) susceptibles de l'influer. De plus, des crises situationnelles peuvent également l'affecter (Cohen-Scali, V., Guichard, J., 2008 et Collovald, A., Gil, F., Sindzingre, N., Tap, P., 1995).

Selon Erikson, l'identité renferme des éléments positifs et négatifs et souligne également que l'être humain a été mis en présence de prototypes idéaux (1972, cité dans Lipiansky, Taboada-Leonetti et Vasquez, 1998, p.11). Lipiansky, Taboada-Leonetti et Vasquez (1998) résumant la crise identitaire comme étant une tension créée entre la culture, les valeurs et l'identité de la personne.

Devereux a également théorisé l'identité, il souligne l'importance de la culture sur celle-ci. Il se réfère au modèle sexué de soi pour expliquer que l'individu se définit par rapport à l'autre sexe. (1970, cité dans Lipiansky, Taboada-Leonetti et Vasquez, 1998, p.12). Pour lui, le modelage sexuel détermine une façon particulière d'exister (Lipiansky, Taboada-Leonetti et Vasquez, 1998, p. 12).

La société influence également l'identité. Tajfel et Fraser identifient un processus de catégorisation sociale par les individus. Ces catégories renferment des caractéristiques qui sont davantage valorisées que d'autres (1978, cité dans Lipiansky, Taboada-Leonetti et Vasquez, 1998, p. 14). Quant à eux, Deutsch et Krauss soulèvent l'importance des rôles sociaux. De ce fait, "l'acteur social est

amené, au cours de sa vie, à assumer un certain nombre de rôles relatif à son âge, son sexe, son métier etc." (1972, cité dans Lipiansky, Taboada-Leonetti et Vasquez, 1998, p. 15).

D'après Lipiansky, Taboada-Leonetti et Vasquez (1998), l'identité peut aussi être abordée par des stratégies identitaires. Celles-ci sont définies comme étant :

Des procédures mises en œuvre (de façon consciente ou inconsciente) par un acteur (individuel ou collectif) pour atteindre, une, ou des, finalités (définies explicitement ou se situant au niveau de l'inconscient), procédures élaborées en fonction de la situation d'interaction, c'est-à-dire en fonction des différentes déterminations (socio-historiques, culturelles, psychologiques) de cette situation (p. 24).

L'identité semble être un concept intéressant afin d'appréhender la crise provoquée par les troubles sexuels chez les hommes vivant avec un cancer de la prostate. Les impacts provoqués par les troubles sexuels sur l'identité de l'homme et sa définition de celle-ci seront plus amplement détaillés dans le chapitre de la discussion.

Méthode

Devis

Ce travail de Bachelor est une revue de littérature. Le centre d'aide à la rédaction des travaux universitaire d'Ottawa (2007) définit la revue de littérature comme étant une évaluation critique d'un ensemble d'ouvrages lié à un sujet. Dans le cadre de ce travail, il s'apparente à un problème de recherche. Des articles scientifiques (entre 6 et 10) sont sélectionnés selon des critères d'inclusion et d'exclusion dans des banques de données. Cette mise en commun d'études scientifiques permettra de répondre à la question de recherche et proposera des pistes pour la pratique infirmière.

Stratégie de recherche

Afin de documenter notre sujet, nous avons dans un premier temps réalisé des recherches dans le moteur de recherche Google. Par la suite, nous avons lu des livres sur la thématique du cancer de la prostate, interrogé des professionnels de la santé du domaine de l'oncologie. Une fois ces recherches préliminaires effectuées, nous avons pu orienter notre travail sur un thème plus spécifique et formuler notre question de recherche. Ceci nous a permis d'élaborer des mots-clés ainsi que des mots MeSH (Medical Subject Headings) (Tableau 1).

Tableau 1
Récapitulatif des mots-clés et des mots MeSH

Mots-clés	Mots MeSH
Prostate Cancer	Sexuality
Nurse	Prostatic Neoplasms
Nursing Care	

Les banques de données utilisées ont été PubMed et CINAHL. Plusieurs recherches ont été effectuées durant la période de novembre 2016 à avril 2017.

Nous avons utilisé la conjonction "AND" dans nos recherches afin d'associer les différents mots-clés et mots MeSH. La période de publication des articles a été fixée à 10 ans afin de restreindre les résultats.

Sélection des articles

La sélection d'articles devait répondre à certains critères, notamment des hommes souffrants de cancer de la prostate avec des troubles sexuels. Le but premier était de rechercher des articles interventionnels que nous avons étoffés par la suite avec des articles ciblés sur les besoins en sexualité de ces hommes.

Les recherches provenaient de pays industrialisés afin de pouvoir transférer les résultats dans notre contexte socio-économique. Lors de la lecture des abstracts, nous n'avons pas retenu les articles provenant de pays culturellement éloignés (par rapport à la sexualité). Nous avons d'emblée recherché des études en anglais, sans toutefois exclure d'autres langues.

Dans un premier temps, nous avons éliminé les articles de plus de 10 ans. Cependant, après une première analyse et suite aux recommandations d'articles faites par la base de données PubMed, nous avons sélectionné un article datant de 2005.

Une première lecture critique a permis de faire un certain tri dans les articles présélectionnés. Les articles ne parlant pas suffisamment d'interventions infirmières et de sexualité ont été exclus de cette revue de littérature.

Étape d'analyses

En vue d'analyser les articles, nous avons utilisé les grilles élaborées par Fortin (2010) et Loiselle et Profetto-McGrath (2007). Ces grilles (Annexe B) sont utilisées pour résumer le contenu des articles et évaluer de manière critique leur qualité méthodologique.

Nous avons également synthétisé d'une part les résultats dans une grille (Annexe C) et d'autre part la méthodologie dans un tableau (Annexe D). Dans la grille de résultats, nous avons retranscrit ces derniers dans le but de les réunir et de les inclure dans des catégories. Le tableau de résumé méthodologique nous permet d'extraire les points principaux de la thématique, du design, de l'échantillon et du setting, des outils de mesure et de la qualité méthodologique de chaque article.

Résultats

Résultat des recherches

Après avoir recherché les mots clés et les mots MeSh dans les banques de données, articles ont été trouvés et 5 autres dans les références des articles. Nous avons limité l'année de parution des articles à moins de dix ans, diminuant ainsi le nombre d'articles à 53. Par la suite, nous avons lu les titres et les résumés afin d'effectuer un premier tri. Cette étape a réduit la quantité d'études à 24.

Nous avons alors lu ces différents articles, jugé de leur pertinence en lien avec les critères d'inclusion et d'exclusion de cette revue de littérature. Ceci nous a permis de sélectionner les articles pour ce travail. Les articles ne traitant finalement pas suffisamment des interventions infirmières, qui étaient trop centrés sur les besoins ou qui ne comportaient que peu d'indications sur la sexualité des hommes n'ont pas été retenus. Au final, sept articles ont été sélectionnés et analysés.

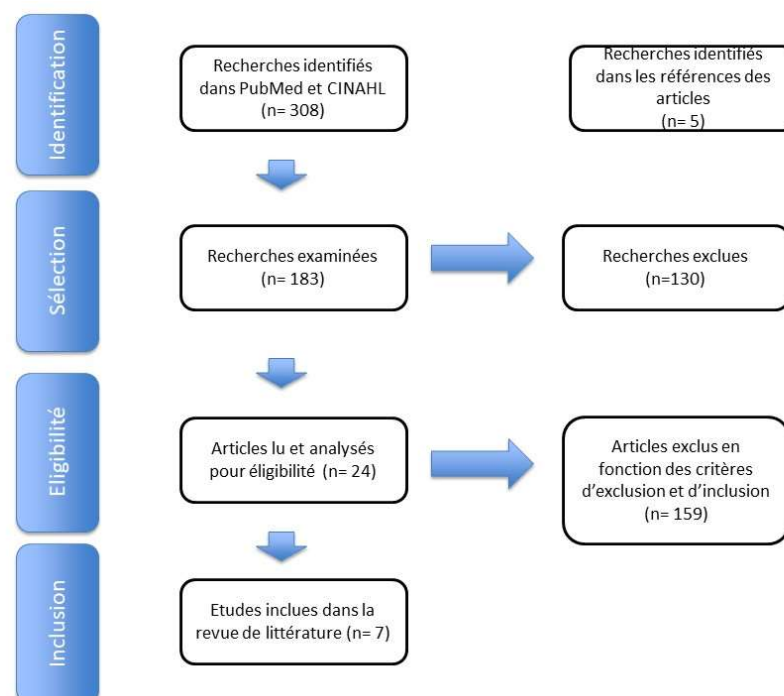


Figure 2. Flow chart décrivant les étapes de sélection des recherches (Moher, Liberati, Tetzlaff et Altman, 2009)

Caractéristiques et qualité méthodologique

Nous avons retenu sept articles avec différents devis, deux qualitatifs, deux quantitatifs et trois mixtes. Un article qualitatif est une étude phénoménologique et herméneutique (Schantz laursen, 2017), l'autre est une étude qualitative descriptive (Carter, Bryant-Lukosius, DiCenso, Blythe et Neville, 2011). Trois articles avaient une approche mixte, une étude descriptive (Chambers, et al., 2015), une est multisite, exploratrice et descriptive (Ream et al. 2009) et une dernière est une étude de faisabilité (Chambers et al., 2011). Quant aux articles quantitatifs, un est une étude prospective, multisite randomisée (Giesler et al., 2005) et la dernière est une étude quasi-expérimentale (Ream et al., 2008). Toutes les études incluaient des hommes souffrant de cancer de la prostate ayant subi un traitement, pour la majeure partie une prostatectomie. Trois études impliquaient également les épouses de ces hommes (Chambers et al., 2015 ; Chambers et al., 2011 ; Giesler et al., 2005), deux études évaluaient l'intervention des pairs (Chambers et al., 2011 ; Chambers et al., 2015), trois autres études analysent les soins prodigués par des infirmiers-ères, spécialisées-ées ou non (Ream et al., 2009 ; Chambers et al., 2015 ; Giesler et al., 2005). Tous les articles sélectionnés proviennent de pays industrialisés avec un système de santé comparable au nôtre. Deux études se sont déroulées en Australie (Chambers et al., 2011 ; Chambers et al., 2015), deux autres ont eu lieu au Royaume-Uni (Ream et al., 2008 ; Ream et al., 2009), une au Danemark (Schantz Laursen, 2017), une au Canada (Carter, Bryant-Lukosius, DiCenso, Blythe et Neville, 2011) et enfin la dernière aux Etats-Unis (Giesler et al., 2005). Tous les articles sélectionnés pour cette revue de littérature ont été approuvés par un comité éthique.

Tableau 2
Récapitulatif des articles sélectionnés

Références et pays	Devis	Echantillon	Méthode pour collection données	Interventions ou besoins	Résultats
Chambers et al (2015). Australie	Mixte	189 couples	Échelles et questionnaires Échelle de Schoever ; International of erectile index function ; Female Sexual Function index ; Supportive care needs survey ; Psychological Impact of Erectile dysfunction – Sexual experience ; Masculine Self-esteem ; Revised Dyadic adjustment scale ; Miller Social Intimacy scale ; Working alliance inventory	Soins de support auprès d'hommes et du couple souffrant du cancer de la prostate. Comparaison entre une intervention par des infirmières, par des pairs par rapport à un groupe contrôle.	Le soutien infirmier et par des pairs promeut l'utilisation de moyen médicaux pour les troubles sexuels.
Chambers et al. (2011). Australie	Mixte	20 couples 10 pairs	Echelles et questionnaires Working alliance inventory ; The Revised impact of Events Scale ; The supportive care needs survey ; The post-traumatic growth inventory Évalués au recrutement et à 3 et 6 mois post-op.	Intervention de pairs auprès d'hommes ayant ou allant subir une prostatectomie. Évaluation des pairs quant à cette intervention et des couples	Les pairs reportent la difficulté de parler de sexualité. Les couples se sentent davantage à l'aise dans le temps. Les besoins en sexualité augmentent avec le temps.
Ream et al. (2008). Royaume-Uni	Quantitatif	741 hommes recrutés par leur urologue	Supportive Care Needs Survey ; International Prostate Symptom Score ; EuroQol EQ-5D ; VAS ; Questionnaire données démographiques et personnelles	Identifier le besoin en soins de supports chez ces hommes et proposer des interventions au niveau ainsi que ses prédicteurs	La sexualité est le domaine qui nécessite le plus de soins de support. Des prédicteurs sont identifiés (âge et santé mentale principalement)
Schantz Laursen (2017). Danemark	Qualitatif	4 hommes ayant des troubles sexuels suite à un cancer de la prostate	Interviews avec une infirmière spécialisée (sexologie)	Identifier les impacts des troubles sexuels sur la vie de ces hommes	Les hommes parlent d'une impression de perte de contrôle, des perturbations du sentiment de soi (baisse de la masculinité, changement dans le langage, problème de couple, deuil) et d'une redéfinition de leur sexualité.

Giesler et al. (2005). USA	Quantitatif	85 couples	Prostate Cancer Quality of Life instrument Center for Epidemiologic Studies - Depression Scale Spanier Dyadic Adjustment Scale The Medical Outcomes Study 36-items short-form Health Survey	Interventions sur divers domaines de la qualité de vie au près de ces hommes grâce à un outil informatique piloté par une infirmière	Interventions sur sexualité = résultats significatifs Interventions sur outcomes urinaires et intestinaux pas significatifs
Carter et al. (2011). Canada	Qualitatif	29 hommes avec un cancer de la prostate de stade avancé. 17 hommes avec un cancer hormono-dépendant et 12 avec un cancer hormono-réfractaire	Utilisation de groupes de parole (groupe homme hormono-réfractaire) et d'interviews (groupe homme hormono-dépendant et un homme hormono-réfractaire)	Recherches des besoins en soins de support chez les hommes avec un stade avancé du cancer de la prostate. Comparaison entre les hommes avec un cancer hormono-dépendant et hormono-réfractaire	Des difficultés fonctionnelles ont été relevées en lien avec la douleur, la fatigue... Un grand besoin en informations a été relevé. Les hommes ont soulevé une certaine détresse émotionnelle, débutant souvent au moment du diagnostic.
Ream et al. (2009). Royaume-Uni	Mixte	4 PCNS 19 collègues 40 patients	Journal de bord pour la PCNS ; Formulaire de contact ; Interviews	Evaluer le rôle d'infirmières spécialisées pour le cancer de la prostate	Elles jouent un rôle important pour le patient, donnent l'information, soutiennent, expliquent, leur rôle est prouvé. L'expérience préalable de l'infirmière influence sa manière de travailler.

Néanmoins, suite à la lecture critique des études, nous pouvons mettre en avant le manque de définitions claires des cadres de référence. Aussi, nous avons relevé un manque de comparaison avec des études antérieures (Chambers et al., 2011) ou encore une recension des écrits peu développée (Ream et al., 2008). Nous avons également constaté que certains articles ne détaillaient pas suffisamment quelques chapitres, que ce soit les résultats, l'analyse ou la discussion (Chambers et al., 2011), le nombre d'interview, leur structure (Schantz Laursen 2017), les outils d'analyse (Carter et al., 2011 ; Chambers et al., 2015), ou encore le devis de recherche (Chambers et al., 2015). Trois de nos articles ne mentionnaient pas suffisamment la généralisation des résultats ou de la transférabilité dans la pratique (Giesler et al., 2005 ; Ream et al., 2008 ; Carter et al., 2011).

Synthèse des résultats

Après l'analyse critique des sept articles, nous avons pu catégoriser les résultats de ces derniers. Deux catégories ont émergé selon les objectifs des articles sélectionnés. Dans un premier temps, nous avons identifié les besoins des hommes souffrant de cancer de la prostate comme étant l'une des catégories principales. Les besoins des hommes étant variés, nous les avons subdivisés en deux sous-catégories, à savoir les besoins en soins de support et en informations. Dans un second temps, nous avons relevé les interventions visant l'amélioration de la qualité de vie comme étant la deuxième catégorie principale. Nous l'avons également divisée en plusieurs sous-catégories : le soutien par les pairs, le soutien par les infirmiers-ères spécialisés-ées et les interventions centrées sur le problème.

Besoins

Afin de répondre à notre question de recherche, les résultats présentés dans cette revue de littérature se concentrent principalement sur la thématique de la sexualité. Toutefois, les articles sélectionnés présentent d'autres besoins (troubles urinaires, ajustements dans le couple, fatigue, douleurs). Comme le relève l'article de Giesler (2005), les hommes ont dû identifier quels problèmes nécessitaient des interventions. La dysfonction sexuelle apparaît comme la problématique principale (23% des patients). Les troubles urinaires sont identifiés par 19% des hommes de cette étude, suivis par les problèmes d'adaptation dans le couple (18%) et la fatigue a été soulevée par 10% des hommes.

Soins de support

Dans l'article de Ream et al. (2008), les auteurs ont élaboré un score afin d'évaluer le niveau de besoins en soins de support. La thématique de la sexualité obtient le score le plus élevé parmi les autres besoins. Selon les résultats au test χ^2 , il a été possible d'établir le lien significatif entre besoins sexuels, âge et traitement ($P = < 0.001$). De plus, cet article met en évidence la corrélation entre les hommes ayant subi une prostatectomie radicale et les besoins en sexualité (51%), alors que les groupes dont les hommes avaient reçu d'autres traitements relevaient ce besoin entre 2 et 40%.

L'étude de Schantz Laursen (2017) se portait sur les entretiens qu'une infirmière menait avec des hommes ayant des dysfonctions sexuelles. Les résultats de cette étude qualitative soulèvent les problèmes que vivent les hommes au quotidien. L'auteure relève notamment une problématique de deuil, des troubles identitaires, une baisse de l'estime de soi, un traumatisme consécutif aux modifications entraînées

par une prostatectomie ainsi que des problèmes dans le couple. Ces éléments nous permettent de mettre en avant les besoins en soins de support.

Informations

Les participants de l'étude de Carter, Bryant-Lukosius, DiCenso, Blythe et Neville (2011), ont identifié de nombreux points pour lesquels ils n'ont pas reçus suffisamment d'informations, entre autres, les traitements, la médication, les effets secondaires et les thérapies alternatives. Certains ont même dit qu'ils avaient l'impression que les médecins retenaient l'information ou qu'ils ne l'avaient pas.

Dans l'étude traitant du rôle des infirmières spécialisées sur le cancer de la prostate (Ream et al., 2009), les patients percevaient ces infirmières comme des "banques de données".

Interventions

Soutien par les infirmiers-ères

Un des articles sélectionnés a évalué la nécessité d'implémenter des infirmières spécialisées dans la pratique (Ream et al., 2009). Ce sont les infirmières elles-mêmes, les différents professionnels de la santé collaborant avec ces dernières ainsi que leurs patients qui ont évalué l'apport de ces spécialistes. En plus des informations qu'elles partagent, elles en facilitent l'accès, elles sont également perçues comme les intermédiaires avec les différents intervenants du système de santé. En outre, les patients perçoivent l'infirmière spécialisée comme étant leur infirmière personnelle qui leur apporte enfin les informations dont ils ont besoin.

L'étude de Chambers et al., (2015), relève que les hommes suivis par des infirmières utilisent davantage les moyens médicaux qui leur sont proposés contre les

troubles de la fonction érectile ($p = 0.004$) et la médication orale ($\chi^2 = 9.77$, $p = 0.002$). Les hommes soutenus par les pairs utilisent également les moyens médicaux de manière significative ($p = 0.016$). Les infirmières sont perçues comme compréhensives, réconfortantes et amènent des conseils professionnels et une éducation relative aux effets secondaires. L'alliance thérapeutique évaluée dans ce même article présente des résultats également significatifs. En effet, à six mois, les participants relèvent une meilleure alliance thérapeutique avec les infirmières qu'avec les pairs ($p = 0.011$ en ce qui concerne les tâches et $p = 0.014$ concernant les buts).

Soutien par les pairs

Le soutien par les pairs est perçu par les patients comme étant une expérience aidante. En effet, les hommes se sentent soutenus, partagent une expérience personnelle, reçoivent des conseils uniques et personnels par leur pair (Chambers et al., 2015).

Dans une étude antérieure de Chambers et al. (2011), le vécu des pairs a été évalué. Bien que les pairs aient trouvé cette expérience enrichissante, utile et motivante, ils relevaient qu'il était difficile de parler de sexualité avec les couples et que les soutenir individuellement, selon leurs antécédents variés, était aussi exigeant. Cette étude relève également une augmentation des besoins en sexualité dans le temps. En effet, sur les six mois qu'a duré l'étude, les participants avaient davantage de besoins sexuels à son issue qu'à ses débuts et ce de manière significative ($P = 0.002$).

Interventions centrées sur le problème

Une étude randomisée contrôlée réalisée auprès de 85 couples (Giesler et al., 2005) a montré des améliorations significatives sur le fonctionnement sexuel ($P =$

0.05 à Wave 2, ces résultats deviennent moins significatifs sur la durée, $P = 0.10$ à Wave 3 et $P = 0.10$ à Wave 4) et les limitations sexuelles des hommes après les traitements du cancer de la prostate ($P = 0.09$ à Wave 2 ; $P = 0.05$ à Wave 3 ; $P = 0.02$ à Wave 4). Effectivement, les interventions prodiguées par des infirmières visant la diminution des problèmes liés à la sexualité, c'est-à-dire des techniques de communications et de l'éducation thérapeutique sur les moyens de traitement (viagra, injection, etc.), se sont avérées efficaces. Cette étude a également recherché l'impact d'autres interventions sur les problèmes des hommes après un cancer de la prostate (problème urinaire, problème d'adaptation du couple et fatigue).

Discussion

Réponse à la question de recherche

L'analyse critique des résultats et la mise en commun de ceux-ci nous permettent de répondre aux objectifs de cette revue de littérature. L'idée première était d'aborder le sujet de la sexualité avec les hommes. La synthèse des résultats appuie la nécessité de démystifier cette thématique. En effet, plusieurs articles mettent en avant les difficultés qu'ont les hommes, les couples ou encore les professionnels à parler de sexualité. L'implémentation d'infirmiers-ères spécialisés-ées pour le cancer de la prostate est pertinente et prouvée (Ream et al. 2009). D'autres auteurs ont également relevé l'importance d'un personnel soignant qualifié (Chambers et al. 2015). Ils amènent des informations professionnelles et essentielles pour les patients et leur conjoint. Ces informations sont d'autant plus importantes que des patients reportent une détresse émotionnelle qui est directement mise en lien avec la pose du diagnostic et la prise en charge (Carter et al. 2011). Les hommes ont parfois soulevé qu'ils auraient apprécié l'intervention d'un-e infirmier-ère ou d'un pair de manière plus précoce, c'est-à-dire avant l'intervention ou le traitement (Chambers et al., 2015 ; Carter et al., 2011). Colson et al., 2012 nous disent :

L'information du patient et de sa compagne est un temps essentiel de la prise en charge. Elle permet de dissiper les idées reçues, les fausses croyances, les craintes non exprimées, toutes responsables de retard à la satisfaction sexuelle (p.S88).

Un homme de l'étude de Schantz Laursen (2017) a même dit avoir vécu un véritable traumatisme suite au retentissement physique qu'a eu l'opération sur son pénis. Dans ce même article, l'auteure met en avant la situation de deuil que vivent l'homme et le couple. En effet, une redéfinition de la masculinité de l'homme a lieu, tout comme une redéfinition de la sexualité. Colson et al., (2012) ajoutent que : "l'éducation thérapeutique est primordiale dans la reconstruction sexuelle" (p. S88).

Ces articles et ces demandes des patients répondent à notre second objectif, la mise en place d'interventions infirmières visant l'amélioration de la qualité de vie de ces hommes.

Le besoin en éducation thérapeutique et en information est l'un des besoins qui a le plus été relevé par les hommes interrogés dans les différentes études. Les hommes n'en ayant pas bénéficié disent se sentir en colère, frustrés ou encore tristes (Carter et al. 2011). Ils disent n'avoir pas été suffisamment encadrés, qu'ils n'avaient pas reçu les informations nécessaires lors de leur prise en charge. Un patient interviewé sur son expérience de la maladie a exprimé le fait qu'il aurait voulu un plan thérapeutique clair et détaillé, afin de pouvoir se préparer avec son épouse (Carter et al., 2011). De plus, les auteurs d'un article de la revue médicale suisse ont identifié l'incertitude que peut vivre un homme qui se retrouve dans une situation où son plan thérapeutique n'est pas clairement défini (Boggio, Grezet-Bento de Carvalho et Iselin, 2004).

En vue d'améliorer la qualité de vie des hommes souffrant de troubles sexuels après un cancer de la prostate, la combinaison de l'évaluation des besoins et d'éducation thérapeutique par des infirmiers-ères qualifiés-ées semble optimale.

Interprétation des résultats

Besoins

Les hommes expriment principalement des besoins en sexualité et en informations. Les interventions proposées dans les articles y répondent : des espaces de parole (groupes de discussion, entretiens avec des pairs ou des infirmiers-ères), des conseils quant à l'utilisation de moyens auxiliaires pour pallier l'impuissance (médication orale, injection intracaverneuse), techniques de communication, etc. sont

mis en place (Chambers et al., 2008 ; Chambers et al., 2015 ; Ream et al., 2008 ; Ream et al., 2009 ; Giesler et al., 2005 ; Schantz Laursen, 2017).

L'article interrogeant les hommes souffrant de troubles sexuels a mis en évidence les conséquences de ces problèmes sur leur vie (Schantz Laursen, 2017). La qualité de vie de ces hommes peut être dans un premier temps diminuée. Colson et al. (2012) mettent en avant le fait que les troubles sexuels sont les premiers facteurs diminuant la qualité de vie des hommes souffrant du cancer de la prostate suite aux traitements et que l'altération de la qualité de vie peut concerner entre 33 et 98% des hommes. Dans cette même revue, les auteurs attribuent même la diminution de la qualité de vie aux troubles de l'érection. Cela souligne encore une fois la grande nécessité de mettre en place des soins de support pour ces hommes, afin qu'ils puissent recouvrir une sexualité acceptable pour eux. Des auteurs relèvent qu'il est fondamental de demander aux hommes leurs perceptions de la qualité de vie avant et après les traitements (Colson et al., 2012 ; Carter et al., 2011). La définition de la qualité de vie de l'homme, les facteurs de celle-ci, sa variabilité, sa subjectivité doivent être des indicateurs de la prise en charge (Sager Tinguely et Weber, 2011). Schantz Laursen (2017) relève dans son article tous les impacts qu'ont les troubles sexuels sur la vie quotidienne. De ces conséquences, il faut évaluer lesquelles interagissent avec la qualité de vie, celle-ci pouvant comprendre des aspects financiers, culturels, spirituels, sociaux, environnementaux, etc. (Sager Tinguely et Weber, 2011). Le rôle infirmier comprend donc le questionnement de l'homme sur ses perceptions de la qualité de vie en vue de les intégrer dans la prise en charge globale de l'individu et de le soutenir dans un processus de rétablissement, de reconstruction sexuelle, voire même de reconstruction identitaire.

Interventions

Nous avons identifié plusieurs champs d'interventions susceptibles d'apporter un soutien ou un support aux hommes concernés par cette revue.

Le soutien par les pairs est l'une des interventions proposées dans les articles (Chambers et al., 2011 ; Chambers et al. 2015). Il en est ressorti que les hommes trouvent que ces interventions sont authentiques, avec un partage des expériences personnelles et des conseils personnalisés. Ils ne mentionnent cependant pas de conseils en lien avec la sexualité, ce qui est corroboré par les pairs, qui disent avoir des difficultés à en parler.

Toutefois, l'intervention des infirmières leur apporte des conseils de professionnels, une éducation thérapeutique et également un soutien à la compagne de l'homme. Des infirmiers-ères qualifiés-ées et n'hésitant pas à parler de sexualité apportent un soutien et une amélioration dans la qualité de vie à cette population.

La théorie de gestion des symptômes, enseignée aux professionnels de la santé, s'inscrit dans cette optique. Cette théorie émet des hypothèses quant à la finalité de cette théorie intermédiaire et nous avons relevé que cinq des six hypothèses formulées correspondent à la problématique de cette revue de littérature (Dodd, Janson, et al., 2001). La première hypothèse soulève l'importance de l'évaluation des symptômes en se basant sur la perception de l'individu les expérimentant. La revue médicale suisse et la revue de littérature Sexualité et cancer de la prostate soulèvent l'importance d'interroger l'homme sur sa vie sexuelle antérieure au cancer, afin de lui proposer des interventions plus ciblées (Boggio, Grezet-Bento de Carvalho et Iselin, 2004 ; Colson et al., 2012). Ces auteurs relèvent une amélioration des chances de recouvrir une vie sexuelle plus ou moins identique et de prendre en compte des facteurs de risque pouvant altérer ou ralentir cette récupération. De plus, Wisard,

Jichlinski et Leisinger (2003), ajoutent qu'il est essentiel de questionner les hommes avec des échelles et des questionnaires afin de comprendre leur fonctionnement physique, psychique et social. Une deuxième hypothèse indique que le modèle s'applique aux personnes souffrant du symptôme ou risquant de le vivre. La troisième hypothèse indique que les stratégies de gestion des symptômes peuvent s'adresser non seulement à la personne mais aussi à la famille ou au groupe. Cette hypothèse souligne l'importance de la communication dans le couple et avec les professionnels sur les troubles sexuels. Il importe donc d'enseigner des méthodes de communication telles que l'écoute active, l'expression des sentiments, la reformulation, etc. (Giesler et al., 2005). La quatrième hypothèse décrit un processus dynamique qui peut être modifié par les résultats obtenus par la personne et par les interrelations entre la personne, la santé/maladie et l'environnement (Dodd, Janson, et al., 2001). Une dernière hypothèse de la TGS dit que tout symptôme gênant doit être géré. Les troubles sexuels ont de lourdes conséquences sur la vie des hommes. Schantz Laursen (2017) a mis en avant ces éléments : les hommes se sentent moins masculins, inférieurs aux autres hommes, culpabilisent par rapport à leur impuissance, etc. Il devient nécessaire de traiter ce symptôme, d'amener les hommes à trouver des stratégies.

Effectivement, les troubles sexuels peuvent engendrer une crise d'identité chez l'homme. Dans l'article de Schantz Laursen (2017), les hommes expriment une diminution de leur masculinité.

Les théories psychosociales relèvent l'importance de l'influence de la société sur l'identité. Tajfel et Fraser (1978) ont mis en évidence le processus de catégorisation sociale dans lequel les individus créent des catégories qui comprennent des caractéristiques. Nous faisons l'hypothèse que l'homme, ayant créé sa catégorie qui correspond à sa perception de l'homme masculin, ne se voit plus correspondre aux

caractéristiques qu'il a lui-même établies. Son identité perturbée pourrait éventuellement mener à une crise. De plus, Deutsch et Krauss (1972) ont établi que tout individu est un acteur social devant assumer différents rôles. Goffman (1973) relève l'importance de l'adhésion au rôle, il identifie que tout acteur essaie de ne pas dévier de ce qui est attendu de lui. En ce sens, nous pouvons à nouveau penser que les troubles sexuels perturbent la définition des rôles masculins que l'homme a établi. La théorie de Kastersztein (1998) met en avant le principe de similarisation et de différenciation qui influence tout individu. Il relève que toute personne recherche une certaine ressemblance (ou différence) avec autrui et la société. Cette théorie soutient notre interprétation de la perturbation identitaire dont l'homme pourrait souffrir. En plus de l'influence de la société, certains auteurs mettent en avant l'importance de la culture sur l'identité (Devereux, 1970). Cet auteur s'est référé au modèle sexué de soi pour expliquer que les individus se définissent par rapport à l'autre sexe, ce dernier exprime une manière particulière d'exister (Lipiansky, Taboada-Leonetti et Vasquez, 1998).

Les différents perturbateurs potentiels de l'identité que nous avons identifiés, nous amènent à penser que l'homme peut vivre une crise identitaire, celle-ci étant le résultat d'une tension entre la culture, les valeurs et l'identité de la personne (Lipiansky, Taboada-Leonetti et Vasquez, 1998). Wishard, Jichlinski et Leisinger (2003) soutiennent cette hypothèse de crise identitaire avec leur écrit sur la qualité de vie de l'homme après 50 ans avec un cancer de la prostate :

C'est la crise du milieu de vie. L'annonce du diagnostic de cancer de la prostate à ce moment précis de son existence ne va qu'accélérer le processus de la perte de la virilité, de la réduction de l'estime de soi et ainsi le rendre encore plus vulnérable.

La majorité des articles que nous avons analysés relèvent la nécessité d'implémenter l'enseignement thérapeutique dans la pratique afin de répondre aux

besoins et demandes des hommes (Chambers et al., 2015 ; Ream et al. 2009 ; Giesler et al., 2005 ; Ream et al., 2008 ; Carter et al., 2011).

Enjeux pour la pratique

Actuellement, les patients souffrants d'autres pathologies oncologiques ont davantage accès à une infirmière spécialisée plutôt que les hommes souffrant de cancer de la prostate (Ream et al. 2009). L'étude de Ream et al. (2009) a tenté de définir dans quelles mesures ces infirmières spécialisées pour le cancer de la prostate (Prostate Cancer Nurse Specialist) proposaient une prise en charge plus complète que les autres infirmières. De manière générale, elles ont été perçues positivement par leurs patients et l'équipe interdisciplinaire.

Nous avons effectué quelques recherches sommaires sur les infirmiers-ères spécialisés-ées pour le cancer de la prostate en Suisse. Le centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) semble être l'un des seuls établissements collaborant avec l'une de ces spécialistes. En ce sens, cela confirme le manque de ces spécialistes dans notre pays. De plus, le contexte actuel des soins, des services surchargés, un manque de personnel, un manque de temps, diminuent la qualité des soins et influencent de manière indirecte la prise en charge des troubles sexuels et leur impact sur la qualité de vie de nos patients (Ream et al., 2009). Ces derniers faits nous mènent à penser que l'implémentation de plus de ces spécialistes serait un véritable atout pour la pratique et pour le bien-être de nos patients. Cependant, ces infirmières spécialisées ont un coût (Ream et al., 2009), chaque centre oncologique ne pourrait alors peut-être pas en former suffisamment. C'est pourquoi il est nécessaire de sensibiliser les infirmiers-ères en soins généraux à propos de cette thématique.

Les hommes souffrant de troubles sexuels de l'article de Schantz Laursen (2017) ont été questionnés par une infirmière spécialisée en sexologie. Cette spécialisation peut également s'avérer intéressante dans la prise en charge de patients souffrant d'un cancer. En effet, l'infirmier-ère sexologue peut apporter un support aux personnes souffrant d'un cancer, que ce soit le cancer de la prostate ou un autre cancer touchant à l'intégrité physique, l'image du corps, la libido ou encore la sexualité. De plus, la possibilité de rencontrer ce type de professionnel dans des lieux de soins dans lesquels se rendent ces personnes pourraient en simplifier la démarche. Effectivement, il peut être difficile pour les individus souffrant de problèmes d'ordre sexuels d'aller rencontrer un-e sexologue en plus de leur rendez-vous concernant le cancer en soi.

Comme nous l'avons déjà précédemment relevé, il faut que les infirmiers-ères osent aborder la sexualité avec tous les patients et leurs proches. Les infirmiers-ères ont souvent tendance à omettre d'investiguer ce sujet (Krebs, 2008). Schantz Laursen (2017) appuie la nécessité d'aborder non seulement la sexualité mais aussi tous les champs pouvant être influencés par cette dernière. Les infirmiers-ères peuvent alors utiliser des échelles, des questionnaires pour qualifier et quantifier leurs troubles sexuels et plus généralement leur qualité de vie. Par exemple, le questionnaire DAN-PSS (Colson et al., 2012) porte sur la sexualité, l'échelle EHS d'évaluation simplifiée aborde la fonction érectile (Colson et al., 2012), le questionnaire IIEF-15 d'évaluation globale traite de la réponse sexuelle masculine (Colson et al., 2012), le questionnaire EuroQol EQ-5D et VAS sont des évaluations faites par les individus sur leur perception de leur qualité de vie (Ream et al., 2008) et le WHOQOL-26 questionne aussi les personnes sur leur qualité de vie (Sager Tinguelye et Weber, 2011). Ce sont des outils faciles et relativement rapides d'utilisation. Ils permettent d'avoir un meilleur aperçu de la fonction sexuelle et de la qualité de vie.

En plus d'enrichir la prise en charge des infirmiers-ères en ce qui concerne la fonction sexuelle, plusieurs articles relèvent les besoins importants qu'a cette population d'hommes en matière de traitement, d'effets secondaires et de soutien (Carter et al., 2011 ; Giesler et al., 2005 ; Ream et al., 2008 ; Schantz Laursen, 2017). Il est proposé d'établir des moments fixes d'entretiens, au moment du diagnostic, au moment des choix de traitements, lors de l'apparition d'effets secondaires. Lors de ces entretiens, il est fondamental de présenter et de conseiller l'homme et son/sa partenaire sur les moyens auxiliaires pour pallier les troubles sexuels, fournir les informations nécessaires quant aux traitements (les infirmiers-ères étant perçus comme neutres, ceux-ci n'ayant pas d'enjeux économiques, Ream et al., 2009). Il était aussi proposé de faire un plan thérapeutique avec le patient et ses proches (Schantz Laursen, 2017).

La sexualité semble être un thème dont l'entrée en matière reste difficile. Les pairs ont eux aussi exprimé leur embarras quant à cette thématique (Chambers et al., 2011). L'approche des pairs s'avère davantage axée sur le partage de l'expérience plutôt que sur les besoins en information ou en sexualité. L'étude australienne qui fait la comparaison entre le soutien par les infirmiers-ères et le soutien par les pairs montre la complémentarité de ces deux interventions (Chambers et al., 2015). Il serait alors intéressant pour la pratique de proposer une action conjointe entre les pairs et une équipe professionnelle pluridisciplinaire. Les pairs proposeraient alors plus des discussions sur la trajectoire de la maladie, alors que les professionnels amènent des informations, abordent la sexualité et proposent des interventions ciblées. Cette approche est d'autant plus pertinente que les troubles sexuels nécessitent une prise en charge sur le long terme (Chambers et al., 2015 ; Colson et al., 2012).

Forces et limites

Suite à la rédaction de cette revue de littérature, nous pouvons relever quelques limites. Dans un premier temps, notre manque d'expérience dans l'écriture scientifique peut transparaître dans ce travail. Néanmoins, nous avons suivi avec rigueur la méthodologie exigée pour cette revue. Nous pouvons formuler la critique que le nombre restreint d'articles nécessaires pour cette revue de littérature ne permet peut-être pas d'atteindre le même niveau scientifique qu'une revue systématique. Quant au choix des mots clés et leur combinaison, un certain nombre d'articles a été trouvé. Il se peut que cette combinaison déterminée ait restreint le nombre d'articles potentiels. De ces articles, nous avons pu constater qu'il y avait peu d'articles interventionnels répondant à nos critères. En effet, nous nous sommes uniquement focalisés sur les interventions infirmières et n'avons pas cherché d'autres interventions qui auraient pu être transférées dans notre travail. De plus, ces interventions demeurent générales, peu spécifiques et peu expliquées. Aucune intervention novatrice ne peut être donc proposée.

La compréhension du langage statistique nous a parfois posé problème. Les passages expliquant les analyses statistiques ont nécessité davantage de temps et de réflexion. Nous avons aussi trouvé plus difficile certains passages en anglais.

Notre binôme nous a permis d'explorer la recherche scientifique en science infirmière de manière plus approfondie tout en tenant compte des atouts et faiblesses de chacun. La complémentarité de cette collaboration apporte un regard varié et enrichissant à ce travail. L'un de nous ayant pu réaliser un stage en oncologie nous a d'autant plus sensibilisés à la thématique de la sexualité.

Ce travail nous a permis d'identifier à quel point nous faisons nous-même abstraction de ce thème dans notre pratique. La lecture critique des articles et la

rédaction de ce travail nous également sensibilisé à la sexualité dans le domaine de l'oncologie.

Conclusion

Ce travail a permis de mettre en lumière l'importance de la communication et les difficultés liées à celle-ci. En effet, les résultats ont démontré la nécessité d'ouvrir la discussion sur la sexualité. Nous avons été sensibilisés par cette thématique et toutes les conséquences qu'elle peut engendrer sur le plan physique, psychologique ou social.

L'une des visées de ce travail, est de rendre attentif les professionnels de la santé sur la sexualité et son importance dans la qualité de vie. Il est fondamental d'évaluer les besoins des individus, particulièrement en oncologie, sur la sexualité.

La bonne entente dans notre binôme a permis de créer un climat de travail favorable et efficace, ceci s'est ressenti lors de nos rencontres.

Durant la rédaction de cette revue de littérature, nous avons développé des compétences scientifiques, une rigueur méthodologique, un sens critique et nous avons apprécié cet exercice. Nous avons également appris à synthétiser des résultats et à les mettre en lien avec un cadre de référence que nous avons préalablement établi.

Grâce à ce travail qui nous a sensibilisés à cette thématique, nous aborderons la sexualité dans nos différents milieux, si le patient en exprime le besoin ou si son problème de soins le justifie. De plus, nous serons peut-être davantage à même de rendre attentifs nos futurs collègues quant à cette composante de la qualité de vie.

Références

- Bacqué, M.-F. (1996). Qualité de la vie et éthique du soins. Repéré à <http://papidoc.chic-cm.fr/530qualitevie.html>
- Boggio, P., Grezet-Bento de Carvalho, A. et Iselin C. (2004) *Cancer de la prostate et qualité de vie*. Repéré à <https://www.revmed.ch/RMS/2004/RMS-2507/24227>
- Bouchardy, C., Lutz, J.-M., Kühni, C., Pury, P., Wyss, N. & Strioppioli, M.-P. (2011). *Le cancer en Suisse : Etat et évolution de 1983 à 2007* [Brochure]. Neuchâtel, Suisse : Office Fédérale de la Statistique.
- Broccard, N., & Lanz, S. (2014). *Le cancer de la prostate*. Repéré à <https://boutique.liguecancer.ch/brochures-materiel-dinformation/vivre-avec-le-cancer/types-de-cancer/le-cancer-de-la-prostate/>
- Carter, N., Bryant-Lukosius, D., DiCenso, A., Blythe, J. & Neville, A. (2011). The Supportive Care Needs of Men With Advanced Prostate Cancer. *Oncology Nursing Forum*, 38 (2), 189-198. DOI : 10.1188/11.ONF.189-198.
- Cella, D., 2007, Le concept de qualité de vie ; les soins palliatifs et la qualité de vie. *Recherche en soins infirmiers*, 88, p. 25-32.
- Centre d'aide à la rédaction des travaux universitaire, Université d'Ottawa (2007). Rédiger une revue de littérature. Repéré à <https://www.unine.ch/files/live/sites/egalite/files/shared/documents/redactionrevue.pdf>
- Chambers, S., Occhipinti, S., Nielsen, L., Zajdlewicz, L., Clutton, S., Halford, K., Gardiner, R. & Dunn, J. (2015). A randomised controlled trial of a couples-based sexuality intervention for men with localised prostate cancer and their female partners. *Psycho-Oncology*, 24, 748-756. DOI : 10.1002/pon.3726
- Chambers, S., Schover, L., Halford, K., Ferguson, M., Gardiner, RA., Occhipinti, S. & Dunn, J. (2011). ProsCan for couples : a feasibility study for evaluating peer support within a controlled research design. *Psycho-Oncologie*. DOI : 10.1002/pon.2110
- Cohen-Scali, V. & Guichard, J. (2008). L'identité : perspective développementale. *L'orientation scolaire et professionnelle* 37(3), p.321-345.
- Collovald, A., Gil, F., Sindzingre, N. & Tap, P. (1995). Encyclopaedia Universalis 1995 : Identité. Repéré à <http://mediations-aquatiques.com/article-identite.pdf>
- Colson, M.-H., Lechevallier, E., Rambeaud, J.-J., Alimi, J.-C., Faix, A., Gravis, G.,... Droupy, S. (2012). Sexualité et cancer de la prostate. *Progrès en urologie* (22), S72-S92.
- Costalat-Founeau, A.-M. & Lipiansky, E. (2008). Editorial : Le sujet retrouvé. Dans Costalat-Founeau, A.-M. & Lipiansky, E, *Identité et subjectivité* (pp.7-12). Paris, France : Erès.
- Dodd, M., Janson, S., Facione, N., Faucett, J., Froelicher, E. S., Humphreys, J.,... Taylor, D. (2001). Advancing the Science of Symptom Management. *Journal of Advanced Nursing*, 33(5), p. 668-676.
- Droupy, S. (2009). Qualité de vie après traitement du cancer de la prostate localisé. *Progrès en urologie*, 19(4), 163-167.
- Ebnöther, E., & Hablützel, J. (2008). *Depistage du cancer de la prostate*. Repéré à <https://boutique.liguecancer.ch/brochures-materiel->

[dinformation/prevention/cancer-de-la-prostate/le-depistage-du-cancer-de-la-prostate/](#)

- Eicher, M., Delmas, P., Cohen, C., Baeriswyl, C., & Python, N. (2013) Version française de la théorie de gestion des symptômes (TGS) et son application. *Recherche en sciences infirmières*, 112, 14-25.
- Eton, D. & Lepore, S. (2002). Prostate Cancer And Health-Related Quality of Life : a Review of the Literature. *Psychooncology* 11(4), 307-326. DOI : 10.1002/pon.572.
- Formarier, M., & Jovic, L. (2012). *Les concepts en sciences infirmières* (ed. 2). Lyon : Mallet conseil.
- Formarier, M. (2012). Qualité de vie. Dans M. Formarier & L. Jovic (Éds), *Les concepts en sciences infirmières* (2ème éd., pp. 260-262). Lyon, France : Mallet Conseil.
- Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2ème éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3ème éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Giesler, R., Given, B., Given, C., Rawl, S., Monahan, P., Burns, D., ... Champion, V. (2005). Improving the Quality of Life of Patients with Prostate Carcinoma. *American Cancer Society*, 104 (4), p.752-762. DOI : 10.1002/cncr.21231
- Hennequin, C. (2009). Qualité de vie après radiothérapie externe du cancer de prostate. Dans Goldwasser, F. et Di Palma, M. (Éds), *Reflexions en médecine oncologique* (pp.194-196). Paris, France : J.B.H. Santé
- Institut national du cancer. (2016) *Le cancer de la prostate*. Repéré à <http://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-de-la-prostate/Les-points-cles>
- Janssen Pharmaceutica (2015) *Cancer de la prostate : Vivre, pas seulement survivre* [Brochure]. Beerse, Belgique : Janssen Pharmaceutica.
- Krebs, L. U. (2008). Sexual Assessment in Cancer Care : Concepts, Methods, and Strategies for Success. *Seminars in Oncology Nursing* 24(2), p.80-90.
- Lipiansky, E.-M., Taboada-Leonetti, I. & Vasquez, A. (1998). Introduction à la problématique de l'identité. Dans Camilleri et al., *Stratégies identitaires* (pp.7-26). France : Presse Universitaire de France.
- Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.
- Malewska-Peyre, H. (1989). La notion de l'identité et les stratégies identitaires. Dans Clanet, C., *Socialisations et cultures* (pp.317-318). Toulouse, France : Presse universitaire du Mirail.
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., & Altman, D. G. (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta- Analyses: The PRISMA Statement.
- Ream, E., Quennell, A., Fincham, L., Faithfull, S., Khoo, V., Wilson-Barnett, J. & Richardson, A. (2008). Supportive care needs of men living with prostate cancer in England : a survey. *British Journal of Cancer*, 98, 1903-1904. DOI : 10.1038/sj.bjc.6604406

- Ream, E., Wilson-Barnett, J., Faithfull, S., Fincham, L., Khoo, V. & Richardson, A. (2009). Working patterns and perceived contribution of prostate cancer clinical nurse specialists : A mixed method investigation. *International Journal of Nursing Studies*, 46. 1345-1354. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2009.03.006
- Roth, A. J., Weinberger, M. I., & Nelson, C. J. (2008). Prostate Cancer: Quality of Life, Psychosocial Implications and Treatment Choices. *Future oncology (London, England)*, 4(4), 561-568.
- Sager Tinguely, C. & Weber, C. (2011). *Précis de chronicité et soins dans la durée*. Rueil Malmaison, France : Lamarre.
- Schantz Laursen, B. (2017) Sexuality in men after prostate cancer surgery : a qualitative interview study. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 31, 120-127. DOI : 10.1111/scs.12328
- Smeltzer, S., Bare, B., Longpré, S., & Pilote, B. (2011). *Soins Infirmiers en Medecine et Chirurgie 4 Fonctions Renale et Reproductrice* (5e édition). Bruxelles : De Boeck.
- Wisard, M., Jichlinski, P. et Leisinger, H.-J (2003). *Qualité de vie et cancer de la prostate*. Repéré à <https://www.revmed.ch/RMS/2003/RMS-2461/23419/>

Annexes

Annexe A : Stratégie de recherches

Tous les articles retenus ont été publiés depuis 2005 et sont en langue anglaise.

Ensemble de mots-clés et de mots MeSH	PubMed	CINAHL
Prostatic neoplasms [MeSH Terms]) AND Sexuality [MeSH Terms]) AND Nurse	11	
(Prostate cancer) AND sexuality [MeSH Terms]) AND nursing care	39	
"prostate cancer" "nurse" "sexuality"	64	20
"Sexuality" AND "Nursing care" AND "prostate cancer"	155	10
("Sexuality"[Mesh]) AND prostate cancer AND nurse	9	

Articles retenus :

1. Chambers, S., Occhipinti, S., Nielsen, L., Zajdlewicz, L., Clutton, S., Halford, K., Gardiner, R. & Dunn, J. (2015). A randomised controlled trial of a couples-based sexuality intervention for men with localised prostate cancer and their female partners. *Psycho-Oncology*, 24, 748-756. DOI : 10.1002/pon.3726
2. Giesler, R., Given, B., Given, C., Rawl, S., Monahan, P., Burns, D., ... Champion, V. (2005). Improving the Quality of Life of Patients with Prostate Carcinoma. *American Cancer Society*, 104 (4), p.752-762. DOI : 10.1002/cncr.21231
3. Chambers, S., Schover, L., Halford, K., Ferguson, M., Gardiner, RA., Occhipinti, S. & Dunn, J. (2011). ProsCan for couples : a feasibility study for evaluating peer support within a controlled research design. *Psycho-Oncologie*. DOI : 10.1002/pon.2110
4. Schantz Laursen, B. (2017) Sexuality in men after prostate cancer surgery : a qualitative interview study. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 31, 120-127. DOI : 10.1111/scs.12328
5. Ream, E., Quennell, A., Fincham, L., Faithfull, S., Khoo, V., Wilson-Barnett, J. & Richardson, A. (2008). Supportive care needs of men living with prostate cancer in England : a survey. *British Journal of Cancer*, 98, 1903-1904. DOI : 10.1038/sj.bjc.6604406
6. Carter, N., Bryant-Lukosius, D., DiCenso, A., Blythe, J. & Neville, A. (2011). The Supportive Care Needs of Men With Advanced Prostate Cancer. *Oncology Nursing Forum*, 38 (2), 189-198. DOI : 10.1188/11.ONF.189-198.
7. Ream, E., Wilson-Barnett, J., Faithfull, S., Fincham, L., Khoo, V. & Richardson, A. (2009). Working patterns and perceived contribution of prostate cancer clinical nurse specialists : A mixed method investigation. *International Journal of Nursing Studies*, 46. 1345-1354. DOI : 10.1016/j.ijnurstu.2009.03.006

Annexe B : Grilles d'analyse des articles sélectionnés

Article 1

Grille de lecture critique d'un article scientifique

Approche quantitative et mixte

Article : Chambers, S., Occhipinti, S., Nielsen, L., Zajdlewicz, L., Clutton, S., Halford, K., Gardiner, R. & Dunn, J. (2015). A randomised controlled trial of a couples-based sexuality intervention for men with localised prostate cancer and their female partners. *Psycho-Oncology*, 24, 748-756. DOI : 10.1002/pon.3726

Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Titre	Précise-t-il clairement le problème/les concepts/la population à l'étude ?				
Résumé	Synthétise-t-il clairement les parties principales de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?				
Introduction Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement				

	formulé et situé dans un contexte ?				
Recension des écrits	Fournit-elle une synthèse de l'état des connaissances sur le sujet en se basant sur des travaux de recherche antérieurs ?				
Cadre théorique ou conceptuel	Les principales théories et concepts sont-ils définis ?				La sexualité dans le couple, le soutien par les pairs et l'alliance thérapeutique peuvent être des cadres possibles, mais ils ne sont pas décrits explicitement.
Hypothèses/question de recherche/buts	Les hypothèses/question de recherche/buts sont-ils clairement formulés ?				
Méthodes Devis de recherche	Le devis de recherche est-il explicite ?				Étude randomisée contrôlée à trois bras avec groupe contrôle
Population, échantillon et contexte	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?				
	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?				
	La taille de l'échantillon est-elle justifiée sur une base statistique ?				
Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires

Méthode de collecte des données et instruments de mesure	Les instruments de collecte des données sont-ils décrits clairement ?				
	Sont-ils en lien avec les variables à mesurer ?				
Déroulement de l'étude	La procédure de recherche est-elle décrite clairement ?				Les différentes procédures sont explicitées mais les outils d'analyses sont énumérés sans être expliqués
Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants ?				
Résultats Traitement/Analyse des données	Des analyses statistiques sont-elles entreprises pour répondre à chacune des questions et/ou vérifier chaque hypothèse ?				
Présentation des résultats	Les résultats sont-ils présentés de manière claire (résumé narratif, tableaux, graphiques, etc.) ?				Tous les résultats non significatifs ne sont pas exposés, que ce soit sous forme de texte ou de tableau.
Discussion Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils interprétés à-en fonction du cadre théorique ou conceptuel ?				La sexualité dans le couple, le soutien par les pairs et l'alliance thérapeutique sont analysés
	Sont-ils interprétés au regard des études antérieures ?				

	Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?				
	Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?				
Conséquences et recommandations	Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique ?				
	Font-ils des recommandations pour les travaux de recherche futurs ?				
Questions générales Présentation	L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?				

Article 1

Grille de résumé d'un article scientifique

Approche quantitative mixte

Éléments du rapport	Contenu de l'article
Références complètes	Chambers, S., Occhipinti, S., Nielsen, L., Zajdlewicz, L., Clutton, S., Halford, K., Gardiner, R. & Dunn, J. (2015). A randomised controlled trial of a couples-based sexuality intervention for men with localised prostate cancer and their female partners. <i>Psycho-Oncology</i> , 24, 748-756. DOI : 10.1002/pon.3726
Introduction Problème de recherche	Lors d'un cancer de la prostate, la dysfonction sexuelle est l'un des effets secondaires au traitement le plus pénible. De plus, de nombreux hommes sont peu enclins à demander de l'aide médicale en cas de dysfonction sexuelle. L'estime de soi de l'homme est atteinte, tout comme la santé mentale de la compagne peut être touchée par la détresse psychologique et par les problèmes sexuels de son conjoint. Les interventions ont jusqu'alors surtout visé les compétences de communications et d'intimité du couple, seule quelques recherches se sont concentrées sur l'amélioration des besoins en sexualité des couples. Actuellement, des études tendent à montrer les bienfaits d'un suivi par des pairs (les hommes étant moins disposés à parler de leurs problèmes psycho-sociaux). A ce jour, aucune recherche n'a comparé l'intervention des pairs à celui d'un infirmier ou des soins de base donnés.
Recension des écrits	Des études précédentes relèvent que la dysfonction érectile est l'un des effets secondaires des traitements qui nuisent le plus aux hommes. Certaines de ces recherches exposent également le fait que de nombreux hommes sont réticents à demander de l'aide auprès de professionnels bien qu'ils soient ennuyés par ces problèmes érectiles. De plus, ces patients présentent de grands besoins dans la satisfaction de leur sexualité. Des études ont déjà pu mettre en avant que dans les 12 mois suivant un traitement localisé du cancer de la prostate, l'estime de soi des hommes étaient liée à leur bien-être mental. Et la santé mentale de leur conjointe était quant à elle liée à la détresse psychologique de leur compagnon et de sa préoccupation pour sa sexualité. Un certain nombre de recherches ont déjà pu soulever des interventions pour les couples. Ces interventions visent la communication et les compétences intimes des couples. Les études n'ont pas montré des résultats très positifs : dans une première étude, les participants d'une étude non relevé aucun bénéfices aux conseils prodigués par un infirmier suite à une opération ; dans une autre étude dans laquelle

	<p>l'intervention était de délivrer des appels téléphoniques aux couples (et proposer des stratégies de coping), les couples ont relevé des améliorations dans leur qualité de vie et santé mais environ 50% des couples ont arrêté l'étude en cours ; une étude s'est focalisée sur la communication dans le couple et l'amélioration de leur intimité, aucune amélioration n'a été trouvée et de nombreux couples ont quitté l'étude ; une dernière étude a proposé comme intervention une éducation à la santé, les résultats montrent une amélioration de leur état psychologique mais aucune amélioration dans la sexualité des couples. Deux recherches se sont concentrées sur l'amélioration de la fonction et de la satisfaction sexuelles des couples. La première étude, dont l'intervention était de réaliser des sessions de conseils sur la sexualité à des couples ou au patient seul, a montré une amélioration dans les fonctions sexuelles après traitement mais les résultats de soins n'étaient pas meilleurs que ceux de base et le taux de départ des participants était important. La seconde recherche avait mis sur pied une base de données internet par rapport aux habituelles sessions face à face. Le taux d'attrition était de plus de 25%, laissant un échantillon plus petit. L'étude a cependant montré une amélioration dans la fonction sexuelle de l'homme. Finalement, des études ont mis en avant le fait que les hommes sont moins enclins à parler de leurs problèmes psychosociaux que les femmes. C'est pourquoi le soutien par les pairs semble être un modèle adapté. Une étude a trouvé que les hommes recevant le soutien de pairs avaient moins de problèmes sexuels que les hommes recevant les soins habituels.</p>
Cadre théorique ou conceptuel	<p>Le soutien par les pairs et l'alliance thérapeutique peuvent être un cadre possible, mais ils ne sont pas décrits explicitement.</p> <p>La sexualité des couples peut aussi être envisagée comme cadre conceptuel, cette thématique étant le cadre de l'étude</p>
Hypothèses/question de recherche/buts	<p>L'étude compare l'efficacité entre l'intervention de pairs, d'infirmiers ou les soins habituels. Les pairs et les infirmiers interviennent par un support téléphonique.</p> <p>L'hypothèse des auteurs est que l'intervention des pairs ou des infirmiers favorisera la demande des hommes pour les traitements médicaux concernant les problèmes de dysfonction sexuelle et ainsi avoir une meilleure fonction sexuelle, une meilleure satisfaction, une diminution de l'insatisfaction des hommes quant à l'assistance pour leurs besoins en sexualité, une augmentation de l'estime de soi des hommes et une meilleure satisfaction maritale.</p>
Méthodes Devis de recherche	<p>Étude randomisée à trois bras avec un groupe contrôle</p>

Population, échantillon et contexte	<p>Population :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Couple : hommes devant subir ou ayant récemment subi une prostatectomie (dans les 12 derniers mois) et leur épouse. Ils ont été recommandés par leurs urologues (cliniques ou hôpitaux privés et hôpitaux publics) et par des annonces publiques. Les critères d'inclusions sont : hommes nouvellement diagnostiqués et devant subir une prostatectomie ou des hommes ayant dans les douze derniers mois subis une prostatectomie, étant dans une relation hétérosexuelle et habité avec leur conjointe, sachant lire et parler en anglais, n'ayant jamais eu de traumatisme crânien, de démence ou de maladie psychique et n'ayant pas d'autre cancer. - Pairs : 15 pairs volontaires ayant eu un cancer de la prostate étant à plus de 12 mois après traitement, moyenne d'âge étant de 64.5 ans (+/- 6.5) - Infirmiers : 2 infirmières expérimentées spécialistes dans le cancer de la prostate. <p>Échantillons : 747 patients ont été abordés par les médecins ; 405 couples éligibles dont 189 ont rempli les évaluations de base et ont donc été inclus dans le panel. 74% des patients ont été recrutés avant l'opération, 26% après. 76.2% des couples ont remplis toutes les évaluations. L'âge moyen était de 62.7 ans (+/- 6.8) pour les hommes et de 59.78 ans (+/- 7.38) pour les femmes. La durée de la relation des couples était en moyenne de 32.48 ans (+/- 11.84). Les hommes ont été diagnostiqués en moyenne depuis 127.57 jours (+/- 146.84) et les hommes ayant subi une prostatectomie était en moyenne à 142.90 (+/- 106.8) jours post-chirurgie. Les interventions que les hommes devant subir étaient prévues en moyenne dans les 33.5 (+/- 32) jours à suivre. Les hommes et les femmes ont montré de bonnes fonctions maritales (91% pour les hommes et 84% pour les femmes).</p> <p>Les couples (189) ont été aléatoirement répartis dans les 3 groupes : 64 dans le groupe contrôle (soins habituels), 62 dans le groupe de l'interventions des infirmières et 63 dans le groupe de l'intervention des pairs.</p>
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	<p>Utilisation d'échelles pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Évaluer si les couples ont eu une aide médicale pour le traitement des dysfonctions érectiles (médication orale, injections péniennes, outils vacuum), échelle développée par Schoever - Évaluer la fonction sexuelle des hommes ; 5 domaines d'évaluation : la fonction érectile, le fonctionnement orgasmique, le désir sexuel, la satisfaction de la relation sexuelle, la satisfaction en général de la sexualité (International Index of Erectile Function) - Évaluer la fonction sexuelle des femmes ; 6 domaines d'évaluation : le désir sexuel, l'excitation sexuelle, la lubrification, l'orgasme, la satisfaction et la douleur (Female Sexual Function Index) - Évaluer le besoin en sexualité des couples (Supportive Care Needs Survey)

	<ul style="list-style-type: none"> - Évaluer la confiance et la spontanéité associées aux dysfonctions érectiles (Psychological Impact of Erectile Dysfunction – Sexual Experience) - Évaluer l'appréciation des hommes de leur masculinité (Masculine Self-Esteem) - Évaluer la satisfaction maritale (Revised Dyadic Adjustment Scale) - Évaluer le niveau d'intimité dans les relations (Miller Social Intimacy Scale) - Évaluer les entretiens téléphoniques que les participants ont eu avec les pairs ou les infirmiers (1 = absolument pas aidant à 10 = extrêmement aidant). Des questions ouvertes ont été ajoutées afin de demander aux participants ce qui a été aidant ou non et ce qui manquait au programme - Évaluer la qualité du lien entre les participants et les intervenants (pairs et infirmiers) dans trois domaines : les tâches, les liens et les buts (Working Alliance Inventory) <p>Les entretiens téléphoniques ont été enregistrés et écrits</p>
Déroulement de l'étude	<p>Intervenants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pour leur intervention, les infirmières conseils ont utilisé une approche dans laquelle les couples choisissaient eux-mêmes les buts. Les infirmières ont également suivi les principes de la thérapie cognitivo-comportementale sexuelle et de la thérapie de couple (<i>The nurse counselling followed principles of cognitive-behavioural sex and couples therapy with an adult learning approach where couples self-selected goals</i>). Les sujets comprenaient l'éducation par rapport au cancer de la prostate, de la ménopause et de la sexualité, des devoirs comportementaux (expression de son affection...), de défier les idées préconçues négatives, d'aider les couples à trouver un moyen contre la dysfonction érectile. Il s'agissait également de relever les autres difficultés suivant le traitement (incontinence urinaire, douleur...). Les infirmières ont reçu une formation supplémentaire (1 jour sur la communication avec les couples, 7h avec un psychologue clinicien sur la résolution de problème, le soutien dans les décisions, le travail avec les couples, la communication et les protocoles de recherches). - L'intervention des pairs était plus basée sur le soutien empathique mutuel et l'éducation. La base de l'intervention était l'échange des expériences, dont les sujets principaux étaient la psychoéducation quant diagnostic du cancer de la prostate, le vécu de l'opération et du rétablissement, la gestion des effets secondaires, l'amélioration de la communication dans le couple et avec les professionnels de la santé, le maintien de l'intimité dans le couple, les problèmes sexuels et le rétablissement, la gestion de la dysfonction érectile, vivre avec la maladie et se projeter dans le futur. Les pairs ont reçu 12h d'entraînement par rapport à la communication, les données actuelles sur le cancer de la prostate, la gestion des effets secondaires, les recherches et procédures sur la sexualité, des démonstrations pratiques et des jeux de rôles.

	<p>Les participants ont dû dans un premier temps remplir les questionnaires (les échelles) par mail lors du 3^{ème}, du 6^{ème} et du 12^{ème} mois après le recrutement. Dans les 2 types d'intervention, les participants recevaient des téléphones entre six (ayant déjà eu la prostatectomie) et huit fois (allant subir la prostatectomie). Dans les deux interventions, les participants recevaient du matériel éducationnel (DVD, des prospectus avec des idées pour améliorer la psychoéducation et l'éducation sexuelle). Les appels téléphoniques ont été répartis selon les besoins des participants (avant/après l'opération, après le début de l'étude...). Les appels téléphoniques ont été enregistrés.</p>
Considérations éthiques	<p>Le comité éthique en recherche humaine de la Griffith University, ainsi que les comités d'éthique de 7 hôpitaux publics ont approuvé l'étude. La répartition aléatoire a été réalisée selon un protocole. L'adhérence des intervenants aux protocoles a été assuré par un entraînement et une supervision régulière. Les séances ont été enregistrées.</p>
Résultats Traitement/Analyse des données	<p>Les hypothèses ont été évaluées en utilisant le rapport de probabilité et les analyses de régression logistique, les interventions des pairs et des infirmières étant la référence de base.</p> <p>Pour les variables continues, la modélisation multi-niveaux a été utilisée afin d'analyser de manière structurée les données (dont les données longitudinales de la recherche, dans lesquelles plusieurs niveaux peuvent s'imbriquer)</p> <p>Des analyses de régression de modèles multiniveaux mixte ont évalué les données des résultats primaires des quatre points de mesure (dans le temps) pour tous les participants. Le temps est considéré comme un indicateur continu.</p> <p>Les résultats générés par chaque intervention ont été saisis comme des variables nominales, dans lesquels les prestations de soins habituelles sont les références de base. Lors de chaque analyse, celle-ci était comparé au temps de base (premier contact) ; les analyses ont été évaluées séparément entre hommes et femmes.</p> <p>Les réponses aux questions ouvertes de l'évaluation des interventions ont été retranscrit mot pour mot et codé par 2 codeurs indépendants (LZ et LN) et les thèmes ont été revérifié par un troisième codeur (SC) et des thèmes principaux ont émergés.</p>
Présentation des résultats	<p>Utilisation de traitements médicaux pour les dysfonctions érectiles :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aucune différence au début de la recherche entre les 3 groupes. Après 12 mois d'intervention, les participants recevant l'intervention des pairs utilisaient 3,14 fois des traitements médicaux que le groupe contrôle ($p = 0.016$). Quant aux participants recevant l'intervention des infirmières, ils étaient 3,67 fois plus preneur des dispositifs médicaux pour le traitement de la dysfonction érectile par rapport au groupe contrôle ($p = 0.004$). De plus, les

participants du groupe de l'intervention infirmière étaient 4,05 fois plus demandeur d'une médication orale que les participants des autres groupes ($p = 0.002$).

En ce qui concerne le fonctionnement sexuel, les besoins sexuels, la confiance en soi sexuelle, l'estime de soi des hommes, la satisfaction maritale ou encore l'intimité, aucun effet significatif n'a été relevé. Afin de déterminer si le début de l'intervention (pairs et infirmières) avait un impact sur ces résultats, une variable nominale représentant le statut opératoire (pré- ou post-opératoire) a été ajoutée. Aucun effet significatif n'a été relevé chez les épouses. Chez les hommes, seul la fonction sexuelle ($p < 0.0001$) et la confiance en soi sexuelle ($p < 0.05$) ont montré une amélioration significative.

Alliance thérapeutique

- A 6 mois, les hommes de l'intervention infirmière relèvent une meilleure relation thérapeutique en lien avec les tâches et les buts par rapport à l'intervention avec les pairs ($p = 0.011$; $p = 0.014$). Les femmes démontrent les mêmes résultats (tâche : $p = 0.005$ et but $p = 0.009$).

Évaluation du programme par les participants :

- Pour l'aide apportée par les appels téléphoniques des infirmières, les hommes évaluent cet item à 8.67 (+/-0.23) et les femmes à 8.33 (+/-0.27). Pour ceux des pairs, les hommes notent à 7.74 (+/-0.25) et les femmes à 7.47 (+/-0.32)
- Les aspects aidants que les hommes ont soulevés lors de l'intervention des pairs : le partage de l'expérience personnelle, le fait d'être soutenu par un homme, des conseils uniques et personnels, l'empathie et des soins et une inquiétude authentiques. Les points négatifs sont la répétitivité de l'intervention et sa structure, le moment de l'intervention (elle pourrait débuter plus tôt), la correspondance (également être soutenu par des femmes, ou être dans la même tranche d'âge ou avoir eu le même traitement) et le moyen de soutien (face à face).
Les aspects aidants pour les hommes lors de l'intervention infirmière : des conseils de professionnels, l'éducation reçue par rapport aux effets secondaires des traitements, la compréhension et le réconfort et le soutien pour la conjointe. Certains hommes se sont par contre sentis saturés par le nombre d'informations. En ce qui concerne les temps de l'intervention, les hommes auraient apprécié une intervention plus précoce. Les hommes auraient également préféré un homme comme soutien, un face à face plutôt que des appels téléphoniques et également plus d'informations sur les autres effets secondaires des traitements (incontinence urinaire).
- Pour les femmes lors de l'intervention des pairs, elles relèvent que le partage des expériences personnelles, les conseils uniques et personnalisés, l'empathie et l'authenticité et la possibilité de pouvoir parler du cancer de la

	<p>prostate étaient les éléments aidants. Les points à améliorer sont comme les hommes une intervention plus précoce mais aussi des prises de contact plus fréquentes et un soutien féminin également.</p> <p>Par rapport à l'intervention infirmière, les conjointes relèvent les aspects aidants comme étant la compréhension et le réconfort, la relation et le soutien pour la communication dans le couple. Certaines femmes ont trouvé parfois très confrontant certaines discussions. Comme les hommes, elles auraient aussi préféré un face à face comme entretien, un contact avec d'autres partenaires et des conseils plus spécifiques sur d'autres effets secondaires des traitements.</p>
<p>Discussion</p> <p>Interprétation des résultats</p>	<p>Les auteurs relèvent que 12 mois après le début de l'intervention, les hommes ayant eu l'intervention des pairs ou des infirmières sont plus disposés à utiliser des dispositifs médicaux pour traiter leur problème érectile. Les hommes ayant été soutenu par une infirmière sont aussi plus enclins à prendre une médication orale contre la dysfonction érectile. Les pairs étaient vu comme des personnes aidantes, partageant leur expérience personnelle et donnant des conseils uniques et personnalisés. Les infirmières quant à elles ont pu donner des conseils de professionnels, instruire, offrir un soutien dans la recherche de stratégie de coping mais aussi dans les relations, et ont aussi pu être un soutien féminin pour les femmes. Afin d'améliorer les interventions, les participants ont suggéré un soutien plus précoce et une meilleure correspondance entre intervenant et participant (âge, sexe...). De plus, la combinaison de l'intervention de pairs, d'infirmières et voire même de partenaires (pour les conjointes) et une intervention plus rapide seraient optimales pour les couples.</p> <p>Du fait que l'adhérence au traitement de la dysfonction érectile soit augmentée par ces interventions, les auteurs de la recherche soulèvent que le soutien par les pairs et par des infirmiers est efficace pour la prise de traitement et l'adhérence à ceux-ci. Ce résultat de recherche pourrait alors faciliter la réhabilitation pénienne précoce et ainsi améliorer la fonction sexuelle de l'homme à plus long terme.</p>
<p>Forces et limites</p>	<p>Forces :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les scores élevés de l'alliance thérapeutique et de l'obligeance des pairs et des infirmières avec les couples suggèrent que ce sont de bonnes interventions dans le suivi des couples. - Bonne adhérence thérapeutique - Peu de départ ou de personnes ne remplissant pas les questionnaires - Le mode de communication (appel téléphonique) a été trouvé acceptable par les couples <p>Limites :</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - La fin de l'étude n'a peut-être pas permis la détection de l'amélioration de certains changements au niveau de la sexualité (certains patients pourraient avoir besoins de plusieurs années de suivi pour recouvrer une fonction sexuelle plus optimale). - Les hommes ayant été recruté avant l'opération n'ont peut-être pas eu un suivi suffisamment long (ils n'ont pas eu 12 mois après l'opération) et la mesure de leur rétablissement n'a peut-être pas pu être faite correctement (manque de temps) - Le bon fonctionnement de la plupart des couples a potentiellement engendré un effet plancher pour la satisfaction maritale et l'intimité - Le fait que l'étude se soit concentré sur l'intimité liée au cancer soit trop spécifique : si l'étude s'était concentré sur l'intimité en général peut-être que les résultats auraient été plus sensibles. - Seul les couples hétérosexuels ont été pris en compte dans cette étude - Seul 47% des couples approchés ont participé à l'étude. Cela pourrait signifier que les couples ayant peut-être plus besoin d'un suivi psychosexuel n'ont pas fait partie de l'étude. - L'entraînement suivi par les pairs et les infirmières et leur surveillance pourraient être difficiles (beaucoup de conditions, de paramètres)
Conséquences et recommandations	<p>Cette approche combinant l'intervention des pairs et des infirmiers est faisable. Le soutien de pairs et d'infirmiers est un modèle prometteur pour les soins. Ces interventions complémentaires pourraient alors devenir une aide psychosexuelle pour les couples. De plus, étant donné que ce groupe de patients ont une importante probabilité de souffrir de problèmes sexuels, cette intervention pourrait fournir une approche pour détecter une détresse sexuelle chez les patients et aux besoins qu'ils peuvent avoir.</p> <p>De futures recherches pourraient étudier le moment le plus opportuns pour délivrer ce type de thérapies et s'il est plus efficace d'intervenir auprès du couple ou en individuel.</p>
Commentaires	<p>Cet article fait la comparaison entre les interventions des infirmières, des pairs face à un groupe contrôlé. Il en ressort que ces 2 interventions sont complémentaires. Les infirmières répondent aux besoins en informations des hommes et sont un soutien féminin pour les épouses. Les pairs permettent un échange des expériences personnelles.</p> <p>L'article est bien présenté, les différents points sont bien expliqués en général.</p>

Article 2

Grille de lecture critique d'un article scientifique

Approche quantitative et mixte

Article : Giesler, R., Given, B., Given, C., Rawl, S., Monahan, P., Burns, D., ... Champion, V. (2005). Improving the Quality of Life of Patients with Prostate Carcinoma. *American Cancer Society*, 104 (4), p.752-762. DOI : 10.1002/cncr.21231

Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Titre	Précise-t-il clairement le problème/les concepts/la population à l'étude ?				
Résumé	Synthétise-t-il clairement les parties principales de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?				
Introduction Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et situé dans un contexte ?				
Recension des écrits	Fournit-elle une synthèse de l'état des connaissances sur le sujet en se basant sur des travaux de recherche antérieurs ?				

Cadre théorique ou conceptuel	Les principales théories et concepts sont-ils définis ?				La qualité de vie est relevée dans le titre et est explicitée dans le texte mais n'est pas nommé en tant que concept
Hypothèses/question de recherche/buts	Les hypothèses/question de recherche/buts sont-ils clairement formulés ?				
Méthodes Devis de recherche	Le devis de recherche est-il explicité ?				
Population, échantillon et contexte	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?				
	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?				
	La taille de l'échantillon est-elle justifiée sur une base statistique ?				
Eléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	Les instruments de collecte des données sont-ils décrits clairement ?				
	Sont-ils en lien avec les variables à mesurer ?				
Déroulement de l'étude	La procédure de recherche est-elle décrite clairement ?				

Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants ?				
Résultats Traitement/Analyse des données	Des analyses statistiques sont-elles entreprises pour répondre à chacune des questions et/ou vérifier chaque hypothèse ?				
Présentation des résultats	Les résultats sont-ils présentés de manière claire (résumé narratif, tableaux, graphiques, etc.) ?				
Discussion Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre théorique ou conceptuel ?				Les résultats ont été analysé en regard de la qualité de vie
	Sont-ils interprétés au regard des études antérieures ?				
	Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?				
	Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?				Surtout sur le plan socioéconomique
Conséquences et recommandations	Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique ?				

	Font-ils des recommandations pour les travaux de recherche futurs ?				
Questions générales Présentation	L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?				

Article 2 :

Grille de résumé d'un article scientifique

Approche quantitative et mixte

Éléments du rapport	Contenu de l'article
Références complètes	Giesler, R., Given, B., Given, C., Rawl, S., Monahan, P., Burns, D., ... Champion, V. (2005). Improving the Quality of Life of Patients with Prostate Carcinoma. <i>American Cancer Society</i> , 104 (4), p.752-762. DOI : 10.1002/cncr.21231
Introduction Problème de recherche	<p>Bien que les nouveaux traitements du cancer de la prostate en améliorent la survie, ils s'accompagnent de plusieurs effets secondaires qui ont des conséquences directes sur la qualité de vie. Les problèmes urinaires, sexuels et digestifs sont les plus courants. On note également qu'une certaine part de cette population n'arrive pas à faire face à ces changements et ceux-ci se transforment en altération chronique de la qualité de vie.</p> <p>Plusieurs interventions médicales existent pour ces effets secondaires.</p>
Recension des écrits	<p>Aux Etats-Unis, environ 110'000 hommes ont reçu le diagnostic de cancer de la prostate en 2004. La plupart de ces hommes subiront un traitement agressif afin de guérir de cette maladie ou d'en diminuer la propagation. Ils auront recouru pour la plupart à un traitement chirurgical, une radiothérapie ou encore une curiethérapie. Les thérapies agressives ont démontré leur efficacité pour réduire le taux de métastases et la mortalité moyenne liée à ce cancer. Les hommes plus jeunes avec des tumeurs plus malignes seront plus à même de recevoir ce type de traitement.</p> <p>Les effets secondaires que ces traitements ont sur la qualité de vie sont bien connus (urinaires, sexuels et digestifs). Environ 30 à 50% des hommes recevant un traitement chirurgical souffriront de problèmes urinaires et sexuels chroniques. Les hommes qui recevront une radiothérapie seront plus à risque pour des problèmes digestifs. Les hommes qui subiront une curiethérapie seront d'avantages sujets aux problèmes sexuels ou encore urinaires obstructifs.</p> <p>D'autres problématiques de la vie quotidienne (financier, vie professionnelle...), la douleur, la fatigue ou encore le sentiment de diminution de leur masculinité semble contribuer à une baisse du sentiment de bien être.</p>

	<p>La littérature fait état de multitude d'interventions qui pourraient améliorer la qualité de vie de ces hommes, cependant ces interventions semblent ne pas être assez implanté dans la pratique.</p> <p>D'autres auteurs ont relevé les bienfaits de la psychoéducation délivrée par téléphone. Ces interventions auraient tendance à diminuer l'incertitude et l'impact des effets secondaires.</p> <p>Une étude plus récente a évalué les résultats d'un groupe de lecture qui visait l'augmentation du niveau de connaissances sur le cancer de la prostate.</p>
Cadre théorique ou conceptuel	Nous supposons que la qualité de vie comme est le cadre conceptuel (titre)
Hypothèses/question de recherche/buts	Le but de cette étude est de vérifier la faisabilité de l'utilisation d'un outil informatique impliquant des interventions infirmières afin d'améliorer la qualité de vie chez des hommes qui suivent un traitement contre le cancer de la prostate.
Méthodes Devis de recherche	Une étude prospective, multi-site randomisée a été élaboré comme design afin de juger l'efficacité des interventions de soins prodiguées à des patients traités pour un cancer de la prostate localisé durant leur première année de traitement.
Population, échantillon et contexte	Les participants ont été recrutés dans divers centres oncologiques des Etats-Unis. Les critères d'inclusion étaient : cancer de stade T1a-T2c, être programmé pour ou avoir subi une opération chirurgicale, subir une curiethérapie ou une radiothérapie, avoir une compagne qui désire également participer à l'étude, être âgé de plus de 18 ans et parler couramment anglais.
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	<p>Deux semaines après la fin de leur traitement, l'infirmière, à l'aide du programme informatique et le système d'interventions informatisés, s'entretenait avec le patient. Suite à cette interview, les patients étaient répartis dans le groupe contrôle ou le groupe intervention. Cette étape correspond à la « Wave 1 ». Les données ont été récoltés encore 3 fois : au 4^{ème} mois, 7^{ème} et 12^{ème} (« Wave 2-4 »). Les interviewers ne savaient pas à quel groupe appartenaient les personnes.</p> <p>Les différents recueils de données se sont faits à l'aide de plusieurs outils :</p> <p>Les problèmes d'ordre urinaire, sexuel, digestif et oncologique ont été évalués à l'aide du « Prostate Cancer Quality of Life Instrument ». Ce questionnaire de 52 items contient des échelles qui évaluent les dysfonctions physiologiques, les limitations dans l'exercice de certains rôles ainsi que les problèmes que peuvent causer certaines dysfonctions.</p>

	<p>D'autres échelles de mesures sont utilisées pour évaluer d'autres domaines. Comme la dépression, qui est évalué à l'aide du « The Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale », un questionnaire de 20 items.</p> <p>L'adaptation des couples sont évalués à l'aide de deux échelles du « Spanier Dyadic Adjustment Scale » qui contiennent 32 items. Enfin, afin d'évaluer la qualité de vie de manière général, les chercheurs ont choisit « The Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36) ». Cette échelle évalue la fonction physique, le rôle de la fonction physique, la douleur, la perception générale de la santé, le bien-être émotionnel, le rôle de la fonction émotionnelle, le fonctionnement social et la vitalité.</p>
Déroutement de l'étude	<p>Une fois les consentements des participants recueillis, la première étape consistait en l'identification des problèmes en lien avec la qualité de vie.</p> <p>Durant chaque entretien avec l'infirmière, l'ordinateur aiguillait les thématiques à investiguer en fonction des réponses des participants. Celui-ci aidait également l'infirmière afin de proposer des interventions d'avantage ciblées. Pour chaque problématique, une multitude de stratégies sont proposées par l'ordinateur. Des stratégies plus ou moins spécifiques à chaque problème sont énumérées.</p> <p>Après chaque entretien, le programme questionne les participant si les problèmes précédents ont pu être résolu ou non.</p> <p>Durant le premier entretien infirmier, qui a lieu dans les 6 semaines qui suivent la fin de la thérapie, l'infirmière axe son évaluation sur les problèmes urinaires et digestifs. Suite à cet entretien, les participants sont invités à visionner une vidéo sur la sexualité dans le cancer de la prostate une fois de retour chez eux. Cette vidéo montre au couple comment le cancer affecte leur sexualité ainsi que des stratégies pour contrer les symptômes et les effets secondaires. C'est également un outil intéressant pour favoriser la communication au sein du couple.</p> <p>Lors de la deuxième rencontre, l'infirmière utilise le programme informatique pour évaluer les problèmes reliés à la sexualité, au cancer, aux adaptations que doit faire le couple ou encore la dépression.</p> <p>Ces entretiens avaient lieu une fois par mois les six premiers mois, les deux premiers étaient des face-à-face, les suivants se poursuivaient au téléphone.</p>
Considérations éthiques	<p>Toutes procédures de cette étude ont été approuvées par « The Institutional Review Board (IRB) of Indiana University »</p>

<p>Résultats</p> <p>Traitement/Analyse des données</p>	<p>Une analyse à une seule variable a été utilisée pour les résultats de soins quant à la qualité de vie.</p> <p>Les chercheurs ont également analysé les différences entre le groupe d'intervention et le groupe contrôle.</p> <p>Une analyse à une seule variable a été employée pour tous les domaines de la qualité de vie dans le but d'obtenir des statistiques descriptives de ces variables. Des covariantes ont été identifiés avec des analyses bivariates en utilisant les t tests et le test de Fisher (exact). Afin d'identifier les différences entre les variables des résultats de soins de la qualité de vie du groupe contrôle et du groupe intervention, les changements dans les scores de ces variables ont été calculés et transmis dans une analyse de régression linéaire. Ce type d'analyse a été choisi en raison de la distribution des scores de changement proche de la normale, alors que les scores bruts du suivi des participants ont violé les hypothèses de régression linéaire. Cela pourrait s'expliquer par l'asymétrie survenant dans le même sens lors de chaque moment de l'intervention (que ce soit lors de la première rencontre ou lors de chaque rencontre).</p> <p>Les changements dans les résultats de soins entre la « Wave » 1 et les « Wave » suivantes, des modèles séparés de régression linéaire ont été utilisés pour analyser en quoi les variables des groupes, intervention ou contrôle, influençaient les changements après l'ajustement des âges. Des variables indépendantes, le groupe et l'âge, avaient été incluses dans chaque modèle, mais il a fallu adapter l'âge dans les modèles de régression : l'âge différait dans les groupes, mais les caractéristiques des participants ne différaient pas significativement.</p> <p>La comparaison de l'effet de taille des groupes a été calculée selon la moyenne des changements du groupe intervention moins la moyenne des changements du groupe contrôle, puis divisé par les écarts-types cumulés.</p> <p>Pour les analyses des régressions, les interactions entre les groupes et les autres variables ont été testées : si une interaction était significative, les auteurs ont reporté et testé les moyennes (avec les âges) pour le groupe intervention et le groupe contrôle et ce pour chaque niveau de l'interaction de cette variable significative. Seule la dépression a interagi avec les groupes.</p>
<p>Présentation des résultats</p>	<p>Lors de la « wave 1 », 99 couples faisaient parti de l'étude. Lors de la « wave 4 », 85 couples étaient encore présents dans l'étude, 14 avaient renoncé pour différentes raisons. La première raison qui a poussé ces gens à quitter l'étude est un sentiment de gêne. Cependant le taux de départ était plus ou moins égal dans les deux groupes.</p> <p>Analyse préliminaire</p>

Les problèmes les plus récurrents incluent les troubles sexuels (23%), les troubles urinaires (19%), les problèmes d'adaptation dans le couple (18%), la fatigue était également une problématique récurrente chez 10% des patients.

Les interventions les plus courantes pour les problèmes urinaires étaient d'enseigner au patient les exercices de Kegel, de planifier quand aller uriner, libérer la personne de tout stress quant à ce problème. En ce qui concerne les stratégies pour les problèmes sexuels, les plus communes étaient d'enseigner aux couples des techniques de communication, ainsi que leur donner des informations sur le viagra, les injections et d'autres possibilités médicales sur les problèmes d'érection. Quant aux problèmes d'adaptation dans le couple, les experts ont enseigné aux patients l'écoute active et comment exprimer ses sentiments et perceptions au partenaire. Les chercheurs ont également proposé des stratégies de gestion de la fatigue (exercice physique, prioriser les événements et la gestion de son énergie).

La pertinence des outils de mesures utilisés a été démontrée à l'exception de celle qui évaluait la fonction intestinale qui ne différenciait pas la douleur de la diarrhée.

Analyse primaire

Outcomes spécifiques à la maladie : Sexuel, urinaire, intestinal et les inquiétudes du cancer

Les interventions ont eu de très bons résultats sur l'ensemble de variables bien que spécifiquement sur la thématique sexuelle. En effet, durant la « wave 2 », les patients expriment une amélioration dans la fonction sexuelle, cette amélioration s'est encore renforcée dans les « wave 3 et 4 ».

Quant aux autres outcomes (intestinal et urinaire) le groupe d'intervention et le groupe contrôle de diffèrent pas de manière statistique. Quant aux inquiétudes du cancer, dans la « wave 4 » les hommes ayant reçu l'intervention diminuent leur anxiété de manière significative.

Outcomes spécifiques : interaction avec une dépression préexistante

L'étude a démontré qu'une personne qui souffre de dépression aura de moins bons résultats sur ses problèmes urinaires avec les interventions proposées. Le niveau de la dépression joue bien évidemment un rôle. Les personnes de l'étude qui souffraient d'une dépression modérée ont tout de même eu des résultats significatifs. Tandis que les personnes qui souffraient de dépression sévère ont un résultat moins bon. Cependant les chercheurs précisent que malgré cet aspect, tous les groupes ont vu des améliorations.

Outcomes généraux : qualité de vie

	<p>Ici on parle d'aspects plus généraux, comme les adaptations dans le couple, la dépression et les résultats obtenus avec l'évaluation SF-36. De manière générale, les résultats ne diffèrent pas entre le groupe d'intervention et le groupe contrôle. Ces résultats démontrent une amélioration claire, mais les différences entre le groupe contrôle et le groupe d'intervention n'atteignent pas un niveau significatif.</p> <p><i>Outcomes généraux : interaction avec une dépression préexistante</i></p> <p>Là aussi, la dépression modifie les résultats. Ici, les personnes souffrant de dépression sévère ont expérimenté une nette amélioration dans divers variables (« role-emotional functioning, role-physical functioning »). Les participants qui avaient un niveau plus bas de dépression ne diffèrent pas du groupe.</p>
<p>Discussion</p> <p>Interprétation des résultats</p>	<p>L'étude démontre une nette amélioration de la qualité de vie chez les hommes souffrant de cancer de la prostate. On note également qu'il faut tenir compte du niveau de dépression présent préalablement, celui-ci pouvant modifier les résultats.</p> <p>Les résultats de soins des patients du groupe d'intervention sont significatifs principalement dans les domaines de la sexualité et des inquiétudes vis à vis du cancer. Cet article permet également de mettre en avant les effets bénéfiques des interventions sur les problèmes urinaires, seulement chez les hommes avec un bas niveau de dépression.</p> <p>Chez les hommes souffrant de dépression sévère, les interventions semblent les aider quelque peu mais dans une moindre mesure.</p> <p>Les problèmes concernant la fonction intestinale, l'outcome sur la qualité de vie, la dépression, les adaptations dans le couple et les variables de l'outil SF-36, n'ont pas eu de résultats significatifs. En effet, les résultats du groupe d'intervention et du groupe contrôle n'étaient pas significatifs.</p> <p>Les chercheurs mettent en avant les effets bénéfiques de l'alliance entre l'évaluation faite avec un outil informatique et avec l'expertise clinique de l'infirmière. Grâce à cet outil, l'infirmière peut identifier les problématiques de manière plus ciblée et réagir en fonction. Cette combinaison de l'outil informatique avec les compétences infirmières était l'une des caractéristiques de cette étude. Cet outil permet d'avoir une approche encore plus ciblée sur le patient.</p> <p>La participation des épouses à l'étude est également un point positif. En effet, le bien être du patient et de son épouse sont liés. Les interventions ont également été adaptées à chaque couple et ses capacités.</p>

	<p>Cette étude permet également d'affirmer que les interventions infirmières proposées aux patients souffrants de cancer de la prostate sont efficaces et améliorent la qualité de vie de l'homme et de son couple. On peut aussi mettre en avant le fait que les conséquences de problèmes sexuels sur la qualité de vie peuvent être améliorées par le biais d'interventions comportementales.</p> <p>Un autre élément intéressant de cette étude est l'impact de la dépression sur le rétablissement du bien être. Afin de mieux comprendre son impact et que les interventions soient d'avantage efficaces, il est nécessaire de mieux comprendre le rôle de la dépression dans ce processus de rétablissement. Il serait donc intéressant de proposer d'autres interventions, ou une autre approche pour ces personnes.</p>
Forces et limites	<p>Les auteurs estiment que leur étude n'a pas porté sur un échantillon suffisamment grand et était ainsi en « sous-puissance ». La taille de l'échantillon n'a pas permis une accumulation des données aussi importante que prévue. Cependant, l'intervention a été suffisamment efficace pour soulever les effets significatifs des résultats de soins spécifiques à la maladie, dont la sexualité et l'inquiétude quant au cancer. Une plus grande puissance aurait peut-être confirmé les différences suggéré (tableaux 2 et 4).</p> <p>Pas de contrôle spécifique pour les erreurs de niveau 2. Une autre limite exprimée par les auteurs est l'éventuel effet placebo.</p> <p>Le taux de participation était relativement faible. L'échantillon était principalement composé d'hommes caucasiens avec un niveau de formation supérieur. Ceci pourrait diminuer la possibilité de généraliser les résultats. Cependant et contrairement à des études précédentes, le niveau socio économique ne semble pas modifier les résultats, on peut donc faire la conclusion que ces interventions sont adaptées à tout niveau socioéconomique.</p>
Conséquences et recommandations	<p>De nouvelles recherches avec des groupes choisis de manière plus adéquate pourrait confirmer l'hypothèse socioéconomique.</p>
Commentaires	<p>Cet article propose des interventions ciblées sur divers problèmes du cancer de la prostate (sexualité, trouble urinaire, fatigue...).</p> <p>L'article est bien présenté, les analyses sont difficiles à appréhender</p>

Article 3

Grille de lecture critique d'un article scientifique

Approche quantitative et mixte

Article : Chambers, S., Schover, L., Halford, K., Ferguson, M., Gardiner, RA., Occhipinti, S. & Dunn, J. (2011). ProsCan for couples : a feasibility study for evaluating peer support within a controlled research design. *Psycho-Oncologie*. DOI : 10.1002/pon.2110

Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Titre	Précise-t-il clairement le problème/les concepts/la population à l'étude ?				
Résumé	Synthétise-t-il clairement les parties principales de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?				Le problème n'est pas mentionné dans le résumé, les autres éléments sont mentionnés
Introduction Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et situé dans un contexte ?				Le problème de recherche (l'intervention des pairs étant insuffisamment évaluée) est bien replacé dans le contexte (le soutien des pairs apportent des bénéfices aux personnes souffrant d'un cancer)
Recension des écrits	Fournit-elle une synthèse de l'état des connaissances sur le sujet en se basant sur des travaux de recherche antérieurs ?				Les auteurs reprennent des études déjà réalisées sur le soutien par les pairs

Cadre théorique ou conceptuel	Les principales théories et concepts sont-ils définis ?				Le soutien par les pairs peut être envisagé comme cadre théorique mais il n'est pas expliqué comme tel
Hypothèses/question de recherche/buts	Les hypothèses/question de recherche/buts sont-ils clairement formulés ?				Les buts de l'études sont clairement définis <ul style="list-style-type: none"> - Évaluer la faisabilité d'un protocole d'intervention de pairs auprès de couple dont l'homme se prépare à subir une prostatectomie - Évaluer la faisabilité du dit protocole auprès des pairs et des couples - Relever les besoins et les aspects psychologiques des couples en lien avec ce soutien
Méthodes Devis de recherche	Le devis de recherche est-il explicite ?				Étude de faisabilité sur le soutien par les pairs
Population, échantillon et contexte	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?				Les pairs volontaires (survivants au cancer de la prostate) Des couples hétérosexuels dont les hommes ont été récemment diagnostiqué comme ayant un cancer de la prostate et ayant planifié une prostatectomie L'échantillon de pairs est décrit ainsi que celui des couples.
	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?				
	La taille de l'échantillon est-elle justifiée sur une base statistique ?				
Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires

Méthode de collecte des données et instruments de mesure	Les instruments de collecte des données sont-ils décrits clairement ?				Des focus groupes ont récoltés des données des pairs. Quant aux couples, ils se sont auto-évalués à l'aide d'échelles. La retranscription des entretiens téléphonique avec les couples a été analysée. Les données quantitatives ont été recensées avec plusieurs outils (Greenhouse–Geisser ; Pairwise Comparisons with Bonferroni adjustment) ont été utilisés
	Sont-ils en lien avec les variables à mesurer ?				
Déroulement de l'étude	La procédure de recherche est-elle décrite clairement ?				
Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants ?				Le comité d'éthique de la Griffith University Human Research a donné son accord. Tous les participants ont donné leur consentement par écrit
Résultats Traitement/Analyse des données	Des analyses statistiques sont-elles entreprises pour répondre à chacune des questions et/ou vérifier chaque hypothèse ?				
Présentation des résultats	Les résultats sont-ils présentés de manière claire (résumé narratif, tableaux, graphiques, etc.) ?				Les résultats sont en partie présentés sous formes de tableaux et de statistiques ou d'après les dires des participants
Discussion	Les principaux résultats sont-ils interprétés à-en fonction du cadre théorique ou conceptuel ?				

Interprétation des résultats	Sont-ils interprétés au regard des études antérieures ?				Aucun article n'est cité
	Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?				Oui mais peu de limites sont soulevées
	Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?				Oui, le soutien par les pairs semble être un modèle prometteur s'il est structuré (encadrement des pairs, temps, agenda...)
Conséquences et recommandations	Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique ?				Le support par les pairs est faisable avec une structure protocolée.
	Font-ils des recommandations pour les travaux de recherche futurs ?				Au niveau de la sexualité, les chercheurs recommandent une approche d'avantage ciblée sur ce thème ainsi qu'un suivi à plus long terme.
Questions générales Présentation	L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?				L'article nous semble bien structuré, mais pas toujours très détaillé. En particulier au niveau des résultats, de l'analyse et de la discussion.

Article 3

Grille de résumé d'un article scientifique

Approche quantitative et mixte

Éléments du rapport	Contenu de l'article
Références complètes	Chambers, S., Schover, L., Halford, K., Ferguson, M., Gardiner, RA., Occhipinti, S. & Dunn, J. (2011). ProsCan for couples : a feasibility study for evaluating peer support within a controlled research design. <i>Psycho-Oncologie</i> . DOI: 10.1002/pon.2110
Introduction Problème de recherche	A ce jour les revues ont conclues que le support d'un pair pour les hommes souffrant d'un cancer de la prostate était bénéfique, mais qu'il était mal évalué. La recherche relève également qu'il faudrait une meilleure description des composantes de l'intervention des pairs (l'entraînement, la supervision et les protocoles d'évaluation).
Recension des écrits	Actuellement certains articles ont démontré les bienfaits des « vétérans » qui accompagnent les personnes récemment diagnostiquées. Un article a pu montrer une diminution du sentiment d'isolement, une demande de soutien social et avoir des attentes réalistes et optimistes envers le futur. Depuis peu on a commencé à utiliser le support par des pairs pour les hommes souffrant de cancer de la prostate. Les effets secondaires des traitements sont multiples et peuvent engendrer une baisse de la qualité de vie (problèmes sexuels et changement dans la vie de couple). Les recherches mettent en avant que ce type de support est peu évalué dans ce contexte.
Cadre théorique ou conceptuel	Aucun concept ou cadre n'est clairement défini mais le soutien par les pairs est la théorie, l'hypothèse au centre de l'étude
Hypothèses/question de recherche/buts	Le but de cet article est de vérifier la faisabilité d'un protocole d'intervention des pairs auprès de couples dont l'homme se prépare à subir une opération pour son cancer de la prostate.
Méthodes	Devis de recherche mixte (qualitatif et quantitatif) ; étude de faisabilité sur l'intervention des pairs dans le cadre du soutien d'hommes souffrant d'un cancer de la prostate et leur compagne.

Devis de recherche	
Population, échantillon et contexte	<p>1. Les pairs volontaires 10 survivants du cancer au minimum 12 mois après la fin de leur traitement. Age moyen 66,5 ans +/- 7.5 ; 50% travaillait, 50% à la retraite ; recrutés sur une période de 6 semaines par le biais d'un réseau déjà existant des pairs pour le cancer de la prostate. Ils ont tous subi une prostatectomie ; 50% d'entre eux ont déjà eu une expérience dans le volontariat.</p> <p>2. Les couples Les critères d'inclusions pour les couples étaient : l'homme nouvellement diagnostiqué et allant subir une prostatectomie radicale, l'hétérosexualité du couple, parler et lire l'anglais, ne pas avoir eu d'antécédent de traumatisme crânien, de démence ou de maladie psychiatrique et ne pas avoir d'autres cancers.</p> <p>20 couples ont été recrutés dans des cabinets d'urologie sur une période de 11 semaines. Les hommes étaient plus âgés que leur partenaire (Homme : M= 61,9 +/- 6,3 ; Femme : M= 55,8 +/- 7,7) ; 15 couples mariés depuis plus de 15 ans. La plupart des hommes (65%) et la moitié des femmes ont atteint un certain niveau de formation.</p>
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	<p>Les couples ont procédé à une évaluation du soutien des pairs lors des groupes de discussion. Ces évaluations ont été faites au recrutement ainsi qu'à 3 et 6 mois après l'opération. 4 outcomes ont été évalués :</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'alliance thérapeutique en lien avec l'acceptation de l'intervention du pair. Cet outcome a été évalué par the Working Alliance Inventory • La détresse psychologique évaluée par The Revised Impact of Events Scale (IES-R) • Le besoin en soin de soutien sexuel évalué par the Supportive Care Needs Survey • Les bénéfices ont été mesurés par The Post-traumatic Growth Inventory (PTGI)
Déroulement de l'étude	<p>Les pairs ont reçu une formation de 12h qui comprenait des aspects de communication, une remise à jour des connaissances sur le cancer, la gestion des effets secondaires, la sexualité et les procédures de recherches. Ils ont également reçu un manuel avec différents thèmes et questions pour guider les entretiens. Les pairs ont utilisé une sorte d'agenda en ligne afin de planifier leurs sessions. Chaque mois, les pairs rencontraient des superviseurs afin de parler de l'adhérence au protocole.</p> <p>Les interventions proposées aux couples étaient : la psychoéducation (communication de couple, soutien dans le couple), la gestion du stress, reprendre les croyances négatives en lien avec le cancer, le vieillissement et la sexualité,</p>

	<p>la gestion des effets secondaires et la sexualité en incluant la promotion de l'expression des émotions dans une sexualité non-physique ou choisir un traitement pour la dysfonction érectile.</p> <p>Ces interventions ont été données au cours de 8 sessions téléphoniques. 2 ont eu lieu avant l'opération, 3 appels bimensuels 2 semaines après l'opération et 1 appel à la semaine 10, 16 et 22.</p> <p>Les couples ont également reçu du matériel audiovisuel, un manuel et du matériel pour leur autogestion.</p>
<p>Considérations éthiques</p>	<p>The Griffith University Human research Ethics Committee a approuvé l'étude et chaque participant a fourni un consentement écrit.</p>
<p>Résultats Traitement/Analyse des données</p>	<p>Les données récoltées chez les pairs ont été analyse selon un cadre d'interprétation phénoménologique se basant sur l'expérience des participants. Cette analyse comprend la lecture des transcriptions des <i>rendez-vous</i>. Des concepts ont été systématiquement relevés et classé en plusieurs thèmes selon leurs similitudes. Après un processus itératif, des thèmes plus généraux ont émergés. Toutes les transcriptions ont été relues par plusieurs auteurs qui ont proposé les thèmes aux pairs et se sont assurés de la fiabilité et de la validité de l'analyse.</p> <p>Les changements dans le couple ayant eu lieu entre les données de la phase de pré-intervention et la phase de post-intervention ont été évalué par « Repeated Measures Analysis of Variances », les données des participants et de leurs conjointes ont été analysés séparément. Différents outils (Greenhouse–Geisser ; Pairwise Comparisons with Bonferroni adjustment) ont été utilisé afin d'identifier les données significatives etr examiner les différences de signification aux différents moments de l'intervention.</p>
<p>Présentation des résultats</p>	<p>Trois thèmes propres aux pairs volontaires ont été relevés :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une congruence personnelle par rapport à la recherche • Un sentiment que l'intervention de la recherche est utile • Une volonté de monter que le soutien d'un pair est un modèle de soin efficace <p>Les volontaires ont aussi montré des motivations altruistes telles que la volonté de donner aux autres et le sentiment d'avoir quelque chose à offrir à d'autres dû à leur expérience personnelle. Les pairs ont également relevé que parler de sexualité avec les couples était difficile ainsi que mener des discussions. Soutenir individuellement les personnes avec des antécédents variés étaient aussi exigeant. Les pairs volontaires ont également relevé qu'il était difficile d'établir une relation avec les couples par téléphone et qu'il était aussi compliqué pour certains des volontaires de suivre un protocole</p>

	<p>d'intervention car cela ne correspondait pas à leurs habitudes de soutien ou leur expérience personnelle. Les pairs ont finalement relevé les aspects positifs que leur apportait cette intervention (développement personnel, enrichissant, plus de compassion, différente perspective de la vie).</p> <p>Les scores obtenus pour l'alliance thérapeutique ne diffèrent pas entre les patients et leur partenaire et ne se modifient pas sur le temps. Les thèmes éducation au traitement, la gestion des effets secondaires, la communication dans le couple, la psychoéducation, les relations et l'intimité, la communication aux médecins et la sexualité ont été abordé lors de chaque session durant au moins la moitié du temps. La gestion de la dysfonction érectile a été explicitement discuté dans 30% des appels prétraitement et dans 37% des post-traitements. En moyenne, les appels pré-traitements étaient plus longs (M = 35.9 +/- 21.2 contre M = 26.1 +/- 11.9).</p> <p>Résultats pour les couples :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Résultats négatifs (intrusion, hyperexcitation, évitement) ressentis par le patient et sa partenaire : l'intrusion et l'évitement ont montré une diminution dans le temps, statistiquement significatif ($p = 0.042$ et $p = 0.014$). Les résultats totaux aux scores de l'IES-R ont également montré une diminution statistiquement significative ($p = 0.036$) • Résultats positifs (nouvelles possibilités, relationnels, appréciation de la vie, force personnelle, développement spirituel) : les nouvelles possibilités et l'appréciation de la vie ont montré une amélioration statistiquement significative dans le temps ($p = 0.035$ et $p = 0.026$). • Les soins de soutien dans les besoins sexuels ont augmenté dans le temps ($p = 0.002$)
<p>Discussion Interprétation des résultats</p>	<p>L'étude a pu démontré qu'il était possible d'évaluer le soutien des pairs par une recherche. Avec de l'entraînement et du soutien, les pairs pouvaient accompagner les couples, d'établir une relation de confiance et de travailler avec eux selon des interventions préétablies. La détresse psychologique des couples a pu diminué dans le temps, alors que les besoins dans leur sexualité a augmenté. Cela peut s'expliquer par le fait qu'il faut parfois jusqu'à deux ans pour voir des améliorations. Cela suggère que les interventions visant la fonction sexuelle demandent plus de temps et donc un suivi plus long.</p> <p>L'étude permet aussi de relever les bénéfices qu'ont le volontariat et le soutien par les pairs sur ces hommes-ci.</p>

Forces et limites	<p>Forces :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La recherche est faisable avec un design structuré - Le modèle de soutien par les pairs semble être promoteur <p>Limites :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les améliorations observées ne peuvent pas être entièrement attribuées à l'intervention étant donné l'orientation unique de l'étude
Conséquences et recommandations	<p>Cette étude de faisabilité met en avant le fait que le support par les pairs semble être un modèle prometteur pour les couples ayant besoin de soutien durant le traitement d'un cancer de la prostate.</p> <p>Lors de la publication de cette étude, les auteurs mettent en avant qu'une étude randomisée contrôlée est en cours et qu'elle permettra de déterminer si les bénéfices du soutien par les pairs sont bénéfiques au long terme</p>
Commentaires	<p>L'article expose l'intervention des pairs. Il relève les ressentis de ceux-ci, et les ressentis des couples participants en lien avec l'intervention des pairs. Les pairs ont trouvé difficile d'aborder la sexualité avec les couples et de faire des entretiens personnalisés pour chacun. Il a été remarqué que les besoins pour les troubles de la sexualité nécessitent un temps d'intervention plus long.</p> <p>Étude bien présentée, les différents chapitres sont en général bien expliqués.</p>

Article 4

Grille de lecture critique d'un article scientifique

Approche qualitative

Article : Schantz Laursen, B. (2017) Sexuality in men after prostate cancer surgery : a qualitative interview study. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 31, 120-127. DOI : 10.1111/scs.12328

Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Titre	Précise-t-il clairement les concepts et la population à l'étude ?				
Résumé	Synthétise-t-il clairement les grandes lignes de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?				
Introduction Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et placé en contexte ?				
Recension des écrits	Présente-t-elle l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème étudié ?				
Cadre théorique ou conceptuel	La base philosophique/le cadre conceptuel/le cadre théorique sont-ils définis ?				La sexualité peut être le concept cadre de l'étude : il cadre le travail de l'étude et est la thématique centrale, tout comme la qualité de vie, mais ils ne sont pas nommés comme tels

					Détresse émotionnelle, diminution de l'estime de soi sont aussi des cadres potentiels
Question de recherche/buts	La question de recherche/les buts sont-ils clairement formulés ?				
Méthodes	Le devis de recherche est-il explicité ?				
Devis de recherche	Y'a-t-il une adéquation entre le devis de recherche et le phénomène/problème à l'étude ?				
Population, échantillon et contexte	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?				
	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?				
Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Méthode de collecte des données	Les méthodes de collecte des données sont-elles explicites (où, quand, avec qui, saturation, enregistrement, transcription) ?				Le nombre d'interviews par personne n'est pas clairement explicité
Déroulement de l'étude	Le déroulement de l'étude est-il décrit clairement ?				Très concis, les interviews ne sont pas explicitées
Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?				
Résultats	L'analyse des données est-elle détaillée ?				

Traitement/ Analyse des données	Des moyens pour assurer la rigueur scientifique et la crédibilité des données ont-ils été utilisés ?				Un possible biais a été relevé, les interviews étant menés par une infirmière sexologue pouvant biaiser les résultats. L'infirmière a été prévenue.
Présentation des résultats	Le résumé des résultats est-il compréhensible et contient-il des extraits rapportés (verbatim) ?				
	Les thèmes ou les modèles représentent-ils de façon logique le phénomène ?				
	L'auteur a-t-il fait évaluer les données aux participants ou par des experts ?				Il est dit que les résultats de l'analyse ont été « interprétés et discutés avec d'autres recherches et théories » mais pas avec d'autres personnes.
Discussion Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures ?				
	Soulève-t-on la question de la transférabilité des conclusions ?				
Conséquences et recommandations	Les chercheurs présentent-ils des conséquences/recommandations pour la pratique et les recherches futures ?				
Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Questions générales Présentation	L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?				

Article 4

Grille de résumé d'un article scientifique

Approche qualitative

Éléments du rapport	Contenu de l'article
Références complètes	Schantz Laursen, B. (2017) Sexuality in men after prostate cancer surgery : a qualitative interview study. <i>Scandinavian Journal of Caring Science</i> , 31, 120-127. DOI : 10.1111/scs.12328.
Introduction Problème de recherche	Les traitements contre le cancer de la prostate engendrent des effets négatifs sur la vie sexuelle de l'homme. Actuellement, l'impact des changements dans la vie sexuelle de l'homme dans sa vie en générale n'ont pas été beaucoup étudié.
Recension des écrits	De nombreuses études antérieures ont évalué la qualité de vie de l'homme suite à un cancer de la prostate, ainsi que sa sexualité. Une étude a mis en évidence que la dysfonction érectile engendrée par le traitement du cancer de la prostate a une influence sur la satisfaction sexuelle de l'homme et sur ses relations. Une autre recherche a pu déterminer que le cancer de la prostate atteint l'homme dans sa masculinité. Une étude relève également qu'un sentiment d'insatisfaction suit le diagnostic du cancer de la prostate. Pour terminer, une dernière étude soulève le fait qu'il faudrait plus se focaliser sur des interventions psychosociales.
Cadre théorique ou conceptuel	La sexualité peut être envisagé comme cadre conceptuel guidant l'article mais également la qualité de vie ou encore la détresse émotionnelle ou l'estime de soi
Question de recherche/buts	Évaluer les effets de la chirurgie du cancer de la prostate sur la sexualité de l'homme.
Méthodes Devis de recherche	Article qualitatif Cadre phénoménologique-herméneutique pour la compréhension, une approche phénoménologique pour la description et herméneutique pour l'interprétation

Population, échantillon et contexte	<p>4 hommes recrutés depuis un service de conseil en sexologie (géré par des infirmières) dans un hôpital universitaire, de septembre 2012 à décembre 2012. Les patients répondant aux critères d'inclusion ont été invité à participer à l'étude. Les critères d'inclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ayant dû subir un traitement pour le cancer de la prostate - Ayant une dysfonction érectile - Vivant une relation hétérosexuelle stable
Méthode de collecte des données	<p>Les données ont été récoltées à travers des interviews, permettant ainsi aux hommes de répondre ouvertement aux questions et exprimer librement leurs ressentis. Un guide pour l'interview a été réalisé avec des questions ouvertes, élaborées en vue du but de la recherche.</p>
Déroulement de l'étude	<p>L'auteur de la recherche, qui est également la personne faisant les interviews, est une infirmière et conseillère en sexualité. Les interventions se déroulaient dans le service de sexologie de l'hôpital universitaire. Les interviews ont été enregistrés sur dictaphone et chacun duraient en moyenne entre 45 et 60 minutes.</p>
Considérations éthiques	<p>Les participants ont donné un consentement écrit de leur participation après avoir été informé du but de l'étude et qu'ils pouvaient en tout temps partir de l'étude, leur participation étant volontaire.</p> <p>La recherche a suivi les recommandations éthiques infirmières en recherche de la Scandinavie et ont été rapporté à l'agence danoise de protection des données.</p> <p>Il est important comme le relève l'auteur de faire attention à l'effet qu'ont les interviews sur les participants en favorisant une introspection : ils peuvent soit permettre aux participants de se développer ou au contraire les amener à se sentir moins bien. Les participants ont alors été avertis qu'ils pouvaient sans problème aller à d'autres moments demander des consultations supplémentaires au service de sexologie.</p>
Résultats Traitement/ Analyse des données	<p>L'analyse des interviews s'est déroulé en 3 phases. La théorie d'interprétation des significations de Kvale a été utilisé.</p> <p>Durant la première phase, il s'agissait de lire les différentes interviews, en ayant une vue d'ensemble mais avec une attention particulière pour les émotions et les expériences des participants.</p> <p>Pendant la deuxième phase, l'auteure a identifié les thèmes et les schémas significatifs pour l'étude.</p>

	<p>Dans la partie finale de l'analyse, l'auteure a interprété les thèmes avec des théories et des recherches antérieures. Ces théories se portent sur, entre autres, sur des philosophies de vie ou sur l'identité.</p>
Présentation des résultats	<p>L'analyse a identifié 4 thèmes : le manque de contrôle, le sentiment du soi, les relations intimes et la redéfinition de sa sexualité.</p> <p>Manque de contrôle : les hommes relèvent que l'acte sexuel n'est plus spontané, qu'il demande une planification, ce qui affecte leur masculinité, leur estime d'eux-mêmes et leur libido. Cela les a aussi forcés à modifier leurs habitudes, ne pouvant plus être totalement naturel. Il apparaît à l'auteure que la masculinité de l'homme est non seulement lié au fait de pouvoir avoir des relations sexuelles mais aussi à la spontanéité de l'acte.</p> <p>Sentiment du soi : après une opération, la taille du pénis est souvent diminuée. Tous les hommes ont noté rapidement ce changement, ce qui les auraient traumatisés. Un homme s'est aussi rendu compte qu'il avait fortement associé sa masculinité à sa capacité érectile, provoquant chez lui un problème identitaire. La sexualité peut aussi être un moyen pour les hommes d'exprimer leurs sentiments, leurs émotions. Sans se langage, ils se sont sentis amputés et vulnérables et devant définir une nouvelle façon de s'exprimer. De plus, certains hommes ressentent une forme de culpabilité vis-à-vis de leur épouse, avec un fort sentiment d'impuissance (ne se sentent pas à la hauteur, n'arrivent plus à assouvir les besoins de leur épouse) et l'inquiétude que leur dysfonction érectile amène leurs conjointes à se trouver un nouveau partenaire. Les participants relèvent aussi qu'ils font attention de ne pas faire des gestes qui pourraient laisser entendre à leur épouse qu'il recherche une relation sexuelle pour ne pas créer d'ambivalence. Ils ont peur que leur problème ne provoque des tensions dans le couple et ajouté à leur sentiment de culpabilité et leur manque de capacité, certains hommes se sont éloigné de leur partenaire. Dans les couples où les couples ne sont pas habitués à parler ouvertement de leur sexualité, certains gestes ou paroles peuvent mener à des malentendus et à de mauvaises interprétations, ce qui peut peiner les 2 membres du couple. Les 2 partenaires peuvent ressentir une perte, doivent faire un deuil. En plus des changements de la relation des participants avec leur épouse, les hommes relatent aussi des changements dans leur relation en général : l'un des participant exprime le fait qu'il se sent inférieur à d'autres hommes, moins masculin.</p> <p>Redéfinition de sa sexualité : certains couples ont réussi à modifier leur ancien fonctionnement par un nouveau, comprenant plus de proximité et de tendresse. La capacité des couples à aborder leurs problèmes relationnels a eu un effet positif. Les hommes élargissent leur définition de la sexualité, celle-ci n'étant plus uniquement l'acte en lui-même, mais aussi la compréhension, l'intimité, l'attention et le sentiment d'être respecté, d'être vu comme un homme. Ces éléments leur ont permis</p>

	d'enrichir leur vie sexuelle. Cette redéfinition a été difficile pour certains hommes, leur demandant beaucoup d'énergie, alors que pour d'autres hommes le changement s'est fait assez facilement.
Discussion Interprétation des résultats	<p>L'opération du cancer de la prostate engendre une diminution de la longueur du pénis. Le pénis a un rôle important dans le sentiment de masculinité de l'homme et illustre l'une des grandes différences homme-femme. Pour certains hommes, la grandeur de leur organe génital est équivalente à leur masculinité. Malgré ces changements, la sexualité reste un élément très important de la vie de l'homme. En plus de la diminution de la longueur pénienne, les problèmes d'érections peuvent entraîner une diminution de leur masculinité et ainsi affecter leur image d'eux-mêmes. Ils ne se voient plus comme étant de « vrais hommes ». Les hommes hétérosexuels ont tendance à lier le sexe à l'érection, la pénétration et l'orgasme.</p> <p>Les hommes étant moins enclins à verbaliser leurs émotions et ressentis, ils utilisent la relation sexuelle comme moyen de communication.</p> <p>Pour le sens commun, l'homme est associé à une idée de pouvoir et de supériorité, en partie expliquée par le lien entre le pouvoir sexuel de l'homme, ses capacités à se reproduire et c'est pourquoi les dysfonctions érectiles peuvent l'attendre dans sa masculinité.</p> <p>L'homme peut aussi s'inquiéter de sa relation avec sa conjointe, de peur qu'elle cherche un nouveau partenaire. L'homme pourrait alors avoir l'impression que la relation n'est plus égale, avec un changement de pouvoir au sein du couple. Une relation forte dans le couple demande de l'investissement et de la communication afin de résoudre leur problème, même si la sexualité peut parfois être tabou dans un couple. Cette épreuve oblige les couples à parler et à se réinventer une nouvelle vie sexuelle. Il a été relevé que la durée de la relation, l'intimité et la différence d'âge avaient un rôle important dans la communication des couples et leurs activités sexuelles.</p> <p>Bien que le diagnostic du cancer de la prostate engendre divers problèmes psychosociaux durant les phases de la maladie (tels que la peur de la mort, la menace de mort...), la dysfonction érectile peut devenir centrale suite à l'opération. Cela s'explique par la portée qu'a ce problème sur la vie du patient, c'est-à-dire sa vie sexuelle, la dimension du soi et les relations avec les autres. L'auteure fait un parallèle avec la philosophie de vie de Kierkegaard, dans laquelle l'identité humaine comprend trois dimensions : le biologique, le personnel et le relationnel. L'auteure relève alors que l'identité et la sexualité sont liées. Ces aspects sont également influencés par la société et la culture, donc si un changement s'opère dans la vie d'un individu (dans son identité), cela se répercute sur sa vie sexuelle, et vice-versa.</p>
Forces et limites	Limites :

	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de participants (4) même si une étude qualitative ne demande pas un large panel de participants. Cependant, la saturation des données peut ne pas être atteinte. - Les interviews ont été mené par l'auteure, une infirmière également conseillère en sexologie. Elle pourrait ainsi engendrer des biais dans la recherche. L'auteure a été mise au courant de ces risques. - Tous les patients inclus ont eu une opération pour leur cancer de la prostate. Les résultats auraient pu être différents si les patients avaient eu d'autres traitements, ceux-ci entraînant d'autres effets secondaires.
Conséquences et recommandations	<p>L'étude a pu mettre en évidence que la prostatectomie influence non seulement la vie sexuelle de l'homme, mais aussi le sentiment du soi, ses relations en général et donc affecter sa qualité de vie. Les résultats mettent en exergue le besoin des hommes d'être suivi par des professionnels leur prodiguant des conseils en sexologie. Les conseils devraient tenir compte de tous les aspects de la vie des hommes. Il est important pour le professionnel, l'infirmière, de parler non seulement de la dysfonction érectile, mais aussi de l'image, l'expérience au corps et la vie maritale. Ces changements pouvant provoquer une crise identitaire, il est important d'apporter du soutien et un suivi dans la reconstruction de ces personnes.</p>
Commentaires	<p>Cette étude qualitative a bien pu soulever toutes les répercussions des troubles sexuels sur la qualité de vie des hommes et leur vie quotidienne en générale. Des problèmes identitaires, une diminution de l'estime de soi, une détresse émotionnelle en sont par exemple des conséquences.</p> <p>Étude bien présentée, assez complète.</p>

Article 5

Grille de lecture critique d'un article scientifique

Approche quantitative et mixte

Article : Ream, E., Quennell, A., Fincham, L., Faithfull, S., Khoo, V., Wilson-Barnett, J. & Richardson, A. (2008). Supportive care needs of men living with prostate cancer in England : a survey. *British Journal of Cancer*, 98, 1903-1904. DOI : 10.1038/sj.bjc.6604406

Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Titre	Précise-t-il clairement le problème/les concepts/la population à l'étude ?				
Résumé	Synthétise-t-il clairement les parties principales de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?				
Introduction Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et situé dans un contexte ?				
Recension des écrits	Fournit-elle une synthèse de l'état des connaissances sur le sujet en se basant sur des				Pourrait être un peu plus développée

	travaux de recherche antérieurs ?				
Cadre théorique ou conceptuel	Les principales théories et concepts sont-ils définis ?				Les soins de support. Ils ne sont pas décrits dans le texte. La qualité de vie pourrait être un cadre, celle-ci étant évaluée
Hypothèses/question de recherche/buts	Les hypothèses/question de recherche/buts sont-ils clairement formulés ?				Les buts sont clairement définis
Méthodes Devis de recherche	Le devis de recherche est-il explicite ?				
Population, échantillon et contexte	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?				
	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?				
	La taille de l'échantillon est-elle justifiée sur une base statistique ?				
Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	Les instruments de collecte des données sont-ils décrits clairement ?				
	Sont-ils en lien avec les variables à mesurer ?				

Déroulement de l'étude	La procédure de recherche est-elle décrite clairement ?				
Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants ?				
Résultats Traitement/Analyse des données	Des analyses statistiques sont-elles entreprises pour répondre à chacune des questions et/ou vérifier chaque hypothèse ?				Tous les résultats ne sont pas explicités, comme les valeurs statistiques des tests chi2.
Présentation des résultats	Les résultats sont-ils présentés de manière claire (résumé narratif, tableaux, graphiques, etc.) ?				
Discussion Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils interprétés à-en fonction du cadre théorique ou conceptuel ?				
	Sont-ils interprétés au regard des études antérieures ?				
	Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?				

	Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?				Les auteurs relèvent que leur échantillon est important mais pas représentatif de la population atteinte par cette maladie, seuls les hommes volontaires ayant répondu
Conséquences et recommandations	Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique ?				
	Font-ils des recommandations pour les travaux de recherche futurs ?				
Questions générales Présentation	L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?				

Article 5

Grille de résumé d'un article scientifique

Approche quantitative et mixte

Éléments du rapport	Contenu de l'article
Références complètes	Ream, E., Quennell, A., Fincham, L., Faithfull, S., Khoo, V., Wilson-Barnett, J. & Richardson, A. (2008). Supportive care needs of men living with prostate cancer in England : a survey. <i>British Journal of Cancer</i> , 98, 1903-1904. DOI : 10.1038/sj.bjc.6604406
Introduction Problème de recherche	<p>Le cancer de la prostate est le cancer le plus répandu chez les hommes. Il existe une multitude de traitements, le choix du traitement se fait en fonctions de diverses variables. Les nombreuses possibilités de traitement pour ce reflète le manque de consensus quant à la meilleure thérapie. Il arrive que certains spécialistes prennent en compte des aspects urologiques et sexuels pour le choix de la thérapie en accord avec le patient.</p> <p>Les soins de supports peuvent être définis comme le besoin de soins durant la maladie, le traitement des effets secondaires et des symptômes, mais aussi de développer des stratégies d'adaptation et de coping, d'optimiser la bonne compréhension en vue de la prise de décision.</p> <p>Aussi, il existe peu de recherches sur les besoins de soins de support au Royaume-Uni.</p>
Recension des écrits	Le taux de survie à 5 ans est très prometteur pour ce type de cancer (71%), ceci est principalement dû à sa lente évolution. Le choix du traitement se base sur l'âge, le stade de la maladie et les comorbidités. Au moment de la recherche (2008), les chercheurs n'ont trouvé que quatre articles sur le besoin en soins de supports pour les hommes souffrants de cancer de la prostate. Le premier faisait état du besoin de 206 hommes en soins de support en Australie. La deuxième étude se déroulait aux Etats-Unis et portait également sur le besoin des hommes avec un cancer de la prostate localisé. La troisième a eu lieu en Australie chez des hommes de moins de 70 ans récemment diagnostiqués. La dernière étude, la seule britannique, portait sur le besoin des hommes recevant un traitement non-chirurgical.

	<p>Ces études mettent en avant le fait que 87% des hommes souffrants de cancer de la prostate ont dans une certaine mesure un besoin en soins de support. Le plus important étant lié à la sexualité et au problèmes psychologiques.</p> <p>Certains auteurs on mis en avant la corrélation entre un grand besoin de soins de support et un niveau plus bas d'éducation. Les chercheurs mettent également en lumière que les hommes qui reçoivent une radiothérapie et ceux qui ne sont pas en « rémission » sont davantage à risque d'avoir des plus grands besoins.</p>
Cadre théorique ou conceptuel	N'est pas explicité dans l'article de manière claire, mais on peut faire l'hypothèse que le concept de qualité de vie a dû être un point clé dans cette recherche. L'utilisation de l'échelle EuroQol EQ-5D, peut appuyer cette hypothèse. Les soins de support peuvent être un des cadres théoriques de cet article
Hypothèses/question de recherche/buts	Les buts de cette étude sont dans un premier temps d'identifier dans quelle mesure les hommes souffrants de cette pathologie ont besoins de soins de support et dans un deuxième temps, de déterminer des éléments qui pourraient prédire le besoin en soins de support.
Méthodes Devis de recherche	Devis de recherche Quantitatif : étude quasi expérimentale
Population, échantillon et contexte	<p>1848 hommes qui avaient reçu le diagnostic de cancer de la prostate dans les 3 à 24 derniers mois. Il n'y avait pas de critère d'exclusion, hommes de tout âge, tout stades de maladie.</p> <p>L'âge moyen était de 70,2 ans. Le temps moyen écoulé depuis le diagnostique était de 14,3 mois. La plupart des participants ont reçu une hormonothérapie (n=376, 51%), radiothérapie (n=209, 28%), prostatectomie radicale (n= 188, 5%). D'autres ont eu des combinaisons de traitement, certains étaient encore en train de suivre un traitement au moment de répondre au questionnaire (n=124, 17%). La plupart des participants étaient caucasiens (n=675, 91%). La plupart n'avait pas atteint un niveau de formation élevé (n=341, 46%). Une bonne partie de la population pense être en rémission (n=342, 46%).</p>
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	<p>Le questionnaire comprenait quatre échelles de mesures :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) The supportive Care Needs Survey : questionnaire de 34 items portant sur diverses dimensions du besoin comme au niveau de la vie physique et quotidienne, psychologique, sexuel, les soins et le support.

	<p>De plus, un item de 7 questions spécifique au cancer de la prostate a été utilisé afin de mesurer le besoin en lien avec la fonction urinaire et intestinal et l'image de soi. Pour chaque question le participant devait définir son « niveau de besoin ».</p> <p>2) The international Prostate Symptom Score (IPSS) : afin de déterminer « lower urinary tract symptoms (LUTS) ». cette échelle évalue plusieurs aspects : vidange incomplète, fréquence, intermittence, urgence, faible jet urinaire, l'effort urinaire et la nycturie. La réponse des participants était sous forme de score allant de 0 (pas du tout) et 5 (presque toujours).</p> <p>3) The EuroQol EQ-5D and VAS : afin d'évaluer la perception des participants quant à leur qualité de vie. Cet outil comprend deux sections, une première qui se base sur divers items (état de santé, mobilité, autosoins, activités quotidiennes, douleurs/inconfort). La deuxième section consiste en une échelle visuelle analogique (0-100) sur l'état de santé de la personne.</p> <p>4) Une dernière section comprenant différentes questions qui portaient sur l'âge, les caractéristiques démographiques, les traitements reçus, le statut sociodémographique, l'état civile et si la personne est en rémission ou non.</p>
Déroulement de l'étude	Ces hommes ont été sollicités par leur urologue (n=1848). Sur ce premier nombre, 820 hommes ont répondu à cette invitation, ces derniers ont reçu un questionnaire par la poste. Finalement, 741 hommes ont répondu au questionnaire.
Considérations éthiques	L'esquisse de la recherche a été soumise à the Metropolitan Multicentre Research Ethics Committee et a été approuvée.
Résultats Traitement/Analyse des données	Les caractéristiques démographiques et cliniques ont été mises en lien avec les besoins en soins de support. Ces caractéristiques et facteurs cliniques qui ont pu être corrélés avec les besoins sont l'âge, le traitement reçu et le statut de rémission. D'autre part, les chercheurs ont tenté de déterminer quels facteurs pouvaient prédire les besoins en soins de support. L'âge, le niveau de formation, l'état civile, l'état mental, le temps depuis le diagnostique, les modalités de traitement, le statut du traitement, le temps depuis le traitement et le statut de rémission.
Présentation des résultats	<p>Besoins en soins de support</p> <p>Afin de pouvoir déterminer l'étendue des besoins en soins de supports, un score a été attribué à chaque catégorie (bas niveau de besoin 1, moyen niveau de besoin 2 ou niveau élevé de besoin 3).</p>

La thématique de la sexualité obtient le score le plus haut avec une moyenne de 1.43, toutes les autres catégories ont obtenu des scores inférieurs. Le test de chi2 a permis d'établir que le besoin lié à la sexualité était associé à tout âge et traitement de manière significative ($p = <0.001$). L'étude a également démontré une tendance à la baisse avec l'âge. Il y a une corrélation entre prostatectomie radicale et les besoins liés à la sexualité (51% contre 2 à 40% dans les autres groupes). Dans le groupe des hommes ayant reçu plusieurs traitements, le besoin lié à la sexualité est exprimé par 45% des hommes.

Le traitement a aussi été relié de manière significative ($p = <0.001$) aux besoins physiques et quotidiens.

Les besoins au niveau psychologiques étaient plus élevés dans le groupe des personnes dont le statut de rémission était incertain ($p = <0.001$)

Prédicteurs de besoin en soins de support non satisfaits

Les chercheurs ont pu mettre en lumière différents éléments qui seraient susceptibles d'avoir un impact sur les activités de la vie quotidienne. Notamment les traitements, l'âge et les aspects mentaux. Les hommes plus âgés qui ont reçu divers traitements sont d'avantage susceptibles d'exprimer des besoins dans les AVQ non satisfaits.

Les hommes avec une baisse de santé mentale (dépression, anxiété) seraient cinq fois plus à risque.

Les éléments prédictifs quant au domaine de la sexualité sont l'âge, le traitement, le statut du traitement et mental. La prostatectomie et l'hormonothérapie sont plus susceptibles de causer des problèmes d'ordre sexuel. Cependant l'élément le plus important est l'aspect mental.

Expériences des LUTS

Durant l'étude, 97% des participants ont révélés avoir expérimenté un des symptômes suivants : vidange incomplète, changement dans la fréquence, intermittence, urgence, faible jet et nycturie. Ces symptômes ont été récoltés et évalués (faible – moyen – élevé). 50% des hommes souffrent de symptôme faible, 39% modérés et 11% élevé.

Les statistiques ont pu confirmer que la sévérité de ces symptômes urinaires pouvait être liée au traitement ($P <0.001$), au statut de rémission ($P <0.001$) et le temps écoulé depuis le diagnostique ($P = 0.029$).

Ces symptômes étaient moins fréquents chez les hommes ayant subi une prostatectomie radicale et terminé leur traitement.

	<p>Qualité de vie</p> <p>Un quart des hommes de l'étude ont expérimenté des problèmes avec quatre des cinq domaines de la qualité de vie mesurés. L'anxiété ou la dépression était présente chez 30% des hommes, les difficultés à entreprendre des activités habituelles chez 30%, des fortes douleurs chez 26% et enfin des problèmes de mobilité chez 22% des participants. Les problèmes d'autosoins n'étaient présents que chez 7% des hommes.</p> <p>L'âge avancé est un élément significatif dans la mobilité réduite ($P < 0.001$) et dans la difficulté de réaliser des activités habituelles ($P < 0.001$).</p> <p>Le traitement était également associé de manière significative aux problèmes de mobilité ($P < 0.001$) et douleur ($P < 0.001$). Le statut de rémission a pu être mis en lien avec quatre domaines de la qualité de vie : dépression/anxiété ($P < 0.001$), mobilité réduite ($P < 0.001$), les difficultés à réaliser les activités habituelles ($P < 0.001$) et la douleur ($P = 0.001$).</p> <p>De manière générale, les hommes qui n'étaient pas en rémission ont d'avantage exprimé des problèmes dans ces domaines.</p>
<p>Discussion</p> <p>Interprétation des résultats</p>	<p>Cette étude met en avant le fait que les hommes souffrant de cancer de la prostate ont fréquemment des besoins qui ne sont pas satisfaits, en particulier dans le domaine psychologique. Le statut de la personne quant à sa rémission a également des répercussions sur son besoin en soins de support. En effet, une personne qui n'est pas sûr de son statut serait davantage « dans le besoin d'informations ».</p> <p>Les besoins psychologiques auraient également tendance à diminuer avec le temps, 63% des hommes au moment du diagnostique reporte un grand besoin d'information et 42% après 12 mois de traitements chez qui ce besoin persiste. Des infirmières spécialisées seraient tout à fait à même d'aider ces hommes en difficulté.</p> <p>Les problèmes liés à la sexualité peuvent être mis en corrélation avec le jeune âge, le bon pronostic et la prostatectomie radicale. En effet la prostatectomie est connue pour diminuer la libido et créer une dysfonction érectile. La prévalence des problèmes d'ordre sexuel dans cet échantillon peut aussi être liée à l'âge moyen relativement jeune et donc une plus grande probabilité qu'ils soient encore actifs sexuellement.</p> <p>L'étude permet également de démontrer la forte prévalence de symptômes urinaires. Cependant, la population masculine générale de plus de 65 ans reporte également des problèmes de ce type. Ici, l'étude nous rappelle de porter d'avantage d'attention à cet élément.</p>

Forces et limites	<p>Cette étude ne permet pas d'évaluer la prévalence de l'anxiété ou de la dépression chez ces hommes.</p> <p>Les chercheurs nous rendent attentifs aux limites de cette étude : seuls les hommes intéressés par cette étude ont été invité à répondre au questionnaire. L'échantillon pourrait ne pas être représentatif de la population qui vit avec cette pathologie, en effet les groupes ethniques mixtes et noir étaient peu représentés. Les participants sélectionnés se trouvaient à différent stade de traitement et de convalescence.</p>
Conséquences et recommandations	<p>Cet article soulève plusieurs choses importantes pour les soins. Premièrement, d'avantage de recherche est nécessaire pour pouvoir avoir des preuves solides sur les impacts au long-terme. De plus, cette étude nous rend attentif pour la pratique, il faut être encore plus pointilleux dans notre prise en charge et porter d'avantage d'attention aux symptômes et problèmes de communication.</p>
Commentaires	<p>Cet article permet d'identifier les divers champs atteint de la qualité de vie lors d'un cancer de la prostate. Il identifie également les besoins en soins de support de manière claire.</p> <p>Son écriture est claire et permet une analyse et un résumé.</p>

Article 6

Grille de lecture critique d'un article scientifique

Approche qualitative

Article : Carter, N., Bryant-Lukosius, D., DiCenso, A., Blythe, J. & Neville, A. (2011). The Supportive Care Needs of Men With Advanced Prostate Cancer. *Oncology Nursing Forum*, 38 (2), 189-198. DOI : 10.1188/11.ONF.189-198.

Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Références complètes	Carter, N., Bryant-Lukosius, D., DiCenso, A., Blythe, J. & Neville, A. (2011). The Supportive Care Needs of Men With Advanced Prostate Cancer. <i>Oncology Nursing Forum</i> , 38 (2), 189-198. DOI : 10.1188/11.ONF.189-198.				
Titre	Précise-t-il clairement les concepts et la population à l'étude ?				
Résumé	Synthétise-t-il clairement les grandes lignes de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?				
Introduction Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et placé en contexte ?				
Recension des écrits	Présente-t-elle l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème étudié ?				

Cadre théorique ou conceptuel	La base philosophique/le cadre conceptuel/le cadre théorique sont-ils définis ?				Les soins de support peuvent être le cadre conceptuel de cet article
Question de recherche/buts	La question de recherche/les buts sont-ils clairement formulés ?				
Méthodes	Le devis de recherche est-il explicité ?				Méthode de description qualitative
Devis de recherche	Y'a-t-il une adéquation entre le devis de recherche et le phénomène/problème à l'étude ?				
Population, échantillon et contexte	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?				
	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?				
Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Méthode de collecte des données	Les méthodes de collecte des données sont-elles explicites (où, quand, avec qui, saturation, enregistrement, transcription) ?				
Déroulement de l'étude	Le déroulement de l'étude est-il décrit clairement ?				
Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?				
Résultats	L'analyse des données est-elle détaillée ?				Les outils sont énumérés mais pas décrits

Traitement/ Analyse des données	Des moyens pour assurer la rigueur scientifique et la crédibilité des données ont-ils été utilisés ?				
Présentation des résultats	Le résumé des résultats est-il compréhensible et contient-il des extraits rapportés (verbatim) ?				
	Les thèmes ou les modèles représentent-ils de façon logique le phénomène ?				
	L'auteur a-t-il fait évaluer les données aux participants ou par des experts ?				
Discussion Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures ?				
	Soulève-t-on la question de la transférabilité des conclusions ?				Les résultats sont comparés à la pratique actuelle, des recommandations sont faites mais la transférabilité n'est pas discutée
Conséquences et recommandations	Les chercheurs présentent-ils des conséquences/recommandations pour la pratique et les recherches futures ?				
Eléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Questions générales Présentation	L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?				

Article 6

Grille de résumé d'un article scientifique

Approche qualitative

Éléments du rapport	Contenu de l'article
Références complètes	Carter, N., Bryant-Lukosius, D., DiCenso, A., Blythe, J. & Neville, A. (2011). The Supportive Care Needs of Men With Advanced Prostate Cancer. <i>Oncology Nursing Forum</i> , 38 (2), 189-198. DOI : 10.1188/11.ONF.189-198.
Introduction Problème de recherche	Le cancer de la prostate est l'un des cancers masculins le plus répandu qui, malgré les avancés dans la détection et le traitement, peut évoluer vers un stade avancé de la maladie. Les hommes peuvent survivre longtemps après le diagnostic et ainsi devoir faire face à de nombreux problèmes parfois. Ces besoins sont par exemple la détérioration du fonctionnement, des problèmes d'ordre urinaires ou sexuels, la fatigue, les douleurs... Il devient important de soutenir ces hommes dans la gestion de leurs symptômes et de leur vie quotidienne. Cependant, l'émergence de soins de support pour cette population n'est pas aisée et ce à cause l'accès pauvre en général aux soins de soutien, à la restructuration du système de santé et un financement limité.
Recension des écrits	<p>Des articles de recherche ont plusieurs fois relevé le manque de coordination entre les services de traitements et de soins de support avec les organisations fournissant des soins de soutien. En plus du manque de coordination, un accès inadéquat, l'intégration inappropriée des soins de support et de service de soins palliatifs expliquent le problème de recherche. L'amélioration de l'accès aux services et programmes de soutiens demandent la coordination entre les centres régionaux pour le cancer, les hôpitaux et les centres communautaires. Une recherche a mis en évidence la méconnaissance des patients pour les organismes de soutien existants et leur faible utilisation de ceux-ci.</p> <p>De précédentes études ont mis en exergue que les symptômes d'un stade avancé d'un cancer de la prostate diminuaient la qualité de vie des hommes atteints. Les hommes souffrant d'un cancer hormono-réfractaire avaient une qualité de vie plus mauvaise que les autres groupes de personnes atteintes d'un cancer. L'incontinence, la fréquence des mictions et les effets secondaires des traitements sont les symptômes entraînant le plus de dérangements chez les hommes avec un cancer hormono-sensitif alors que les hommes souffrant d'un cancer non-hormono-sensitif mentionnent plutôt la douleur, la fatigue,</p>

	<p>la diminution des aptitudes physiques ou encore les mictions fréquentes. La dépression est également répandue dans cette population.</p> <p>Des recherches antérieures ont mis en avant les besoins insatisfaits en général des hommes souffrant d'un cancer de la prostate, ceux-ci étant d'ordres physiques ou psychosociaux, ainsi que des besoins en informations et en soutiens. Les besoins dépendent aussi du stade de la maladie. Un article de recherche relève que les hommes dans un stade avancé de la maladie ont plus de besoins : psychologiques, en rapport avec le système de santé, d'informations ou encore sur la sexualité. Dans l'une des étude, l'intervention était la mise en place de groupe explorant les besoins psychosociaux et éducationnels des hommes et trois thèmes ont émergé : l'éducation du patient et de sa famille, le soutien psychosocial pour le patient et sa famille et un réseau avec des survivants du cancer de la prostate. Quelques études se sont concentrées uniquement sur les besoins et la distinction de ceux-ci entre les hommes avec un cancer hormono-sensitif ou non-hormono-sensitif mais plus d'un abord quantitatif, ne permettant pas ainsi un partage d'informations.</p>
Cadre théorique ou conceptuel	Les soins de support peuvent être un cadre théorique, mais ne sont pas mentionnés comme tel dans l'article
Question de recherche/buts	<p>Améliorer la compréhension des besoins insatisfaits en santé des hommes souffrant d'un stade avancé d'un cancer de la prostate. Il s'agit aussi de voir comment ces besoins insatisfaits affectent leur vie quotidienne et ainsi comment améliorer les soins de soutien pour remplir ces besoins.</p> <p>Les questions que les auteurs posent sont : « Quels sont les besoins en soins de support des hommes avec un cancer de la prostate hormono-sensible ou hormono-refractaire et comment ceux-ci diffèrent ? » (Carter and all., 2011, pp.190) et « Quelles sont les stratégies recommandées pour l'amélioration des soins afin qu'ils remplissent les besoins en soutien de ces hommes ? » (Carter and all., 2011, pp.190)</p>
Méthodes Devis de recherche	Qualitatif descriptif
Population, échantillon et contexte	<p>29 hommes</p> <ul style="list-style-type: none"> - 17 hommes avec un cancer de la prostate hormono-réfractaire - 12 hommes avec un cancer de la prostate hormono-sensitif

	<p>Les groupes étaient similaires en âge et avaient été diagnostiqués depuis plus ou moins le même nombre d'années (7-8 ans). La plupart des participants est mariée et à la retraite. Les hommes ayant un cancer hormono-sensitif présentaient plus de comorbidités.</p>
Méthode de collecte des données	<p>Récolte de données par :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Des groupes de discussions : pour les hommes avec un cancer hormono-réfractaire. Cinq groupes ont été constitués avec ces 17 hommes, chaque session durant entre 90 et 120 minutes. - Des interviews individuelles : principalement avec les hommes souffrant d'un cancer hormono-sensitif et avec un homme souffrant d'un cancer de la prostate hormono-réfractaire (sa santé étant trop mauvaise pour rencontrer d'autres hommes malades). Chaque interview semi-structurée a duré entre 30 et 60 minutes. <p>La récolte de données étant ralentie par le recrutement plus difficile des hommes avec un cancer hormono-sensitif, les auteurs ont décidé de récolter les données de deux manières différentes.</p> <p>À la fin de chaque session ou interview, l'auteur mettait en évidence les thèmes principaux et les faisait valider par les participants. Toutes les interviews et sessions ont été enregistrées et transcrites. Les auteurs ont collecté des données jusqu'à saturation des données.</p>
Déroulement de l'étude	<p>Les participants ont été recrutés par des publicités dans les cabinets des urologues, des journaux et à la télévision communautaire, ainsi que dans des groupes locaux de soutien et au centre pour le cancer du centre-ouest de l'Ontario. Le recrutement des hommes avec un cancer hormono-sensitif, ceux-ci étant plus difficile à identifier et recruter.</p>
Considérations éthiques	<p>Le comité éthique de recherche de la faculté des sciences humaines de l'université de McMaster et des sciences de la santé de Hamilton ainsi que le comité éthique de recherche de la médecine de St-Joseph ont approuvé les procédures de l'étude.</p>
Résultats Traitement/ Analyse des données	<p>L'équipe de recherche a dans un premier temps lu les transcriptions et ont élaboré un système de codage. Le chercheur principal ainsi que ses deux assistants ont utilisé le programme NVivo. Ensuite, les auteurs ont élaboré des catégories principales et ont regroupé les codes dans ses catégories, d'où des thèmes ont émergé. Des stratégies de triangulation ont inclus les résumés des informations données par les participants lors des rencontres et les résultats d'études précédentes ainsi que des commentaires faits par des groupes de soutien menés par la société de cancer canadienne.</p>

Présentation des résultats	<p>3 thèmes principaux sont ressortis : les problèmes fonctionnels, le besoin en informations et la détresse émotionnelle.</p> <p>Les difficultés fonctionnelles : les hommes se plaignent d'un changement dans leurs capacités fonctionnelles. Celles-ci étant liées à l'évolution de la maladie, à la fatigue, les douleurs ou d'autres effets secondaires, comme l'incontinence urines et la fréquence élevée des mictions et la perte de fonction sexuelle. Les 2 groupes ont reporté des problèmes en lien avec leur incontinence, dont les hommes avec le cancer hormono-sensitif considèrent comme prioritaire. L'incontinence et les problèmes de mictions altèrent leur quotidien (activités sportives, tâches quotidiennes, événements sociaux...), leur vie dépendant de la présence de toilette ou le port de protection pour certains. Les 2 groupes ont également reporté la fatigue et le manque d'énergie comme problématique. Ces 2 éléments restreignent les hommes dans leurs activités quotidiennes et les obligent à prévoir du repos afin d'exécuter leurs tâches ou activités quotidiennes. En plus de ces précédentes difficultés, les hommes souffrant du cancer hormono-sensitif relèvent que les effets secondaires due au manque d'androgènes (poussée de chaleur, transpiration, poitrine douloureuse, prise de poids, fatigue, faiblesse) affectent aussi leur vie quotidienne. Quant aux hommes souffrant du cancer hormono-réfractaire, l'inappétence, les nausées, une fatigue importante, une douleur importante et sporadique et la réaction à certains médicaments diminue leur qualité de vie. La douleur est souvent décrite au niveau des hanches ou du pelvis, les hommes ne sachant alors pas si celle-ci est due à leur cancer ou à leur âge (arthrite)</p> <p>Le besoin en informations : dans les 2 groupes, les hommes ont exprimé le besoin en information concernant les traitements, la médication et les effets secondaires et les thérapies alternatives. Que ce soit durant les groupes de discussion ou durant les interviews, les hommes ont posé des questions aux intervieweurs ou aux autres membres du groupe, et ce par rapport aux traitements, au diagnostic et le futur. L'un des participant a mis en avant le fait d'avoir aussi des informations sur plus de possibilités de traitements, des alternatives. Certains hommes aimeraient aussi des informations sur les nouveaux traitements existants et regrettent de ne pas avoir poser plus de questions et de ne pas avoir rechercher des informations lors de leur diagnostic puis lors du choix du traitement. Des hommes relèvent aussi qu'ils auraient dû avoir plus d'informations sur leur pronostic et futur. L'un des hommes dit, par exemple, qu'il aurait alors pu planifier concrètement son futur. Il y a de nombreuses sources d'informations possibles (médecins, infirmier, amis, famille, centre communautaire, internet, société canadienne du cancer, groupe de soutien...), mais les hommes jugent les informations souvent trop générales et plus adaptées au fait qu'ils sont malades depuis longtemps. Les hommes disent aussi qu'ils ne comprennent pas les informations reçues.</p> <p>Détresse émotionnelle : la tristesse, la colère, la frustration sont des émotions souvent exprimées par les participants. Ils doivent s'adapter à un futur incertain. Bien que cela fasse des années que les hommes ont été diagnostiqués, ils relèvent tout de même des sentiments non-résolus quant à leur diagnostic et les choix de leur traitement. Des sentiments de regret, de</p>
----------------------------	--

	<p>colère, de frustration et d'insatisfaction sont ressentis par rapport aux informations reçus durant les étapes de leur maladie, que si le diagnostic avait été plus rapide les résultats seraient meilleurs.</p> <p>Stratégies recommandées pour l'amélioration des soins faites par les participants : éducation au patient pour la détection précoce et un diagnostic rapide, augmenter le nombre de tests du dosage du PSA, donner plus d'informations relative à la maladie aux hommes nouvellement diagnostiqués, améliorer l'aide dans la recherche et la compréhension des informations et proposer des groupes de discussion aux hommes vivant un stade avancé de la maladie et qu'ils soient menés par des professionnels de la santé. La priorité pour les participants est le besoin en informations.</p>
<p>Discussion</p> <p>Interprétation des résultats</p>	<p>Les hommes vivant avec un stade avancé du cancer de la prostate reportent un des besoins insatisfaits quant aux informations reçues et dans le maintien de leurs capacités. Les hommes souffrant d'un cancer hormono-sensitif relèvent que les problèmes urinaires sont ceux qui les importunent le plus, alors que les hommes ayant un cancer hormono-réfractaire se plaignent plus de la fatigue. Dans les 2 groupes, les hommes relèvent aussi les problèmes sexuels.</p> <p>Le manque d'informations est un élément relevé par les 2 groupes, que ce défaut se rapporte au moment du diagnostic, aux traitements et au pronostic, engendrant ainsi beaucoup d'émotions telles que la colère, la frustration, la peur ou encore l'incertitude. En général, les hommes sont plutôt satisfaits des soins reçus mais recommandent une augmentation des dosages de la PSA, une évaluation plus attentive du cancer de la prostate et de son évolution pour prévenir le développement de la tumeur ainsi que de groupe de rencontre mené par des professionnels de la santé afin de parler de leurs problèmes et de poser des questions. Les chercheurs ont pu mettre en avant que les hommes vivaient, surtout durant la phase de diagnostic, un moment difficile, autant physiquement qu'émotionnellement. Cependant, bien des hommes se disent chanceux d'avoir le cancer de la prostate plutôt qu'un autre cancer. Les hommes ont aussi relevé l'incertitude et l'insécurité quant à leur pronostic et futur, ce qui est une expérience normale de la maladie chronique.</p> <p>Par rapport à d'autres études antérieures, cette recherche n'a pas relevé les troubles de la fonction sexuelle comme étant une priorité, cela pourrait s'expliquer par le fait que les hommes devaient parler à une femme.</p> <p>La fatigue et les problèmes de la fonction urinaire sont les problèmes fonctionnels principaux. En plus de ces problèmes, la gestion de la douleur n'est pas aisée surtout pour les hommes souffrant de cancer non-hormono-sensitif.</p> <p>Ce que met en avant cette étude est les besoins parfois différents des 2 groupes d'hommes souffrant d'un cancer de la prostate. De plus, la maladie évolue différemment selon le type de cancer de la prostate, ajoutant de la complexité aux problèmes et aux besoins.</p>

	<p>Le besoin en information a été souvent relevé dans cette étude. Les hommes ont exprimé le besoin de recevoir des informations tout au long de leur maladie. Ils recherchent l'information à plusieurs endroits, que ce soit chez des professionnels de la santé, sur internet, chez des amis ou la famille. Les participants ont parfois exprimé de l'insatisfaction voire de la colère par rapport au manque d'informations, ce qui a déjà été relevé dans des recherches antérieures. Les temps que les médecins leur consacrent est selon les participants insuffisant et insatisfaisant, d'autant plus que les médecins sont la source d'informations principale des hommes. Certains hommes pensent même que les praticiens ne savaient pas ou bien retenaient les informations quant à l'avancée de leur maladie. Il a été plusieurs fois observé durant l'étude que les hommes n'avaient pas reçu ou compris les informations, ce qui amène au besoin d'aide des hommes pour la compréhension et l'interprétation des données. Des études préalables ont mis en évidence que les hommes pouvaient se sentir embarrassé ou honteux concernant leur problèmes urinaires ou sexuels et ainsi les retenir de participer à des groupes de discussion. Cela pourrait expliquer que certains hommes n'aillent pas au groupe de soutien réalisé par la société canadienne du cancer, pourtant source d'informations. Des recherches précédentes ont mis en évidence le bienfait des groupes de soutien, que ce soit pour les informations ou pour le soutien psychosocial. Cependant, les hommes des groupes de discussions suggèrent que des petits groupes réunissant des hommes avec le même diagnostic seraient aidant, ce qui corroborent d'autres recherches faites par le passé.</p> <p>Dans les deux groupes, les hommes proposent de plus promouvoir le diagnostic précoce d'un cancer de la prostate par dosage du PSA et par une évaluation plus minutieuse de l'évolution de la maladie et aux symptômes. Ils suggèrent aussi une amélioration des traitements et des services de prévention.</p>
Forces et limites	<p>Limitations :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Différence dans la prise des données : d'une part avec des interviews, d'autre part avec des groupes de discussion. - Seul les besoins des hommes ayant participé à l'étude sont reportés. Cela comprend les hommes étant bien et n'ayant pas besoin de soins de support mais également les hommes plus vulnérables, pouvant avoir des besoins différents. L'absence de ces hommes pourraient s'expliquer par des problèmes de santé, un manque de soutien social ou des troubles en santé mental. Il devient alors nécessaire de trouver des moyens pour s'adresser à ces personnes et les aider à combler leur besoin. <p>Forces :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cette étude est l'une des rare recherche à évaluer les besoins des hommes à un stade avancé du cancer de la prostate et à comparer les problèmes et besoins des hommes avec un cancer hormono-sensitif et avec un cancer hormono-réfractaire.

<p>Conséquences et recommandations</p>	<p>- La méthode qualitative de l'étude a permis de relever les besoins insatisfaits des deux groupes de patients.</p> <p>Cette étude a mis en évidence des besoins prioritaires pour les patients, surtout en rapport aux besoins en informations, mais aussi concernant la détresse émotionnelle parfois relevée.</p> <p>Une approche plus proactive devient nécessaire pour aider les hommes avec un cancer de la prostate. Les auteurs de l'étude proposent l'augmentation de services de soins et de soutien au domicile des hommes. Cela pouvant aider les hommes et leur famille à s'adapter et à gérer les effets secondaires des traitements (problèmes sexuels, urinaires, fonctionnels...) et à fournir des informations.</p> <p>Les auteurs, tout comme les participants, proposent aux professionnels de la santé d'offrir des services de soutien. Les infirmiers pourraient alors aider les hommes dans leurs besoins, y compris ceux en informations. Les infirmiers pourraient alors offrir aux hommes des soins et informations personnalisées, selon leurs besoins.</p> <p>Des interventions basées sur les preuves doivent être conçues, évaluées et implantées dans la pratique.</p> <p>Le besoin en information des hommes peut aussi être diminué par la création de petit groupe de soutien, ceux-ci optimisant les ressources et le soutien par les pairs.</p> <p>De nombreuses interventions cherchent à améliorer l'empowerment de ces hommes par l'identification de leurs besoins, dans la prise de décision et ainsi au final améliorer l'acceptation et leur participation. Cependant, les interventions (téléphone, outils informatiques) ne sont peut-être pas adaptées aux hommes avec un stade avancé de la maladie.</p> <p>Les interventions infirmières peuvent aussi viser l'aptitude des patients à rechercher les informations.</p> <p>Les hommes souffrant d'un cancer de la prostate ont des besoins de soutien lors du diagnostic, lors du choix du traitement, après le traitement pour gérer les effets secondaires et après la phase active de traitement. Une meilleure gestion des besoins en santé des patients lors du début de la maladie permettrait une amélioration de la santé et de la qualité de vie des patients allant développer un stade avancé de la maladie.</p>
<p>Commentaires</p>	<p>L'article fait la comparaison des besoins en soins de support d'hommes souffrant d'un cancer de la prostate hormono-dépendant ou hormono-réfractaire. Bien que les besoins ne correspondent pas forcément à ceux de la population générale de notre revue, ils soulèvent l'importance des besoins en information et la détresse émotionnelle provoquée lors du diagnostic et de la prise en charge.</p>

Article 7

Grille de lecture critique d'un article scientifique

Approche quantitative et mixte

Article : Ream, E., Wilson-Barnett, J., Faithfull, S., Fincham, L., Khoo, V. & Richardson, A. (2009). Working patterns and perceived contribution of prostate cancer clinical nurse specialists : A mixed method investigation. *International Journal of Nursing Studies*, 46. 1345-1354. DOI : 10.1016/j.ijnurstu.2009.03.006

Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Références complètes	Ream, E., Wilson-Barnett, J., Faithfull, S., Fincham, L., Khoo, V. & Richardson, A. (2009). Working patterns and perceived contribution of prostate cancer clinical nurse specialists : A mixed method investigation. <i>International Journal of Nursing Studies</i> , 46. 1345-1354. DOI : 10.1016/j.ijnurstu.2009.03.006				
Titre	Précise-t-il clairement le problème/les concepts/la population à l'étude ?				
Résumé	Synthétise-t-il clairement les parties principales de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?				
Introduction Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et situé dans un contexte ?				

Recension des écrits	Fournit-elle une synthèse de l'état des connaissances sur le sujet en se basant sur des travaux de recherche antérieurs ?				
Cadre théorique ou conceptuel	Les principales théories et concepts sont-ils définis ?				Le rôle infirmier n'est pas clairement défini en tant que cadre théorique mais il articule l'étude et est expliqué dans l'article
Hypothèses/question de recherche/buts	Les hypothèses/question de recherche/buts sont-ils clairement formulés ?				
Méthodes Devis de recherche	Le devis de recherche est-il explicité ?				
Population, échantillon et contexte	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?				
	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?				
	La taille de l'échantillon est-elle justifiée sur une base statistique ?				
Eléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	Les instruments de collecte des données sont-ils décrits clairement ?				
	Sont-ils en lien avec les variables à mesurer ?				

Déroulement de l'étude	La procédure de recherche est-elle décrite clairement ?			
Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants ?			
Résultats Traitement/Analyse des données	Des analyses statistiques sont-elles entreprises pour répondre à chacune des questions et/ou vérifier chaque hypothèse ?			
Présentation des résultats	Les résultats sont-ils présentés de manière claire (résumé narratif, tableaux, graphiques, etc.) ?			
Discussion Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils interprétés à—en fonction du cadre théorique ou conceptuel ?			
	Sont-ils interprétés au regard des études antérieures ?			
	Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?			
	Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?			
Conséquences et recommandations	Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique ?			

	Font-ils des recommandations pour les travaux de recherche futurs ?				
Questions générales Présentation	L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?				

Article 7

Grille de résumé d'un article scientifique

Approche quantitative et mixte

Éléments du rapport	Contenu de l'article
Références complètes	Ream, E., Wilson-Barnett, J., Faithfull, S., Fincham, L., Khoo, V. & Richardson, A. (2009). Working patterns and perceived contribution of prostate cancer clinical nurse specialists : A mixed method investigation. <i>International Journal of Nursing Studies</i> , 46. 1345-1354. DOI : 10.1016/j.ijnurstu.2009.03.006
Introduction Problème de recherche	Les hommes souffrants de cancer de la prostate reportent fréquemment un manque dans les domaines psychologiques, urologique, sexuel ou tout simplement un manque d'information. Ceci est d'avantage marqué dans ce type de cancer que chez les autres maladies oncologiques. Pour pouvoir pallier à ce manque, des infirmières spécialisées (Prostate cancer clinical nurse specialist = PCNS) ont été formées et intégrée dans des hôpitaux en Ecosse et en Angleterre.
Recension des écrits	<p>Le cancer de la prostate est le cancer le plus fréquent chez les hommes du Royaume-Uni (30'024 nouveaux cas en 2006). Il semblerait que ce cancer devienne de plus en plus fréquent. Si on compare la prise en charge de cette pathologie avec les autres cancers, les soins semblent être en retard. Une étude récente a démontré qu'une bonne partie des hommes vivants avec cette pathologie reportent des besoins insatisfaits psychologiques, informationnels, sexuels et urologiques.</p> <p>Les raisons des cette insatisfaction peuvent être multiples, on pense que la surcharge de travail et l'essor de ce domaine peut limiter le temps de consultation des professionnels de la santé. On pense également que le manque de clarté sur les différents traitements joue un rôle. Le choix est souvent influencé par le types d'effets secondaires que va occasionner le traitement, mais aussi les préférences du spécialiste et du patient. La masse d'informations que l'on peut trouver sur internet tend à influencer cette prise de décision.</p>

	<p>Une des problématiques de cette prise en charge est aussi le fait que les hommes souffrant de cette maladie n'ont pas tous accès à une infirmière spécialisée. Une étude récente montre que les hommes vivants en Angleterre ont moins facilement accès à ces spécialistes plutôt que les autres groupes de patients oncologiques.</p> <p>Jusqu'alors, des études avaient déjà été menées à ce sujet, cependant elles portaient principalement dans le contexte de soins palliatifs. Dans ce contexte-ci, les infirmières jouent le rôle de relais médecin-patient. Elles clarifient les informations, propose un soutien psychologique, donnent des informations et conseils aux membres de la famille. Elles jouent également un rôle important dans la gestion des symptômes.</p> <p>Ces spécialistes semblent contribuer de manière positive dans la perception des soins par ce groupe de patients. Une étude montre que la PCNS favorise l'accès à l'information, les modalités de traitement, le processus de soins et jouant un rôle d'advocacy.</p>
Cadre théorique ou conceptuel	<p>Pas décrit de manière explicite.</p> <p>Hypothèse : développement du rôle autonome de l'infirmier, car l'infirmière est présente dans le titre de l'étude et des définitions de ses rôles sont expliqués.</p>
Hypothèses/question de recherche/buts	<p>Cette étude mixte, multi-site, exploratrice, descriptive cherche à éclaircir le travail de ces spécialistes. Le but étant de décrire leur contribution à l'expérience des soins vécus par les hommes.</p> <p>L'étude vise également à :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Décrire le rôle d'une PCNS - Détailler les soins qu'elles prodiguent la population cible - Déterminer leur perception de leur rôle dans l'interdisciplinarité - Décrire l'influence que peut avoir leur rôle sur l'expérience des hommes - Identifier les facteurs qui influencent leur champ d'action et la nature de leur travail
Méthodes	C'est une étude à devis mixte, multi-site, exploratrice et descriptive.
Devis de recherche	Grâce à ce devis mixte, les chercheurs ont pu comparer des données qualitatives et quantitatives.

<p>Population, échantillon et contexte</p>	<p>L'échantillon est composé de 4 PCNS, 19 de leurs collègues ainsi que 40 de leurs patients.</p> <p>Les PCNS ont été recrutées en premier, c'est grâce à elle que les chercheurs ont pu trouvé les collègues nécessaires à l'étude. Ces collègues comprennent : urologues, oncologues, infirmière gestionnaire, manager de service ainsi que des infirmières spécialisées. Sur les 33 collègues contactés pour la recherche, 19 ont été retenus. Les 14 autres étaient soit inatteignables, soit ils n'avaient pas connaissance du programme PCNS.</p> <p>40 hommes : 10 par site ont été choisi par les PCNS. Différents âges, appartenances ethniques, durée depuis le diagnostique et modalités de traitement étaient requis.</p>
<p>Méthode de collecte des données et instruments de mesure</p>	<p>Les données ont été récoltées sur 4 sites de soins aigus différents.</p> <p>Journal et formulaire de contact</p> <p>En plus d'un questionnaire démographique, les PCNS devait remplir un journal afin de décrire les différents aspects de leur rôle. Celui-ci comprenait un formulaire à remplir sur 5 jours. Et chaque jour la PCNS attestait des activités qu'elle avait réalisées (soins directs au patient, consultation, éducation ou enseignement, management, leadership, recherche, évaluation, développement des politiques, ou autres.</p> <p>De plus, un formulaire de contact a été élaboré pour compléter le journal. Celui-ci était complété durant la semaine, en parallèle au journal. Il servait à documenter d'autres aspects des soins (où en était le patient dans son processus, quels acteurs était sollicités).</p> <p>Ces deux documents mis ensemble, après vérification de leur pertinence pour l'étude, ont permis de générer des données intéressantes et bien détaillées.</p> <p>Interviews</p> <p>Les chercheurs ont réalisé des entretiens avec tous les membres de l'échantillon. Les entretiens avec les PCNS étaient semi-structurés et avaient pour but d'explorer leur rôle, leur contribution dans le travail interdisciplinaire et les soins qu'elles prodiguaient. Ces interviews étaient enregistrées et retranscrites. Les entretiens avec les patients avaient lieu chez ces derniers, selon leur convenance. Le but était d'évaluer l'engagement des PCNS dans leurs soins. Les interviews avec les collègues des PCNS se faisaient dans la mesure du possible, par téléphone, ou sinon ils recevaient des questionnaires par mail.</p>

Déroulement de l'étude	Dans un premier temps, des données quantitatives ont été récoltées par les 4 PCNS pour obtenir des informations et décrire leur rôle et leur population. Dans un deuxième temps, les chercheurs ont réalisé des interviews avec les PCNS, leurs collègues et les patients afin de déterminer le rôle des ces infirmières spécialisées dans l'équipe pluridisciplinaire.
Considérations éthiques	L'étude a commencé suite à l'approbation reçue par le « Multi-Centre Research Ethics ». Chaque participant (PCNS, collègues, patients) a donné son accord écrit pour faire partie de l'étude.
Résultats Traitement/Analyse des données	Les données quantitatives obtenues grâce au journal et aux formulaires ont été synthétisées à travers une analyse descriptive. Les données qualitatives ont été analysées selon un cadre (« framework »). Ce cadre comprenait plusieurs étapes <ul style="list-style-type: none"> - La familiarisation : le chercheur se plonge dans les données pour se familiariser avec celles-ci - Framework : le cadre est développé à ce moment pour refléter au mieux les enjeux des interviews - L'indexage : le cadre est appliqué à chaque interview - Classification sous forme de tableaux - La modélisation des données : afin d'identifier les associations entre les tableaux
Présentation des résultats	Caractéristiques démographiques des PCNs Le niveau d'expériences des quatre infirmières varie beaucoup. Les infirmières des sites A et B avaient 8 et 12 ans d'expériences, sans expérience préalable dans le domaine de l'oncologie. Les infirmières des sites C et D avaient quant à elles plus de 20 ans dont 10 ans en oncologie. Ces deux dernières avaient également acquis des connaissances d'avantage poussées dans les domaines d'urologie et d'oncologie. Au moment des interviews, ces infirmières travaillaient en tant que PCNs depuis 6 à 23 mois. Caractéristiques des participants L'âge moyen des hommes était de 67 ans (47-86), souffraient de cancer depuis 20 mois (4-31) et ont reçu différents traitements : prostatectomie radicale, hormonothérapie, radiothérapie, curiethérapie. 8 hommes ont reçu plus d'un de ces traitements et la plupart étaient caucasiens. Rôle des PCNs

De manière générale, les données récoltées à travers le journal des infirmières mettent en avant le fait que les PCNs travaillaient environ 5h de plus par semaine que leur horaire normal. Les infirmières des sites C et D semblent consacrer plus de temps à l'enseignement et aux consultations que les deux autres.

Service général ou personnalisé ?

La prise en charge varie selon les sites. Sur les sites A et B, les PCNs n'accordaient pas d'importance au stade de cancer pour la prise en charge. Cependant sur le site B, l'infirmière s'impliquait énormément dans les soins avant le diagnostic. Sur les sites C et D, les infirmières étaient amplement impliquées chez les personnes récemment diagnostiquées ainsi que chez les hommes recevant des traitements.

L'infirmière du site C était peu active chez les patients avec un cancer en stade avancé et sur le site D, il n'y avait pas de contact avant la pose du diagnostique.

Celles qui agissaient sur des groupes spécifiques, justifiaient leur choix selon le niveau de besoins non satisfaits des hommes. Cela les aidait à aiguiller leur travail, leurs interventions.

Manière de travailler

La manière de travailler est elle-même différente d'un site à l'autre. Le travail interdisciplinaire était plus ou moins prononcé sur certains sites. La facilité avec laquelle l'infirmière travaille avec les autres professionnels et la confiance accordée par ces derniers aux PCNs semble avoir une influence.

Une collaboration préalable aide à établir un lien de confiance entre professionnels. L'expérience de l'infirmière joue également un rôle important.

Soins prodigués par les PCNs

Les infirmières des sites A et B, moins expérimentées, axaient leur prise en charge sur un soutien émotionnel. Il a été relevé par les autres professionnels que le manque d'expérience spécifique de ces infirmières diminuait le nombre d'interventions spécifiques. Cependant, après 12 à 18 mois, ces deux PCNs se montraient davantage à l'aise dans la prise en charge et ce pour des situations plus complexes.

Cependant, ce soutien émotionnel a été bien perçu par les patients, un homme disait que grâce à ce soutien, il voyait les choses sous un angle positif, et non plus négatif. Dans certains cas, l'infirmière a poussé la prise en charge au cercle familial.

Les infirmières des sites C et D, davantage expérimentées, se sentaient suffisamment compétentes pour proposer des interventions plus ciblées aux patients. Elles étaient motivées par le désir d'améliorer la qualité des soins.

Ces PCNs ont prodigués des interventions physiques aux hommes. Elles leur ont également demandé si le genre du PCNS était important (femme/homme). Les avis diffèrent. Un homme explique qu'il aurait trouvé difficile de parler érection, taille du pénis, injection avec une infirmière. Cependant la plupart des hommes ont reporté que la personnalité était plus importante que le genre.

Qu'est-ce que les PCNS apportent de plus ?

La nécessité des PCNS a été évaluée par les différents professionnels, cette idée est née suite à un constat : la charge de travail augmente pour les médecins, la qualité n'est plus garantie. Suite à l'implémentation des PCNS dans les hôpitaux, on a vite remarqué les points positifs, elles facilitent l'accès aux informations, on peut leur poser multitudes de questions. Leur approche est simple et efficace.

Pour les hommes, la PCNS était perçue comme le point de contact avec le système de santé. Elle était également perçue comme une infirmière personnelle dans un contexte où les services étaient perçus comme impersonnels et difficile d'accès. Leurs connaissances sur la pathologie, les traitements étaient vus comme une banque de données.

Le rôle d'advocacy est très important pour les PCNS et les patients se sentent soutenus par ces dernières.

Les infirmières et les patients se réunissent sur un autre point intéressant. Les PCNS sont « neutres ». Une infirmière explique qu'elle n'a rien à gagner d'un traitement ou un autre, elle est tout simplement présente pour aider, informer le patient. Le patient explique à quel point cela fait du bien d'avoir quelqu'un qui ne donne pas un avis médical, tout en ayant les connaissances.

La PCNS est également perçue comme un élément qui permet de diminuer la charge de travail des médecins, du fait de ses compétences et capacités.

Que réserve le futur pour ces postes ?

Toutes les personnes participantes à cette étude ont été très positives sur le rôle des PCNS. Cependant un élément à ne pas minimiser est la charge de travail grandissante pour ces infirmières spécialisées. Il faut prêter attention à cet élément, le risque de burnout étant présent.

<p>Discussion</p> <p>Interprétation des résultats</p>	<p>La diversité des prises en charge ne rend pas l'étude aisée. En effet, l'offre en soins diffère dans le pays et ceci peu être mis en corrélation avec les méthodes de travail des infirmières spécialisées.</p> <p>Cette différence rend difficile l'évaluation de leur travail. Dans le contexte actuel de coupe budgétaire, les infirmières spécialisées coûtent cher, c'est pourquoi il est important de définir leur rôle.</p> <p>Pour être efficace les interventions des PCNS doivent se baser sur les besoins de leurs patients.</p> <p>Actuellement, les hommes reportent un manque dans les soins de supports sur les thèmes psychologiques et sexuels. Afin de proposer des interventions ciblées, elles doivent revoir leur manière de travailler.</p> <p>L'expérience des infirmières joue un rôle prépondérant dans l'offre en soins. Cette étude a permis de démontrer la différence de prise en charge dans des services où les PCNS ont plus ou moins d'expérience préalable.</p> <p>Une chose importante est la transition par laquelle les PCNS doivent passer, de généraliste à spécialisée. Les autres professionnels évaluent à 12-18 mois le temps nécessaire pour que ces infirmières travaillent de manière autonome et gèrent des situations complexes. D'après eux, il est important que durant cette période de transition, l'infirmière soit suivie. Ce qui augmente les coûts.</p> <p>L'augmentation de la charge de travail est en partie due au fait que les PCNS n'ont pas de critères bien définis sur quel dossier accepter ou refuser. Actuellement des recherches sont effectuées au niveau national afin de trouver un consensus. Un autre élément susceptible d'augmenter la charge de travail est la proportion de PCNS en rapport avec le nombre d'hommes souffrants de cancer de la prostate.</p>
<p>Forces et limites</p>	<p>Limites : le nombre de PCNS n'est pas très élevé, par conséquent, cette recherche pourrait ne pas être représentative du travail des autres PCNS présentes au Royaume-Uni. De plus, cette étude a été réalisée dans un seul pays et pourrait ne pas être représentative de la population mondiale. Les données n'ont pas été collectées sur le long terme et par conséquent, certains aspects spécifiques à l'évolution du rôle infirmier n'ont pas pu être investigués.</p> <p>Force : cette étude révèle que des infirmières spécialisées dans ce domaine apportent un soutien important aux patients.</p>
<p>Conséquences et recommandations</p>	<p>Afin d'assurer un service équitable à tous les hommes souffrants de cette maladie, il est important de clarifier les compétences des PCNS.</p>

Commentaires	Cet article apporte un regard critique sur les infirmières spécialisées et leurs enjeux. L'article est bien écrit et permet une bonne compréhension et analyse.
--------------	---

Annexe C : Tableau récapitulatif des résultats

Articles	Résultats	Concepts
<p>Chambers et al (2015). A randomised controlled trial of a couples-based sexuality intervention for men with localised prostate cancer and their female partners.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Après 12 mois de suivi par les pairs et les infirmières, augmentation de l'utilisation de moyens médicaux contre les troubles de la fonction érectile (3,14 fois plus pour les hommes avec soutien des pairs et 3,67 pour les hommes avec soutien infirmier). Les hommes avec le soutien infirmier sont aussi plus preneur d'une médication orale. Pas de différence avant 12 mois. - Aucune amélioration significative sur le fonctionnement sexuel, les besoins sexuels, la confiance en soi sexuelle, l'estime de soi des hommes, la satisfaction maritale ou l'intimité. - Amélioration de l'alliance thérapeutique des hommes avec les infirmières, mais pas avec les pairs. - L'aide apporté par les appels téléphoniques a été évalué par les hommes à 8.67 (+/-0.23) et les femmes à 8.33 (+/-0.27). Pour ceux des pairs, les hommes notent à 7.74 (+/-0.25) et les femmes à 7.47 (+/-0.32) - Aspects aidant pour les l'intervention des pairs pour les hommes <ul style="list-style-type: none"> o Le partage de l'expérience personnelle, le fait d'être soutenu par un homme, des conseils uniques et personnels, l'empathie et des soins et une inquiétude authentiques o Les points négatifs : la répétitivité de l'intervention et sa structure, le moment de l'intervention (plus tôt), la correspondance (soutien par des femmes, même tranche d'âge ou avoir le même traitement) et le moyen du soutien (face à face). - Aspects aidant pour les l'intervention des infirmières pour les hommes : <ul style="list-style-type: none"> o Des conseils de professionnels, l'éducation reçu par rapport aux effets secondaires des traitements, la compréhension et le réconfort et le soutien pour la conjointe. o Points négatifs : certains hommes se sont par contre senti saturé par le nombre d'informations, plus précoce. Les hommes auraient 	<p>Soutien par les pairs</p> <p>Soutien infirmier</p> <p>Trouble de la fonction sexuelle</p>

	<p>également préféré un homme comme soutien, un face à face plutôt que des appels téléphoniques et également plus d'informations sur les autres effets secondaires des traitements (incontinence urinaire).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pour les conjointes : - Pairs : le partage des expériences personnelles, les conseils uniques et personnalisé, l'empathie et l'authenticité et la possibilité de pouvoir parler du cancer de la prostate étaient les éléments aidants. Les points à améliorer sont une intervention plus précoce mais aussi des prises de contact plus fréquentes et un soutien féminin. - Infirmières : les aspects aidants comme étant la compréhension et le réconfort, la relation et le soutien pour la communication dans le couple. - Certaines femmes ont trouvé parfois très confrontant certaines discussions. Elles auraient préféré un face à face comme entretien, un contact avec d'autres partenaires et des conseils plus spécifiques sur d'autres effets secondaires des traitements. 	
<p>Chambers et al. (2011). ProsCan for Couples : a feasibility study for evaluating peer support within a controlled research design</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 3 thèmes liés aux pairs : congruence personnelle par rapport à la recherche, sentiment que l'intervention de la recherche est utile, volonté de monter que le soutien d'un pair est un modèle de soin efficace - Points relevés par les pairs de leur intervention : - Motivations altruistes (volonté de donner aux autres, sentiment d'avoir quelque chose à offrir à d'autres dû à leur expérience personnelle - Parler de sexualité avec les couples était difficile ainsi que mener des discussions. - Soutenir individuellement les personnes avec des antécédents variés étaient aussi exigeant. - Difficile d'établir une relation avec les couples par téléphone - Complicé pour certains des volontaires de suivre un protocole d'intervention car cela ne correspondait pas à leurs habitudes de soutien ou leur expérience personnelle. 	<p>Soutien par les pairs</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - Aspects positifs que leur apportait l'intervention (développement personnel, enrichissant, plus de compassion, différente perspective de la vie). - Résultats négatifs (intrusion, hyperexcitation, évitement) ressentis par le patient et sa partenaire : <ul style="list-style-type: none"> o L'intrusion et l'évitement ont montré une diminution dans le temps, statistiquement significatif ($p = 0.042$ et $p = 0.014$). o Les résultats totaux aux scores de l'IES-R ont également montré une diminution statistiquement significative ($p = 0.036$) - Résultats positifs (nouvelles possibilités, relationnels, appréciation de la vie, force personnelle, développement spirituel) : <ul style="list-style-type: none"> o Les nouvelles possibilités et l'appréciation de la vie ont montré une amélioration statistiquement significative dans le temps ($p = 0.035$ et $p = 0.026$). - Les soins de soutien dans les besoins sexuels ont augmenté dans le temps ($p = 0.002$) 	
<p>Schantz Laursen (2017). Sexuality in men after prostate cancer surgery : a qualitative interview study.</p>	<p>3 thèmes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Manque de contrôle : l'acte sexuel n'est plus spontané, demande une planification <ul style="list-style-type: none"> o Affect leur masculinité, leur estime d'eux-mêmes et leur libido. o Modification de leurs habitudes, ne pouvant plus être totalement naturel. o La masculinité est non seulement liée au fait de pouvoir avoir des relations sexuelles mais aussi à la spontanéité de l'acte. - Sentiment du soi : <ul style="list-style-type: none"> o Après une opération, la taille du pénis est souvent diminuée →traumatisme o Association entre masculinité et capacité érectile → problème identitaire. 	<p>Deuil</p> <p>Estime de soi</p> <p>Sexualité</p>

- La sexualité peut aussi être un moyen d'expression des sentiments, leurs émotions. Sans se langage, ils se sont sentis amputés et vulnérables et devant définir une nouvelle façon de s'exprimer.
- Culpabilité vis-à-vis de l'épouse, avec un fort sentiment d'impuissance et l'inquiétude que leur dysfonction érectile amène leurs conjointes à se trouver un nouveau partenaire.
- Attention de ne pas faire des gestes qui pourraient laisser entendre à leur épouse qu'il recherche une relation sexuelle pour ne pas créer d'ambivalence.
- Éloignement dans le couple : leur problème ne provoque des tensions dans le couple et ajouté à leur sentiment de culpabilité et leur manque de capacité
- Deuil ou perte : Dans les couples où les couples ne sont pas habitués à parler ouvertement de leur sexualité, certains gestes ou paroles peuvent mener à des malentendus et à de mauvaises interprétations, ce qui peut peiner les 2 membres du couple
- Changements dans les relations : inférieur à d'autres hommes, moins masculin.
- **Redéfinition de sa sexualité :**
 - Modification du fonctionnement : plus de proximité et de tendresse.
 - Capacité des couples à aborder leurs problèmes relationnels a eu un effet positif.
 - Élargissement de leur définition de la sexualité, celle-ci n'étant plus uniquement l'acte en lui-même, mais aussi la compréhension, l'intimité, l'attention et le sentiment d'être respecté, d'être vu comme un homme.
 - Enrichissement de leur vie sexuelle
 - Cette redéfinition a été difficile pour certains hommes, leur demandant beaucoup d'énergie, alors que pour d'autres hommes le changement s'est fait assez facilement.

<p>Carter et al. (2011). The Supportive Care Needs of Men With Advanced Prostate Cancer</p>	<p>Les difficultés fonctionnelles :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Changement dans leurs capacités fonctionnelles liée à l'évolution de la maladie, à la fatigue, les douleurs ou d'autres effets secondaires, comme l'incontinence urines et la fréquence élevée des mictions et la perte de fonction sexuelle. - Les hommes avec le cancer hormono-sensitif considèrent comme prioritaire l'incontinence et les problèmes de mictions → altèrent leur quotidien (activités sportives, tâches quotidiennes, événements sociaux) - Les 2 groupes ont également reporté la fatigue et le manque d'énergie comme problématique → restreignent les hommes dans leurs activités quotidiennes et les obligent à prévoir du repos afin d'exécuter leurs tâches ou activités quotidiennes. - Les hommes souffrant du cancer hormono-sensitif relèvent que les effets secondaires due au manque d'androgènes (poussée de chaleur, transpiration, poitrine douloureuse, prise de poids, fatigue, faiblesse) affectent aussi leur vie quotidienne. - Quant aux hommes souffrant du cancer hormono-réfractaire, l'inappétence, les nausées, une fatigue importante, une douleur importante et sporadique et la réaction à certains médicaments diminue leur qualité de vie. La douleur est souvent décrite au niveau des hanches ou du pelvis, les hommes ne sachant alors pas si celle-ci est due à leur cancer ou à leur âge (arthrite) <p>Le besoin en informations :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Concernant les traitements, la médication et les effets secondaires et les thérapies alternatives - Sur plus de possibilités de traitements, des alternatives - Sur les nouveaux traitements existants - Regret de ne pas avoir posé plus de questions et de ne pas avoir recherché des informations lors de leur diagnostic puis lors du choix du traitement. 	<p>Détresse émotionnel</p> <p>Éducation thérapeutique (information)</p> <p>Qualité de vie</p>
--	--	---

	<ul style="list-style-type: none"> - Auraient dû avoir plus d'informations sur leur pronostic et futur (planifier concrètement son futur). - Il y a de nombreuses sources d'informations possibles (médecins, infirmier, amis, famille, centre communautaire, internet, société canadienne du cancer, groupe de soutien...), mais les hommes jugent les informations souvent trop générales et plus adaptées au fait qu'ils sont malades depuis longtemps. - Incompréhension des informations reçues. <p>Détresse émotionnelle :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La tristesse, la colère, la frustration, dues à un futur incertain - Sentiments non-résolus quant à leur diagnostic et les choix de leur traitement - Des sentiments de regret, de colère, de frustration et d'insatisfaction sont ressentis par rapport aux informations reçus durant les étapes de leur maladie, que si le diagnostic avait été plus rapide les résultats seraient meilleurs. <p>Stratégies recommandées pour l'amélioration des soins faites par les participants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Education au patient pour la détection précoce et un diagnostic rapide - Augmentation du nombre de tests du dosage du PSA - Donner plus d'informations relative à la maladie aux hommes nouvellement diagnostiqués - Améliorer l'aide dans la recherche et la compréhension des informations et proposer des groupes de discussion aux hommes vivant un stade avancé de la maladie et qu'ils soient menés par des professionnels de la santé. - La priorité pour les participants est le besoin en informations. 	
<p>Ream et al. (2009). Working patterns and perceived contribution of prostate</p>	<p>Rôle des PCNs</p> <ul style="list-style-type: none"> - Charge de travail importante -> augmentation des heures supplémentaires 	<p>Rôle infirmier</p>

<p>cancer clinical nurse specialists : A mixed method investigation</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Les infirmières plus expérimentées consacrent plus de temps à l'enseignement et aux consultations <p>Service général ou personnalisé ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les infirmières semblent toutes avoir une prise en charge différente - 2 infirmières (les moins expérimentées) n'accordent pas d'importance au stade du cancer - Les 2 infirmières plus expérimentées sont très actives lors de la pose du diagnostic. - Une des infirmières les plus expérimentées (site C) n'était pas très active chez les personnes souffrant de cancer avancé - L'infirmière du site D ne prenait pas contact avec les patients avant le diagnostic. <p>Manière de travailler</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'expérience des infirmières ainsi que la confiance qu'on lui accorde détermine dans une certaine mesure sa manière de travailler - Le travail interdisciplinaire est plus ou moins prononcé d'un site à l'autre. <p>Soins prodigués par les PCNs</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'expérience de l'infirmière influence ses interventions - Les infirmières moins expérimentées axent davantage leurs interventions sur le soutien émotionnel, leurs interventions sont moins ciblées - Ce soutien émotionnel est perçu de manière positive par les patients - Les infirmières expérimentées étaient à l'aise dans cette prise en charge - Elles proposaient des interventions d'avantages ciblées - Elles étaient motivées par la volonté d'améliorer la qualité des soins <p>Qu'est-ce que les PCNs apportent de plus ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'approche des PCNs est simple et efficace - Elles facilitent l'accès aux informations, leur présence est appréciée - Elles sont perçues comme point de contact avec le système de santé ou encore comme infirmière personnelle 	<p>Infirmières spécialisées</p>
--	--	---------------------------------

	<ul style="list-style-type: none"> - Leurs compétences/connaissances sont reconnues - Rôle d'advocacy - La "neutralité" des infirmières est appréciée (pas d'enjeux économique) - Diminution de la charge de travail des médecins <p>Que réserve le futur pour ces postes ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ne pas minimiser la charge de travail - Risque de burnout important 	
<p>Giesler et al. (2005). Improving the quality of life of patients with prostate carcinoma : A randomized trial testing the efficacy of a nurse-driven intervention</p>	<p>Analyse préliminaire</p> <ul style="list-style-type: none"> - Troubles sexuels (23%), troubles urinaires (19%), problèmes d'ajustement dans le couple (18%), fatigue (10%) - Interventions pour les problèmes urinaire → exercice de Kegel, planification, libérer le stress - Interventions pour les problèmes sexuels → techniques de communication, informations sur les traitements (viagra, injections, etc.) - Interventions sur les ajustements du couple → techniques d'écoute active, comment exprimer ses sentiments - Interventions sur la fatigue → exercices physiques, prioriser les événements... - La fonction intestinale n'a pas pu être évaluée de manière pertinente car difficile de différencier douleur et diarrhée <p>Analyse préliminaire</p> <p><i>Outcomes spécifiques à la maladie : Sexuel, urinaire, intestinal et les inquiétudes du cancer</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Les interventions sur la sexualité ont eu de très bons résultats, on observe une amélioration constante lors des différentes waves. - Les résultats des outcomes urinaires et intestinaux ne sont pas significatifs - L'anxiété du cancer diminue de manière significative 	<p>Troubles sexuels – sexualité</p> <p>Qualité de vie</p>

	<p><i>Outcomes spécifiques à la maladie : Sexuel, urinaire, intestinal et les inquiétudes du cancer</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Une dépression préexistante modifie les résultats des outcomes spécifiques - Malgré cet aspect, toutes les personnes ont eu des résultats significatifs <p><i>Outcomes généraux : qualité de vie</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Amélioration visible mais pas significative <p><i>Outcomes généraux : interaction avec une dépression préexistante</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Nette amélioration chez les personnes souffrant de dépression sévère 	
<p>Ream et al. (2008). Supportive care needs of men living with prostate cancer in England : a survey.</p>	<p>Besoins en soins de support</p> <ul style="list-style-type: none"> - La sexualité est la thématique qui nécessite le plus de soins de support - Le besoin lié à la sexualité est associé à tout âge - Il y a une corrélation entre la prostatectomie radicale et les besoins en sexualité - Les besoins psychologiques étaient plus élevés chez les personnes dont le statut de rémission demeure incertain <p>Prédicteurs de besoin en soins de support non satisfaits</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les traitements, l'âge et les aspects mentaux sont susceptibles d'avoir un impact sur les AVQs - Les hommes âgés, qui reçu plus de traitements sont plus à risque - Les hommes avec une baisse de santé mentale sont 5x plus à risque - Les prédictors du domaine de la sexualité sont l'âge, le traitement, le statut du traitement et mental. - La prostatectomie et l'hormonothérapie sont d'avantage susceptibles de causer des problèmes d'ordre sexuels. - L'aspect le plus important est l'aspect mental <p>Expériences des LUTS</p>	<p>Qualité de vie</p> <p>Soins de support</p>

- 97% des participants ont reporté au moins un des symptômes urinaire (vidange incomplète, changement dans la fréquence, intermittence, urgence, faible jet et nycturie)
- La sévérité des symptômes peut être mis en corrélation avec le traitement reçu, le statut de rémission ou encore le temps écoulé depuis le diagnostic

Qualité de vie

- Un quart des hommes expriment des problèmes avec quatre des cinq domaines de la qualité de vie
- Anxiété/dépression chez 30% des hommes
- Difficulté d'entreprendre des activités habituelles chez 30%
- Fortes douleurs chez 26%
- Problèmes de mobilité chez 22%
- Les problèmes de mobilité ainsi que les difficultés à entreprendre des activités habituelles sont lié à l'âge.
- Le traitement semble également jouer un rôle quant à la mobilité et les douleurs
- Le statut de rémission joue un rôle dans 4 domaines de la qualité de vie (dépression/anxiété, mobilité réduite, difficulté à réaliser activités habituelles et douleurs)

Annexe D : Tableau récapitulatif de la méthodologie

Auteurs et dates	Thématiques principales	Design	Echantillon et setting	Outils de mesure	Qualité méthodologique
Chambers et al. (2011). ProsCan for Couples : a feasibility study for evaluating peer support within a controlled research design	L'évaluation du soutien par les pairs des hommes souffrant de cancer de la prostate.	Etude de faisabilité, devis mixte	10 survivants, au minimum 12 mois après la fin de leur traitement. Moyenne d'âge = 66,5. Recrutés par le biais d'un réseau déjà existant de pairs, sur une période de 6 semaines. N=20 couples. Hommes nouvellement diagnostiqués allant subir une prostatectomie radicale. Couple hétérosexuel, pas de troubles mentaux (démence, maladie psy ou trauma crânien) et n'ayant pas d'autres CA.	Working alliance inventory -> l'alliance thérapeutique en lien avec l'acceptation de l'intervention du pair The Revised impact of Events Scale -> évalue la détresse psychologique The supportive care needs survey -> besoin en soins de soutien sexuel The post-traumatic growth inventory -> les bénéfices retirés. Evalués au recrutement et à 3 et 6 mois post-op.	Approuvé par un comité éthique. Les résultats ne sont pas comparés à des études antérieures. L'article nous semble bien structuré, mais pas toujours très détaillé. En particulier au niveau des résultats, de l'analyse et de la discussion.

			Age moyen, 61,9 ans. Recrutés dans des cabinets d'urologie sur une période 11 semaines. AUSTRALIE		
Schantz Laursen (2017). Sexuality in men after prostate cancer surgery : a qualitative interview study	Impact des troubles sexuels sur la vie en général de l'homme.	Etude phénoménologique et herméneutique Devis qualitatif	N=4. Ayant subi un traitement pour le cancer de la prostate, ayant une dysfonction érectile et vivant une relation hétérosexuel stable. Recrutés dans un service de conseils en sexologie dans un hôpital universitaire. DANEMARK	Un guide a été réalisé afin de guider les interviews de l'infirmière spécialisée.	Cadre conceptuel pas clairement défini. Le nombre d'interviews n'est pas explicité, ni leur structure. Un possible biais a été relevé, les interviews menées par une infirmière sexologue pouvant biaiser les résultats, l'infirmière a été prévenue. Les résultats ont été interprétés et discutés avec d'autres recherches et théories mais pas avec d'autres personnes.
Carter et al. (2011). The Supportive Care Needs of Men With Advanced Prostate Cancer	Les besoins en soins de soutien chez les hommes avec un CA en stade avancé avec une distinction cancer hormono-sensitif ou non.	Etude qualitative, descriptive.	N= 29 dont 17 hormono-réfractaires et 12 hormono-sensitifs. Recrutés par des publicités dans les cabinets des urologues, des journaux, à la TV, des groupes locaux de	2 manières : Groupes de discussions pour les hommes hormono-réfractaires. L'animateur relevait avec les participants les thèmes principaux et les faisait valider par les participants	Cadre conceptuel non défini. Devis de recherche pas explicité Les outils d'analyse ne sont pas décrits La transférabilité des résultats n'est pas discutée.

			soutien, centre pour le cancer du centre ouest de l'Ontario. CANADA	Des interviews individuelles, semi-structurées. Les auteurs ont collecté les données jusqu'à saturation des données.	
Chambers et al (2015). A randomised controlled trial of a couples-based sexuality intervention for men with localised prostate cancer and their female partners.	Comparaison entre l'intervention des pairs, des infirmières dans le soutien par rapport à un groupe contrôle.	Etude descriptive. Devis mixte	N=189 couples. Hommes devant ou ayant subi une prostatectomie dans les 12 derniers mois, recrutés par leurs urologues ou par annonce publique, relation hétérosexuel et habitant avec leur conjointe, pas de démence, maladie psy, trauma crânien ou autre cancer. Age moyen = 62,7 AUSTRALIE	Echelle développée par Schoever (aide médicale pour traitement dysfonction érectile) International index of erectile function Female Sexual Function index Supportive care needs survey Psychological Impact of Erectile dysfunction – Sexual experience Masculine Self-esteem Revised Dyadic adjustment scale	Pas d'explications sur les outils d'analyse, juste énumérés Les résultats non-significatifs ne sont pas expliqués Le devis de recherche est vaguement exposé, pas décrit Le cadre conceptuel n'est pas décrit.

				<p>Miller Social Intimacy scale (niveau d'intimité dans les relations)</p> <p>Working alliance inventory (qualité du lien thérapeutique)</p> <p>Evaluation de la qualité des entretiens téléphoniques</p>	
<p>Giesler et al. (2005). Improving the quality of life of patients with prostate carcinoma : A randomized trial testing the efficacy of a nurse-driven intervention</p>	<p>Tester la faisabilité d'un outil informatique piloté par des infirmières pour prodiguer des interventions au niveau de la QdV des hommes souffrant d'un cancer de la prostate</p>	<p>Devis quantitatif</p> <p>Étude prospective multi-site randomisée</p>	<p>N = 85</p> <p>Recruté dans des centres oncologiques USA</p> <p>Critères d'inclusion : CA T1a à T2c, être programmé ou allant subir OP, subir une curiethérapie ou Rxthérapie, avoir une conjointe déirant participer à l'étude, >18 ans</p> <p>USA (indiana)</p>	<p>Prostate Cancer Quality of Life Instrument → problèmes urinaires, sexuels, digestifs et oncologiques</p> <p>Center For Epidemiologic Studies – Depression Scale</p> <p>Spanier Dyadic Adjustment Scale → ajsutement des couples</p> <p>The Medical Outcomes Study 36-Items short-form Health Survey → fonction physique, douleur, perception santé...</p>	<p>Cadre conceptuel n'est pas défini</p> <p>Les conséquences de l'étude sur la pratique ne sont pas explicitées</p>

<p>Ream et al. (2008). Supportive care needs of men living with prostate cancer in England : a survey.</p>	<p>Identifier dans quelle mesure les hommes souffrant CA ont besoin de soins de support et déterminer les éléments pouvant prédire ce besoin</p>	<p>Devis quantitatif Étude quasi-expérimentale</p>	<p>N = 741 Reçu Diag dans les 3 à 24 derniers mois, pas d'exclusion Age moyen = 70,2 ans Recruté par les urologues Angleterre</p>	<p>Supportive Care Needs Survey International Prostate Symptom Score → urinaire EuroQol EQ-5D et VAS Questionnaire données démographiques et personnelles</p>	<p>La recension des écrits pourrait être plus développée Pas de cadre théorique pas explicité Pas de généralisation des conclusions Les valeurs statistiques des tests chi² ne sont pas présentées</p>
<p>Ream et al. (2009). Working patterns and perceived contribution of prostate cancer clinical nurse specialists : A mixed method investigation</p>	<p>Rôle d'une infirmière spécialisée dans le CA prostate</p>	<p>Devis mixte, multi-site, exploratrice, descriptive</p>	<p>N = 4 inf Recrutées en 1er N = 19 collègues Urologues, oncologues, inf gestionnaire, manager de service, inf spécialisée N = 40 patients Angleterre</p>	<p>Journal de bord → rempli par les inf, avec questionnaire sur les différents aspects du travail Formulaire de contact → rempli en plus du journal, rempli par les inf Interviews → de tous les membres de l'études. Semi-structurés avec inf Chez les patients quand ils voulaient Chez les collègues sur lieu ou mail</p>	<p>Pas de cadre théorique</p>

Annexe E : Déclaration d'authenticité

Fribourg, le 13 juillet 2017

Nous déclarons avoir réalisé ce travail de manière personnelle et conformément aux normes et directives de la Haute Ecole de Santé de Fribourg. Toutes les références utilisées dans le présent travail sont nommées et clairement identifiées.

Samuel Aeby et Marie Mollard