

# Évaluation de la qualité de vie liée à la santé et des problèmes de santé prioritaires chez les patients atteints du cancer de la prostate : stratégie de définition du rôle des infirmières en pratique avancée

par Denise Bryant-Lukosius, Gina Browne, Alba DiCenso, Tim Whelan, Amiram Gafni, Alan Neville et Jinka Sathya

## Abrégé

Un cadre régissant l'institution et l'évaluation des rôles en pratique infirmière avancée (PIA) souligne l'importance de l'adoption d'une approche méthodique dans le développement de rôles basés sur l'évaluation des besoins de santé des patients. Cette étude visait à déterminer la qualité de vie liée à la santé (QVLS) chez les patients atteints du cancer de la prostate afin de comparer les perceptions, de cerner les problèmes de santé les plus graves et les plus fréquents et enfin, de dégager les perceptions des patients, le tout en vue d'éclairer le développement du rôle en matière de soins de soutien des infirmières de formation avancée en oncologie auprès des patients atteints d'un cancer de la prostate avancé.

L'étude a permis de découvrir que la majorité des hommes porteurs d'un cancer de la prostate de stade précoce ou de stade avancé mais hormono-sensible peuvent s'attendre à bénéficier d'une bonne qualité de vie plusieurs années après le diagnostic. Ces deux groupes de patients ont des besoins prioritaires communs sur le plan de l'amélioration de leur état de santé dans les domaines du fonctionnement sexuel, de la fréquence et de l'incontinence urinaires et de l'activité physique. Ces deux groupes pourront tirer parti des interventions liées à un rôle en PIA en oncologie visant à leur fournir des soins de soutien épisodiques relativement aux problèmes de santé survenant à différentes étapes du traitement.

En revanche, on a découvert que les hommes porteurs d'un cancer de la prostate avancé androgéno-indépendant ont une QVLS bien plus mauvaise et de multiples problèmes de santé graves. De même, ces patients ont des besoins prioritaires différents, notamment des problèmes relatifs à la douleur, à la fatigue et à une activité physique réduite. C'est la raison pour laquelle l'orientation des programmes et des interventions en matière de soins de soutien pour les patients atteints de cancer de la prostate avancé diffère de celle des programmes et interventions reliés au cancer androgéno-indépendant. Les patients atteints de ce dernier type tireront meilleur profit d'un rôle en PIA visant à leur fournir des soins de soutien continus plutôt qu'épisodiques afin que puissent être évalué et gérés les multiples problèmes de santé—nouveaux ou s'aggravant—associés à la progression de la maladie.

## Evaluating health-related quality of life and priority health problems in patients with prostate cancer: A strategy for defining the role of the advanced practice nurse

### Abstract

A framework for the introduction and evaluation of APN roles emphasizes the importance of a systematic approach to role development based on the assessment of patient health needs. This study determined the health-related quality of life (HRQL) of patients with prostate cancer. The most frequent and severe patient health problems and their perceptions of priority health problems were identified and compared across five patient groups as a strategy to inform the supportive care role of the advanced oncology nurse for patients with advanced prostate cancer.

The study found that the majority of men with early stage and advanced hormone sensitive prostate cancer can expect to enjoy good quality of life for several years following diagnosis. These two patient groups have common priority needs for improving their health related to sexual function, urinary frequency, urinary incontinence, and physical activity. Both groups may benefit from an advanced practice nursing (APN) role that can provide episodic supportive care for health problems occurring at different treatment stages.

Conversely, it was found that men with advanced hormone refractory prostate cancer experience significantly poorer HRQL and have multiple severe health problems. These patients also have different priority needs including problems related to pain, fatigue, and decreased physical activity. Because of this, the focus of supportive care programs and interventions in advanced prostate cancer will differ for those with hormone refractory disease. They may benefit more from an APN role that can provide ongoing rather than episodic supportive care to assess and manage the multiple, new, and worsening health problems associated with progressive disease.

Denise Bryant-Lukosius, Ph.D., inf., Faculty of Health Sciences, Université McMaster, System-Linked Research Unit on Health and Social Service Utilization, The Juravinski Cancer Centre.

Gina Browne, Ph.D., inf., Faculty of Health Sciences, Université McMaster, System-Linked Research Unit on Health and Social Service Utilization.

Alba DiCenso, Ph.D., inf., Faculty of Health Sciences, Université McMaster, Department of Clinical Epidemiology & Biostatistics.

Tim Whelan, B.Sc., B.M.B.CH., FRCP(C), Faculty of Health Sciences, Université McMaster, Supportive Cancer Care Research Unit, The Juravinski Cancer Centre.

Amiram Gafni, B.Sc., M.Sc., D.Sc., Faculty of Health Sciences, Université McMaster, System-Linked Research Unit on Health and Social Service Utilization, Department of Clinical Epidemiology & Biostatistics.

Alan Neville, M.B., Ch.B., MRCP, FRCP(C), Faculty of Health Sciences, Université McMaster, The Juravinski Cancer Centre.

Jinka Sathya, M.D., FRCP(C), Université du Manitoba, Action Cancer Manitoba.

Auteure à qui adresser toute correspondance : Denise Bryant-Lukosius, Room 3N25D, Faculty of Health Sciences, Université McMaster, 1200 Main Street West, Hamilton, L8N 3Z5, ON.  
Courriel : [bryantl@mcmaster.ca](mailto:bryantl@mcmaster.ca)  
Tél. : 905-525-9140 poste 22408; Téléc. : 905-524-5199

## Introduction

Les organismes omettent souvent d'effectuer une évaluation des besoins lorsqu'ils instituent des rôles en pratique infirmière avancée en oncologie. Les évaluations des besoins constituent une composante importante du développement de nouveaux rôles et de services de santé efficaces parce qu'elles incorporent les patients et leurs proches dans le processus de planification (Pallant, 2002). Les rôles en PIA ont la meilleure efficacité lorsqu'ils sont conçus de manière à compléter des rôles et services existants et à combler des lacunes dans la satisfaction des besoins de santé des patients (Bryant-Lukosius, Vohra & DiCenso, 2009). La mise en œuvre de rôles et la capacité du personnel à répondre aux besoins des patients peuvent se heurter à des obstacles lorsque les buts d'un rôle en PIA visant à améliorer la prestation des soins sont mal définis ou mal compris par l'équipe de soins.

Le Canada reconnaît actuellement deux rôles en PIA : l'infirmière clinicienne spécialisée (ICS) et l'infirmière praticienne (IP) (Association des infirmières et infirmiers du Canada, 2008). Ces deux rôles ont apporté des contributions distinctes—et tout aussi importantes—aux soins aux personnes atteintes de cancer (Association canadienne des infirmières en oncologie, 2001; Cancer Care Ontario, 2009) et les décisions gouvernant la sélection des rôles sont influencées par les besoins de santé des patients, les buts recherchés de l'amélioration de la prestation des soins, les ressources humaines existantes, la manière dont les services de lutte contre le cancer sont organisés et dispensés et enfin, par le champ d'exercice exigé.

On sait très peu de choses sur les modèles qui s'avèreraient les plus efficaces pour les soins en PIA destinés aux patients atteints du cancer de la prostate, notamment à ceux dont la maladie est parvenue au stade avancé. La nécessité d'améliorer les soins de soutien et les soins palliatifs au niveau de la prise en charge du cancer de la prostate a été soulignée par les patients, les familles et les prestataires de soins (Société canadienne du cancer, 1997). Chez les Canadiens, le cancer de la prostate se place au troisième rang des cancers diagnostiqués, sur le plan de la fréquence, et constitue la troisième cause de décès par cancer (Société canadienne du cancer, 2008). Le cancer de la prostate est une maladie chronique pour laquelle de 25 à 40 % des sujets qui ont reçu un traitement curatif pour une tumeur locale développent éventuellement un cancer de stade avancé (Freedland et al., 2005). Les besoins en soins de soutien varient selon le stade de la maladie, le type de traitement et le temps écoulé depuis le diagnostic. Les hommes porteurs d'un cancer de la prostate avancé peuvent avoir des besoins différents de ceux qui viennent de recevoir leur diagnostic ou de ceux dont le cancer est localisé (Butler, Downe-Wamboldt, Marsh & Bell, 2001; Esper & Redman, 1999; Lintz et al., 2003). Des facteurs organisationnels tels que la façon dont les services sont coordonnés et le nombre et la combinaison des prestataires de soins tout au long de la trajectoire de la maladie peuvent avoir une incidence sur les soins aux patients et sur la satisfaction de leurs besoins de santé. Lors de la planification des services de santé pour des affections chroniques comme le cancer de la prostate avancé, l'examen des besoins dans l'ensemble du continuum des soins peut fournir des renseignements clés sur les lacunes existant au niveau de la satisfaction des besoins à long terme. Jusqu'à présent, aucune étude n'avait examiné les priorités des patients en matière d'amélioration des soins associés au cancer de la prostate.

Cet article décrit la première de trois études utilisant une approche axée sur les patients en vue de mener une évaluation globale des besoins et de déterminer la nécessité d'instituer un rôle en PIA dans un centre de cancérologie fréquenté par des patients atteints d'un cancer de la prostate avancé et d'en définir le type. Le cadre Participatory Evidence-Based Patient-Focused Process (PEPPA)—un processus concerté, fondé sur les preuves, axé sur les patients

d'élaboration, de mise en œuvre et d'évaluation des rôles en pratique clinique avancée—a servi de guide conceptuel pour cette évaluation des besoins (Bryant-Lukosius & DiCenso, 2004). À l'étape trois de ce cadre qui en compte neuf, l'évaluation de la qualité de vie liée à la santé (QVLS) est une stratégie qui permet de dégager les besoins de santé des patients. Des variations au niveau de la QVLS peuvent faire ressortir des anomalies sur le plan de la satisfaction des besoins en soins de soutien parmi certains groupes de patients tels les individus ayant un cancer de la prostate localisé ou de stade avancé et qui peuvent exiger des services—nouveaux ou adaptés—afin d'améliorer leur état de santé (Till, 1994). La QVLS a servi d'indicateur de résultats dans des essais cliniques et dans d'autres études sur le cancer de la prostate (Dacal, Sereika & Greenspan, 2006; Duke, Treloar & Byles, 2005; Gore, Kwan, Lee, Rieter & Litwin, 2009). Peu d'études comparent la QVLS chez les patients atteints de cancer de la prostate localisé, d'une part, et ceux dont le cancer est de stade avancé, d'autre part, et aucune de ces comparaisons ne compte de patients dont le cancer est androgéno-indépendant (Duke et al., 2005; Lubeck et al., 1999; Rosenfeld, Roth, Gandi & Penson, 2004). Les études de la QVLS chez les personnes atteintes d'un cancer de la prostate androgéno-indépendant portent uniquement sur des questions liées aux traitements (Canil et al., 2005).

Le but de cette étude descriptive était d'examiner les perceptions des patients relativement à leur QVLS et à leurs besoins de soins de santé associés au cancer de la prostate et ce, au fil des cinq phases du continuum de soins, depuis le moment du diagnostic jusqu'à la phase palliative. Plus précisément, l'étude visait à :

1. comparer les perceptions des patients relativement à leur QVLS.
2. dégager les problèmes de santé les plus fréquents et les plus graves ayant une incidence sur la QVLS.
3. cerner les perceptions des patients relativement à leurs problèmes de santé prioritaires.

À titre de première étape d'un processus global d'évaluation des besoins, les résultats de l'étude éclaireront la planification organisationnelle visant à rehausser le modèle général des soins aux porteurs du cancer de la prostate et plus précisément, à développer et à évaluer un rôle en PIA pour les patients atteint d'un cancer de la prostate avancé.

## Méthodes

### Devis et contexte de l'étude

Cette étude transversale a été réalisée dans un centre régional de cancérologie (CRC) affilié à une université de l'Ontario, Canada. Dans la zone desservie, on dénombre, annuellement, 1200 nouveaux diagnostics de cancer de la prostate et plus de 175 décès dus à cette forme de la maladie (Cancer Care Ontario, 2008). Les patients sont dirigés vers le CRC par les médecins de famille et les urologues œuvrant dans la collectivité principalement pour qu'ils y subissent des radiothérapies et/ou des traitements médicaux.

### Définition des groupes de l'étude

Un groupe de spécialistes comprenant une infirmière clinicienne spécialisée, deux oncologues médicaux et un radio-oncologue ont classé les patients en cinq groupes en fonction du stade de la maladie et du traitement. Les patients ayant des tumeurs T1 à T3, selon le système de classification TNM, ont été répartis en trois groupes. Les patients nouvellement diagnostiqués d'un cancer précoce (E-NEW) n'avaient pas encore commencé leur traitement. Les patients du groupe (E-RX) avaient un cancer précoce et subissaient une radiothérapie radicale. Les patients du groupe Suivi de stade précoce (E-FLP) recevaient des soins de surveillance plus de deux mois après la radiothérapie radicale. Les patients ayant des tumeurs T4 ou dont la maladie s'était métastasée avaient un cancer de stade avancé et ont été répartis dans les catégories hormono-sensible (A-HS) ou androgéno-indépendant (A-HR), selon le cas. Le groupe A-HS comprenait les

patients nouvellement diagnostiqués dont le traitement n'avait pas encore débuté et ceux recevant un traitement par blocage androgénique. Les patients du groupe A-HR bénéficiaient de soins de surveillance, de chimiothérapie, d'irradiation palliative ou d'autres interventions de prise en charge des symptômes.

### Échantillon

Pour être admissibles, les patients devaient avoir donné leur consentement éclairé par écrit, comprendre l'anglais et avoir la capacité physique et cognitive de remplir un questionnaire d'autoévaluation. Il était nécessaire d'avoir un minimum de 84 patients par groupe afin de pouvoir déceler une différence de 2 points entre les groupes au niveau des scores de la sous-échelle de la QVLS et une différence de 7 à 10 points au niveau des scores d'ensemble de l'échelle de la QVLS (puissance = 90 %,  $p = 0,05$ ).

### Procédure et instruments

L'étude a reçu l'approbation déontologique du CRC participant et du comité local de révision déontologique. Les assistants de recherche entraient en contact avec les patients pour les inviter à participer à l'étude durant les rendez-vous cliniques programmés. Les patients qui choisissaient de participer remplissaient le questionnaire sur-le-champ, après avoir donné leur consentement éclairé par écrit. Le questionnaire prenait environ 20 minutes à remplir. Les renseignements démographiques et relatifs à l'état de santé étaient extraits des dossiers des patients (tableau 1). Les taux d'APS ont été collectés chez les patients qui avaient subi le test dans le cadre de leurs soins réguliers dans les deux semaines précédant ou suivant le remplissage du questionnaire de l'étude.

### La qualité de vie

La QVLS a été évaluée au moyen de l'échelle générale d'évaluation fonctionnelle du traitement du cancer (FACT-G version 4) qui comprend 27 items et celle qui porte spécifiquement sur le

cancer de la prostate, FACT-P (version 4), qui, elle, comporte 12 items. L'échelle FACT-G inclut quatre sous-échelles liées au bien-être physique, social, émotionnel et fonctionnel (Cella et al., 1993). Ces deux instruments emploient une échelle de type Likert allant de 0 à 4 dans laquelle les scores supérieurs représentent un meilleur état de santé. Ces échelles ont été validées et utilisées auprès de diverses clientèles de cancérologie (Bonomi et al., 1996; Cella, 1997; Esper et al., 1997; Yu et al., 2000).

### Fréquence et sévérité des problèmes de santé

Les problèmes de santé graves étaient définis comme étant ceux où les patients optaient pour la cote 0 ou 1 (sur 4) à tout item du Total FACT-P, ce qui indiquait une mauvaise QVLS.

### Problèmes de santé prioritaires

Une liste de 38 items de problèmes de santé a été élaborée à partir de quelques instruments relatifs à la QVLS et de documents de recherche sur le cancer de la prostate (Borghede & Sullivan, 1996; Davison, Degner & Morgan, 1995; Davison & Degner, 1997; Litwin et al., 1995). Les répondants étaient priés d'identifier, dans cette liste, les trois principaux problèmes dont la résolution améliorerait le plus leur état de santé.

### Analyse statistique

Les données ont été décrites à l'aide de pourcentages et de résultats moyens, et les coefficients alpha de Cronbach ont servi à évaluer la consistance interne de toutes les échelles. L'analyse primaire effectuait des comparaisons en matière de QVLS. Les différences entre les groupes ont été étudiées au moyen du test du chi carré dans le cas des variables nominales et d'une analyse de la variance (ANOVA) dans le cas des variables continues. Lorsque l'analyse de la variance révélait des différences significatives, on utilisait la méthode de Scheffé de comparaison de groupes a posteriori afin d'identifier les paires de groupes de patients impliquées

**Tableau 1. Caractéristiques de l'échantillon de l'étude et comparaisons des différences entre les groupes**

Caractéristiques	Total n = 551	E-NEW n = 69	E-RX n = 134	E-FLP n = 128	A-HS n = 110	A-HR n = 110	Test (ddl)	P *
Âge moyen (années) (é.-t.)	71,47 (6,94)	70,20 (6,80)	68,99 (7,33)	72,14 (5,98)	73,80 (5,81)	72,16 (7,65)	F = 8,94 (4,446)	< 0,001
Mariés (en %)	81,9	78,3	88,1	74,2	81,8	85,5	$\chi^2 = 24,32$ (16)	0,03
Vit en famille (en %)	83,5	82,6	88,8	76,6	82,7	86,4	$\chi^2 = 14,10$ (8)	0,078
Co-morbidité (en %)	87,7	87,0	86,6	87,5	89,1	88,2	$\chi^2 = 0,418$ (4)	0,981
Maladie mentale (en %)	7,8	5,8	3,7	4,7	9,1	16,4	$\chi^2 = 16,65$ (4)	0,002
Années écoulées depuis le diagnostic [moyenne] (é.-t.)	3,07 (3,11)	0,26 (0,23)	0,88 (0,97)	3,02 (2,05)	4,82 (2,80)	5,82 (3,66)	F = 107,60 (4,446)	< 0,001
Stade lors du diagnostic (%)							$\chi^2 = 229,49$ (12)	< 0,001
I	21,3	41,8	23,1	28,1	13,0	5,1		
II	48,6	55,2	56,0	55,5	54,6	18,4		
III	19,3	3,0	20,9	16,4	22,2	28,6		
IV	10,8	0	0	0	10,2	48,0		
APS ug/L Moyenne (é.-t.)	66,46 (229,70)	16,61 (26,66)	3,76 (7,10)	2,45 (4,51)	12,34 (40,67)	261,39 (423,18)	F = 29,92 (4,434)	< 0,001

Remarque : E-NEW : Stade précoce, nouveau diagnostic, E-RX : Stade précoce, sous traitement, E-FLP : Stade précoce > 2 mois post-traitement, A-HS : Stade avancé, hormono-sensible, A-HR : Stade avancé, androgéno-indépendant, \* Signification  $p = 0,01$ , les valeurs significatives sont en caractères gras.

**Tableau 2. Comparaison des scores de qualité de vie liée à la santé (QVLS) et de l'état de la maladie**

QVLS	Total n = 551	E-NEW (n = 69)	E-RX (n = 134)	E-FLP (n = 128)	A-HS (n = 110)	A-HR (n = 110)	Test F (ddl)	P **
Asp. physiques 0-28*	24,33 (4,40)	25,94 (3,57)	24,51 (4,28)	25,96 (2,70)	24,28 (3,87)	21,27 (5,45)	23,30 (4,546)	< 0,001
Asp. sociaux 0-28*	21,63 (5,32)	22,08 (6,05)	21,44 (5,41)	21,75 (5,27)	20,89 (5,36)	22,20 (4,70)	1,043 (4,546)	0,38
Asp. émotionnels 0-24*	19,18 (4,27)	18,34 (4,20)	19,97 (4,29)	20,53 (2,91)	19,53 (3,64)	16,80 (5,12)	15,169 (4,546)	< 0,001
Asp. fonctionnels 0-28*	20,86 (6,16)	22,09 (6,03)	21,95 (5,94)	22,00 (6,42)	20,67 (5,054,9)	17,61 (6,14)	11,298 (4,546)	< 0,001
C. de la prostate 0-48*	33,91 (7,64)	37,16 (6,70)	34,68 (7,96)	35,85 (6,64)	33,05 (6,80)	29,53 (7,72)	16,602 (4,546)	< 0,001
FACT-G 0-108*	85,97 (14,49)	88,30 (14,04)	87,94 (14,47)	90,28 (12,36)	85,42 (12,81)	77,64 (15,42)	14,305 (4,546)	< 0,001
Total FACT-P 0-156*	119,86 (20,39)	125,46 (19,36)	122,63 (20,60)	126,12 (17,13)	118,44 (17,94)	107,10 (20,98)	17,782 (4,546)	< 0,001

Note : E-NEW = Stade précoce, nouveau diagnostic, E-RX = Stade précoce, sous traitement, E-FLP = Stade précoce > 2 mois post-traitement, A-HS = Stade avancé, hormono-sensible, A-HR = Stade avancé, androgéno-indépendant. FACT-G = Scores des sous-échelles physique + sociale + émotionnelle + fonctionnelle, Total FACT-P = Score au FACT-G + Score de la sous-échelle Cancer de la prostate \*Étendue des scores, les scores élevés indiquent une meilleure QVLS. \*\*P significatif à 0,007

**Tableau 3. Comparaisons de groupes a posteriori des différences moyennes des groupes en matière de QVLS (Méthode de Scheffé)**

QVLS	Groupes comparés	Différence moyenne (é.-t.)	P **	IC de 95 % autour de la différence moyenne
Bien-être physique	E-NEW et A-HR	4,60 (0,62)	< 0,0001	2,73 à 6,60*
	E-RX et A-HR	3,23 (0,52)	< 0,0001	1,61 à 4,86
	E-FLP et A-HR	4,68 (0,53)	< 0,0001	3,04 à 6,32*
	A-HS et A-HR	3,00 (0,55)	< 0,0001	1,30 à 4,70
Bien-être émotionnel	E-RX et A-HR	3,17 (0,52)	< 0,0001	1,55 à 4,78
	E-FLP et E-NEW	2,18 (0,60)	0,0120	0,31 à 4,06
	E-FLP et A-HR	3,73 (0,52)	< 0,0001	2,09 à 5,36*
	A-HS et A-HR	2,72 (0,54)	< 0,0001	1,03 à 4,41
Bien-être fonctionnel	E-NEW et A-HR	4,48 (0,91)	< 0,0001	1,66 à 7,30
	E-RX et A-HR	4,34 (0,76)	< 0,0001	1,98 à 6,70*
	E-FLP et A-HR	4,39 (0,77)	< 0,0001	2,00 à 6,77*
	A-HS et A-HR	3,06 (0,80)	0,0060	0,58 à 5,54
Bien-être lié au cancer de la prostate	E-NEW et A-HS	4,10 (1,11)	0,0090	0,66 à 7,54
	E-NEW et A-HR	7,63 (1,11)	< 0,0001	4,19 à 11,06*
	E-RX et A-HR	5,15 (0,93)	< 0,0001	2,27 à 8,03*
	E-FLP et A-HR	6,32 (0,94)	< 0,0001	3,41 à 9,22*
	AHS et A-HR	3,52 (0,97)	0,0120	0,51 à 6,54
FACT-G	E-NEW et A-HR	10,66 (2,12)	< 0,0001	4,09 à 17,22
	E-RX et A-HR	10,30 (1,78)	< 0,0001	4,80 à 15,80
	E-FLP et A-HR	12,64 (1,79)	< 0,0001	7,08 à 18,19*
	A-HS et A-HR	7,76 (1,86)	0,0020	2,00 à 13,53
Total FACT-P	E-NEW et A-HR	18,36 (2,95)	< 0,0001	9,22 à 27,49
	E-RX et A-HR	15,53 (2,47)	< 0,0001	7,88 à 23,18
	E-FLP et A-HR	19,01 (2,50)	< 0,0001	11,28 à 26,75*
	A-HS et A-HR	11,33 (2,59)	0,0010	3,31 à 19,35

Note : \*Différences d'importance clinique en QVLS où la limite inférieure de l'IC est supérieure au seuil de différence cliniquement significative (Différence moyenne de  $\geq 2,0$  pour les sous-échelles; Différence moyenne de  $\geq 7,0$  pour Total FACT-G; et Différence moyenne de  $\geq 10,00$  pour Total FACT-P). \*\*p significatif à 0,05

(Kleinbaum & Kupper, 1978). En se basant sur des recherches antérieures (Cella et al., 1995; Jaeschke, Singer & Guyatt, 1989; Lee, McQuellon, Harris-Henderson, Case & McCullough, 2000; McQuellon et al., 1997), des différences de 2, 7 et 10 points entre groupes pour les résultats des sous-échelles FACT, FACT-G et Total FACT-P, respectivement, ont été définies a priori comme représentant des différences de signification clinique sur le plan de la QVLS. La régression multiple ascendante a été utilisée afin de déterminer si des caractéristiques particulières liées aux patients et au cancer de la prostate permettaient de prévoir la QVLS telle que mesurée par le Total FACT-P. Tous les sujets ont satisfait voire dépassé les critères de l'instrument pour ce qui est de l'intégralité des données (Cella, 1997). On a employé, pour toutes les analyses, le Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) Version 10.0.0 (SPSS Inc., 1999).

## Résultats

### Échantillon

Durant une période de 4 mois, 631 patients ont été contactés et 551 (87 %) d'entre eux ont participé à l'étude. Moins de 13 % ont refusé d'y participer ( $n = 42$ ) ou étaient dans l'incapacité de remplir le questionnaire ( $n = 35$ ). Trois patients avaient des antécédents en matière de cancer de la prostate mais n'avaient pas été référés pour un traitement de ce type de cancer. On a réussi à obtenir un échantillon de 84 patients par groupe à l'exception du groupe E-NEW. Le recrutement des patients de ce groupe a été contrarié par le petit nombre de références durant les mois de l'été où l'étude s'est déroulée. Les groupes avaient chacun le nombre de sujets suivants : E-NEW (69), E-RX (134), E-FLP (128), A-HS (110) et enfin, A-HR (110).

### Données démographiques et données sur la santé

Les participants étaient pour la plupart des hommes âgés et mariés vivant avec leur épouse ou d'autres membres de la famille (voir le tableau 1). La comorbidité était élevée, l'hypertension

artérielle (28,3 %), des affections cardiaques (25,6 %), l'arthrite (14,3 %) et le diabète (11,6 %) étant fréquemment rapportés. Mis à part l'observation ou la surveillance, l'irradiation radicale et le traitement par blocage androgénique étaient les traitements actuels ou passés les plus fréquemment signalés. Moins de 12 % des membres de l'échantillon total avaient subi une prostatectomie et seulement 3 % d'entre eux avaient reçu des implants d'iridium. Il n'y avait pas de différences entre les groupes relativement à la situation maritale, au cadre de vie ou à la présence d'une comorbidité. Excepté des antécédents de maladie mentale, il n'existait, entre les groupes, aucune différence au niveau des types de facteurs de comorbidité.

En revanche, on remarquait des différences statistiquement significatives entre les cinq groupes en ce qui concerne l'âge, les années écoulées depuis le diagnostic, le stade au moment du diagnostic et le taux d'APS. Les comparaisons de groupes a posteriori indiquaient que les membres du groupe E-RX étaient plus jeunes que ceux des groupes E-FLP ( $p = 0,007$ ), A-HS ( $p < 0,0001$ ) et A-HR ( $p = 0,01$ ). De plus, les membres du groupe A-HR avaient des taux d'APS plus élevés que ceux des autres groupes ( $p < 0,0001$ ). Les patients atteints d'un cancer avancé étaient plus susceptibles d'avoir des antécédents de maladie mentale par rapport à ceux dont la maladie était localisée ( $\chi^2 = 12,34$ ; DDL = 1;  $p = 0,0004$ ). Les différences relatives à d'autres caractéristiques liées à la maladie reflètent le continuum des soins associés au cancer de la prostate et confirment l'affectation appropriée des participants aux divers groupes et que les patients avaient reçu ou recevaient actuellement les traitements convenant au stade de leur cancer.

### FACT-G et Total FACT-P

La consistance interne de FACT-G et de Total FACT-P était élevée, les coefficients alpha de Cronbach pour les sous-échelles et les échelles totales variant de 0,72 à 0,90. Les données révélaient que pour tous les groupes de patients au stade précoce et pour le groupe

**Tableau 4. Total FACT-P—Problèmes de santé les plus sévères et fréquemment signalés (scores 0–1)**

Items de sous-échelle	E-NEW n = 69 %	E-RX n = 134 %	E-FLP n = 128 %	A-HS n = 110 %	A-HR n = 110 %	TOUS n = 551 %
Asp. physiques Manque d'énergie	10,0	18,7	13,2	20,4	36,1	20,0
Asp. sociaux (In)satisfait de sa vie sexuelle	36,7	65,4	55,2	74,7	83,6	64,0
Asp. émotionnels (In)satisfait de son adaptation Inquiet que le cancer s'aggrave	26,5 18,8	17,3 9,7	26,0 3,9	19,4 10,0	21,8 30,9	21,8 13,8
Asp. fonctionnels Incapable de travailler, même au foyer (Mé)content de sa qualité de vie Profite de ses activités de loisir habituelles	5,9 10,1 8,7	14,2 11,9 10,4	13,4 9,4 10,3	15,5 10,0 9,2	39,4 27,3 28,2	18,2 13,8 13,5
Cancer de la prostate Cap. de produire/maintenir une érection Fréquence urinaire Douleur importante (In)satisfait de son degré de confort Sentiment d'être un homme Activité limitée par la douleur Appétit approprié Troubles du transit	37,3 14,5 11,6 18,6 14,5 4,3 13,0 8,7	68,3 33,8 8,7 23,5 17,7 9,8 11,9 9,0	67,2 15,7 17,2 20,2 19,7 11,8 10,2 3,9	87,1 27,1 25,5 21,9 22,1 19,3 8,2 5,6	94,1 37,3 37,6 24,3 30,8 23,6 20,90 19,1	72,8 26,6 22,5 21,9 21,2 14,2 12,7 9,1

Note : E-NEW= Stade précoce, nouveau diagnostic; E-RX= Stade précoce, sous traitement; E-FLP= Stade précoce > 2 mois post-traitement; A-HS = Stade avancé, hormono-sensible; A-HR= Stade avancé, androgéno-indépendant, FACT-P = FACT-G (bien-être physique, social, émotionnel, fonctionnel) + Sous-échelle Prostate

A-HS, les scores moyens de FACT-G et de Total FACT-P étaient relativement élevés, ce qui indiquait une bonne QVLS (voir le tableau 2). À l'exception du bien-être social, il y avait, entre les cinq groupes, des différences statistiquement significatives au niveau de tous les scores des sous-échelles et de l'échelle totale.

Le tableau 3 résume les comparaisons de groupes a posteriori de différences statistiquement significatives ( $p \leq 0,05$ ) entre les groupes pour ce qui est de la QVLS. Ces différences revêtaient également une importance clinique puisque les différences moyennes entre les groupes dépassaient les valeurs seuils prédéterminées pour la signification clinique.

Les variables mesurant les caractéristiques des patients au moyen de Total FACT-P ont été traitées dans un modèle de régression multiple ascendante. Trois d'entre elles—le taux d'APS, l'état du cancer (maladie de stade avancé androgéno-indépendante) et des antécédents de problèmes de santé mentale étaient associées de façon négative à la QVLS et leur contribution à la variance au sein de Total FACT-P se montait à 10 %, 5 % et 3 %, respectivement.

### Fréquence des problèmes de santé graves

On a dégagé, pour chaque sous-échelle des FACT, les problèmes de santé les plus fréquents et les plus graves pour les items où les patients avaient utilisé la cote 0 ou 1 sur 4, une indication de la mauvaise qualité de vie. Le tableau 4 dresse la liste des problèmes graves touchant 20 % des sujets dans au moins un des groupes de patients. Quoique leur fréquence varie parmi les groupes, les mêmes problèmes graves de santé affectaient les patients de l'ensemble des groupes.

Un manque total d'énergie ou une fatigue extrême était le problème physique le plus communément signalé par tous les groupes, notamment par les membres des groupes E-RX, A-HS et A-HR. L'insatisfaction à l'égard de leur vie sexuelle constituait un grave problème de santé pour plus de 36 % des patients de l'ensemble des groupes. Environ 20 % ou plus des patients de chaque groupe étaient insatisfaits de leur adaptation à la maladie et les patients des groupes E-NEW et A-HR étaient plus susceptibles de signaler une anxiété ou une inquiétude extrême à l'idée que leur cancer n'empire. Les patients d'A-HR faisaient également état de problèmes graves dans tous les aspects du bien-être fonctionnel. L'incapacité d'avoir une érection était le plus grave et le plus fréquemment rapporté des problèmes liés au cancer de la prostate; il s'étendait de 37 % parmi le groupe E-NEW à 94 % au sein du groupe A-HR. La fréquence urinaire constituait un problème grave chez un tiers ou plus des patients du groupe E-RX et des patients au stade

avancé. Les membres de ce dernier groupe étaient plus susceptibles de mentionner une douleur importante et une dégradation de l'image de soi masculine. Toutefois, près de 20 % des patients de tous les groupes étaient insatisfaits de leur niveau de confort actuel. Les troubles du transit graves survenaient moins fréquemment, sauf dans le groupe A-HR.

### Problèmes prioritaires

La majorité des sujets (74 %) ont dégagé trois problèmes de santé qui, à leurs yeux, devaient être réglés en priorité, et moins de 8 % des sujets n'ont cerné aucun problème prioritaire. Le tableau 5 résume les priorités de chaque groupe en ordre de fréquence et celles qui concernent 15 % ou plus des membres de l'échantillon total. La plupart des problèmes étaient similaires, mais leur importance variait d'un groupe à l'autre. Le fonctionnement sexuel était la principale priorité des groupes de patients de stade précoce et du groupe A-HS, tandis que l'amélioration du degré de douleur, de fatigue et d'activité représentait une priorité pour les patients du groupe A-HR. Les patients atteints d'un cancer de stade précoce sélectionnaient l'incontinence urinaire à titre de préoccupation prioritaire, tandis que la fréquence urinaire revêtait de l'importance pour tous les participants sauf pour les membres du groupe E-FLP. Seuls le groupe E-NEW a dégagé comme préoccupations prioritaires le rehaussement du sentiment de bien-être, la nécessité d'avoir davantage d'information sur la maladie et/ou son traitement et les changements d'humeur.

### Discussion

Des études antérieures rapportent que les hommes porteurs d'un cancer de la prostate de stade précoce (T0/T1, T2) bénéficient d'un meilleur bien-être physique, fonctionnel et lié au cancer de la prostate en comparaison avec les hommes parvenus au stade avancé (T3/T4) (Esper et al., 1997) et éprouvent une bonne qualité de vie similaire à celle des groupes témoins correspondants du même âge sans antécédents de cancer de la prostate (Litwin et al., 1995; Wei et al., 2002). Notre étude a permis de constater que les patients atteints d'un cancer avancé hormono-sensible avait également une bonne QVLS similaire à celle des patients ayant un cancer de stade précoce. En revanche, les patients atteints d'un cancer avancé androgéno-indépendant avaient une QVLS significativement plus mauvaise, davantage de problèmes de santé graves et des perceptions différentes sur l'importance relative des problèmes de santé par rapport aux patients atteints d'un cancer de stade précoce et à ceux ayant un cancer avancé hormono-sensible.

**Tableau 5. Problèmes de santé prioritaires les plus fréquemment signalés**

E-NEW (%)	E-RX (%)	E-FLP (%)	A-HS (%)	A-HR (%)	TOUS (%)
Fonctionnement sexuel (18,8)	Fonctionnement sexuel (36,6)	Fonctionnement sexuel (39,8)	Fonctionnement sexuel (33,6)	Douleur (31,8)	Fonctionnement sexuel (31,0)
Bien-être général (18,8)	Fréquence urinaire (20,9)	Fatigue (21,1)	Fréquence urinaire (19,1)	Fatigue (31,8)	Activité physique (18,5)
Incontinence urinaire (17,4)	Incontinence urinaire (17,2)	Désir sexuel (18,0)	Bouffées de chaleur (15,5)	Activité physique (30,9)	Fatigue (18,5)
Information sur la maladie/le traitement (17,4)	Activité physique (17,2)	Activité physique (14,8)	Activité physique (15,5)	Fréquence urinaire (20,9)	Fréquence urinaire (17,2)
Fréquence urinaire (15,9)	Inconfort rectal (14,2)	Incontinence urinaire (13,3)	Sommeil (15,5)	Fonctionnement sexuel (19,1)	Incontinence urinaire (14,5)
Humeur (14,5)				Sommeil (15,5)	Douleur (14,2)

Note : E-NEW= Stade précoce, nouveau diagnostic, E-RX- Stade précoce, sous traitement, E-FLP= Stade précoce > 2 mois post-traitement, A-HS= Stade avancé, hormono-sensible, A-HR= Stade avancé, androgéno-indépendant

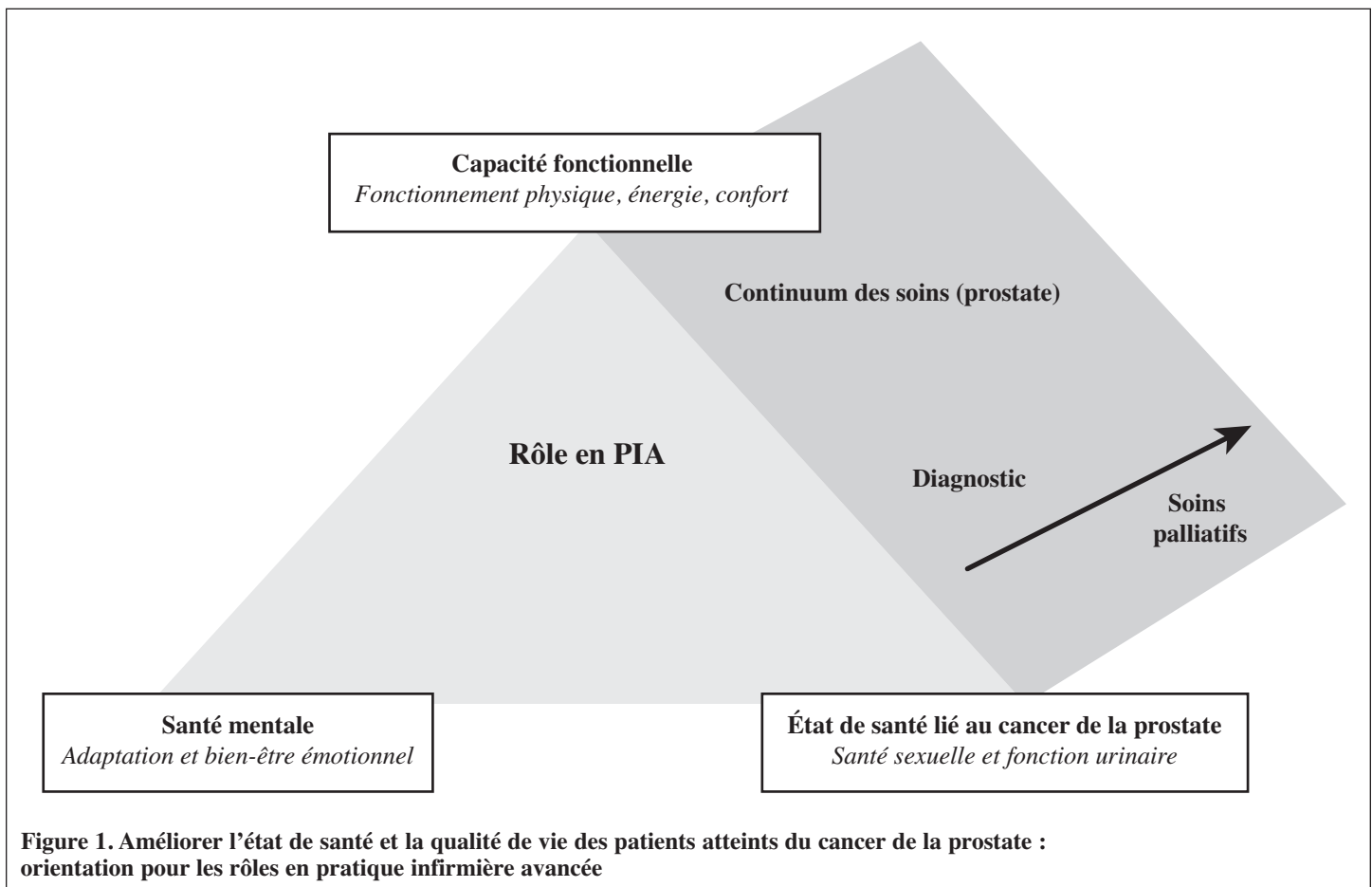
Cette étude vient consolider les résultats de recherches antérieures indiquant que les problèmes reliés à la santé sexuelle et à la fonction urinaire sont courants chez les hommes atteints d'un cancer de la prostate et jette une nouvelle lumière sur l'importance perçue de ces enjeux de santé et d'autres tout au long du continuum des soins (Henke Yarbro & Estwing Ferrans, 1998; Ream et al. 2007). L'amélioration du fonctionnement sexuel était une haute priorité parmi les membres des groupes ayant un cancer de stade précoce et ceux ayant un cancer avancé hormono-sensible mais ce n'était pas le cas parmi les membres du groupe ayant un cancer avancé androgéno-indépendant qui accordaient une plus grande importance au soulagement des symptômes de la douleur et de la fatigue. L'incontinence urinaire était une préoccupation prioritaire chez les patients porteurs d'un cancer de stade précoce tandis que la fréquence urinaire constituait un enjeu plus urgent pour les porteurs d'un cancer avancé. Le dégageant de l'importance de la fonction physique par les membres des groupes E-RX et E-FLP et les patients ayant un cancer avancé représente un résultat particulièrement intéressant. L'amélioration de l'activité physique de tous ces patients a été sélectionnée comme priorité aussi souvent, si ce n'est pas plus souvent, que les autres problèmes habituellement associés au cancer de la prostate.

Les participants à l'étude recevaient leurs soins dans un centre de cancérologie et il est possible que les résultats ne soient pas généralisables aux patients atteints d'un cancer de la prostate dont les soins sont dispensés dans la communauté. L'utilisation d'échantillons non aléatoires et le problème du recrutement de patients E-NEW pourraient également limiter la généralisabilité des résultats. Cependant, le taux de réponse élevé, la taille relativement grande des échantillons pour la plupart des groupes de patients et l'intégralité des données sur la QVLS représentent des forces non négligeables de l'étude qui devraient atténuer ces limitations.

L'emploi des données tirées des dossiers de santé peut avoir entraîné un biais de déclaration au niveau du nombre excessivement élevé de patients atteints d'un cancer avancé qui avaient des antécédents en santé mentale. Il se peut que ces patients fassent plus volontiers état de ces problèmes ou que les praticiens soient plus susceptibles d'évaluer et de documenter les troubles de santé mentale dans les cas de stade avancé par rapport à ceux de stade précoce. Il est probable que nos résultats sous-estiment la prévalence des troubles mentaux pour l'ensemble des groupes. La sous-déclaration est fréquemment à l'origine de biais lorsque les sujets n'ont pas encore essayé d'obtenir des services de santé mentale (Kessler, 2000). En outre, les hommes ont également tendance à minimiser les aspects négatifs et l'incidence psychologique de leur cancer et à éviter d'en parler (Olliffe, Davidson, Pickles & Mroz, 2009; Znajda, Wunder, Bell & Davis, 1999).

## Implications pour la pratique

Le rôle d'ICS et celui d'IP ont des fonctions et une expertise différentes mais la mise en œuvre optimale de ces deux rôles exige que l'on détermine des buts et des activités particuliers dans cinq domaines, à savoir la pratique clinique, l'éducation, la recherche, le leadership et le perfectionnement professionnel/scientifique (Cancer Care Ontario, 2009). Notre étude fournit de précieux renseignements sur les besoins de santé des patients atteints d'un cancer de la prostate, mais elle ne détermine pas les raisons derrière l'insatisfaction des besoins ni n'examine pas de stratégies particulières en vue de combler les lacunes existant au niveau de la prestation des soins. Ces enjeux feront l'objet de deux études qualitatives subséquentes impliquant des patients et des prestataires de soins de santé lesquelles compléteront notre évaluation prévue des besoins. Les données combinées de l'évaluation des besoins obtenues grâce aux trois études seront synthétisées en vue de déterminer le type de rôle en PIA (ICS ou IP)



et les activités liées au rôle qui répondront le mieux aux buts définis à l'avance et concernant l'amélioration des soins aux patients atteints d'un cancer de la prostate avancé et ce, au sein de notre organisme (Bryant-Lukosius et al., 2004).

Toutefois, les résultats de l'étude forment des recommandations importantes pour la planification et la conception de nouveaux rôles en PIA relativement au cancer de la prostate avancé. Tout d'abord, il est avantageux que les organismes et les IPA considèrent que les besoins en soins de soutien chez les patients atteints d'un cancer de la prostate surviennent au long d'un continuum. La santé sexuelle, la fonction urinaire, le niveau d'énergie, le degré de confort, l'adaptation et la fonction physique constituent les domaines qui préoccupent le plus les patients tout au long du continuum de soins. Dans notre étude, la plupart des patients ayant un cancer de la prostate avancé avaient été diagnostiqués, à l'origine, d'un cancer de stade précoce et se trouvaient à 5-6 ans postdiagnostic. La conceptualisation des soins aux personnes atteintes d'un cancer de la prostate comme un phénomène survenant dans un continuum souligne le caractère chronique de l'expérience de la maladie et crée de nouvelles possibilités en matière de promotion de la santé et d'intervention plus précoce. La gestion réussie de problèmes de santé courants dans les premières phases du continuum de soins pourrait avoir des avantages à long terme pour les patients développant ultérieurement la forme avancée de ce cancer. Par exemple, une détection et des interventions précoces auprès des personnes jugées à risque d'être atteintes de problèmes de santé mentale lors du diagnostic pourraient se traduire par des améliorations à long terme en matière de QVLS.

Un objectif principal de notre étude était de définir, depuis la perspective des patients, les cibles prioritaires d'un rôle en PIA dans le domaine du cancer de la prostate avancé. Trois domaines d'intérêt primaires se rapportant aux soins liés au cancer de la prostate, à la santé mentale et à la capacité fonctionnelle sont proposés dans le cadre d'un premier effort de définition d'un rôle en PIA. Ces domaines reflètent les besoins insatisfaits courants et prioritaires éprouvés par les hommes dont le cancer est de stade avancé. La figure 1 illustre les relations d'interdépendance entre ces domaines et leur incidence sur la QVLS tout au long du continuum de soins. Par exemple, la fatigue ou le manque d'énergie extrême était éprouvé(e) par 20 % de l'échantillon total et constituait un besoin de santé prioritaire chez presque tous les groupes de patients. Il se pourrait que la fatigue et/ou la détresse émotionnelle révèle(nt) le déclin des fonctions et de la QVLS puisqu'elles sont souvent présentes de concert avec des groupes d'au moins trois symptômes du cancer de la prostate associés à la douleur, à la fonction sexuelle et à la fonction urinaire (Maliski, Kwan, Elashoff & Litwin, 2008).

### État de santé en présence d'un cancer de la prostate

L'état de santé en présence d'un cancer de la prostate englobe la santé sexuelle et la fonction urinaire. La perte de la fonction érectile était presque universelle chez les patients atteints d'un cancer avancé. Toutefois, la santé sexuelle ne se réduit pas à l'absence de dysfonction mais implique également les éléments de bien-être physique, émotionnel, mental et social reliés à la sexualité (World Health Organization, 2002). L'atténuation des bouffées de chaleur, un effet secondaire physique du traitement par blocage androgénique, était une priorité pour les patients ayant un cancer avancé hormono-sensible. Le bien-être social était négativement affecté chez 75 % des hommes appartenant aux deux groupes ayant un cancer de stade avancé du fait de l'insatisfaction qui caractérisait leur vie sexuelle. La masculinité et l'image de soi des hommes en souffraient également. Les effets indésirables du cancer de la prostate sur l'image corporelle, sur la virilité et sur les relations sociales ont été rapportées dans d'autres études (Bokhour, Clark, Inui, Sillman & Talcott, 2001; Gray, Fitch, Fergus, Mykhalovsky & Church, 2002; Harrington & Badger, 2009).

L'évaluation de l'incidence du cancer de la prostate avancé sur la santé sexuelle est un aspect important du rôle en PIA. Il se peut que les patients hésitent à parler de plein gré de leurs préoccupations d'ordre sexuel (Butler et al., 2001; Monturo, Rogers, Coleman, Robinson & Pickett, 2001). Il en ressort que l'établissement d'une relation de confiance avec le patient et sa partenaire est à la base de l'exploration des préoccupations liées à la santé sexuelle. Il convient également de déterminer les objectifs du patient en ce qui a trait à la santé sexuelle. Alors que 75 % des hommes appartenant au groupe du cancer avancé hormono-sensible étaient insatisfaits de leur vie sexuelle, seulement 34 % jugeaient que le fonctionnement sexuel était une priorité au niveau de l'amélioration de leur état de santé. Il est possible que les hommes de plus de 74 ans s'inquiètent moins de leur fonctionnement sexuel que les hommes d'un âge moins avancé (Fransson & Widmark, 1996). Pour les patients atteints d'un cancer androgéno-indépendant symptomatique, il se peut qu'il faille résoudre des problèmes tels que la fatigue, la douleur ou l'humeur avant d'aborder les questions liées à la santé sexuelle.

La fréquence et l'incontinence urinaires sont des enjeux difficiles à résoudre dans les cas de cancer de la prostate avancé. En plus des symptômes d'obstruction urinaire causés par une atteinte cancéreuse pelvienne, il est possible que les patients souffrent également de problèmes urinaires chroniques associés à des traitements antérieurs de chirurgie ou de radiothérapie. Comme les problèmes urinaires perturbent les activités ordinaires de la vie quotidienne, ils débouchent sur une mauvaise QVLS (Rondort-Klym & Colling, 2003). Un aspect essentiel du rôle en PIA est d'aider les patients à s'adapter aux symptômes, à les gérer et à minimiser leur incidence sur les activités journalières.

### Santé mentale

Les patients dont le cancer est de stade avancé étaient plus susceptibles d'avoir des antécédents en santé mentale. Une morbidité psychologique accrue est associée au déclin du fonctionnement physique chez les porteurs de cancers avancés tels que c'est le cas des patients atteints d'un cancer androgéno-indépendant (Brietbart, Bruera, Chochinov & Lynch, 1995). La proportion majoritaire de patients du groupe E-NEW ressentant une anxiété extrême rejoint les constatations d'autres études sur la détresse psychologique associée à l'incertitude entourant un nouveau diagnostic de cancer (Ream et al., 2007; Van't Spijker, Trijsburg & Duivenvoorden, 1997; Grassi & Rosti, 1996). En outre, 17 % ou plus des patients de l'ensemble des groupes étaient extrêmement insatisfaits de leur adaptation à la situation. Il pourrait être important d'effectuer un dépistage relatif aux problèmes de santé mentale lors du diagnostic initial de cancer de la prostate et lors des changements de stade ou de la situation quant au traitement. Un fonctionnement physique en déclin et des douleurs non maîtrisées sont associés à un accroissement des symptômes d'anxiété et de dépression chez les personnes atteintes d'un cancer de la prostate (Cliff & MacDonagh, 2000; Heim & Oei, 1993). Une prise en charge agressive de la douleur et des symptômes et des interventions visant à rehausser le fonctionnement physique sont essentielles à l'atteinte d'une santé mentale optimale. La dispensation d'enseignement et la satisfaction des besoins des patients en matière d'information constituent également des interventions clés de PIA à l'appui de la santé mentale. La recherche d'information est une stratégie d'adaptation fréquemment employée par les hommes atteints d'un cancer de la prostate et d'autres types de cancer (Gray et al., 2002; Gray, Fitch, Davis & Phillips, 1997; Heyman & Rosner, 1996; Klemm, Hurst, Dearholt & Trone, 1999). Les interventions visant à procurer aux patients de l'information sur leur maladie et sur leur traitement peuvent réduire les niveaux d'anxiété et de dépression tout en augmentant le degré d'implication des patients dans leurs propres soins (Davison, Goldenberg, Gleave & Degner, 2003; Lepore, Helgeson, Eton & Schulz, 2003).



## Capacité fonctionnelle

La capacité fonctionnelle et le bien-être fonctionnel ou physique revêtent une grande importance pour les hommes atteints d'un cancer de la prostate. L'amélioration de leur activité physique constituait une priorité pour les répondants ayant un cancer avancé androgéno-indépendant. L'importance du maintien d'un mode de vie normal, des activités de la vie quotidienne et des rôles sociaux est décrite dans les études qualitatives portant sur les hommes atteints d'un cancer de la prostate (Gray et al., 2000; Gray et al., 2002; Heyman & Rosner 1996). Les limitations physiques découlant du cancer de la prostate sont également une source d'inquiétude pour les patients et pour leurs partenaires de vie (Cliff & MacDonagh, 2000).

Des problèmes courants tels que la douleur, la fatigue et les symptômes urinaires restreignent les activités de la vie quotidienne et la capacité fonctionnelle. Le traitement par blocage androgénique peut entraîner un accroissement de la fatigue, une perte de la fonction musculaire volontaire et une diminution de la masse musculaire pouvant porter atteinte à la capacité fonctionnelle (Lubeck, Grossfeld & Carroll, 2001; Stone, Hardy, Huddart, A'Hern & Richards, 2000). Les interventions en PIA doivent cibler la réduction de la fatigue et la promotion de l'activité, du confort et de l'adaptation physiques. Par exemple, il est possible que l'exercice réduise la fatigue et rehausse la QVLS des hommes subissant un traitement par blocage androgénique (Segal et al., 2003). La mobilisation des services communautaires et l'utilisation d'aides techniques peuvent également promouvoir l'autonomie des patients et leur fonctionnement physique dans leur propre résidence.

## Modèles ou approches pour les interventions en PIA

Dans les études visant à évaluer les rôles en pratique infirmière avancée ou spécialisée reliés aux patients atteints d'un cancer de la prostate de stade précoce, l'interaction infirmière-patient se limitait à la période du traitement d'irradiation (Faithfull, Corner, Meyer, Huddart & Dearnaley, 2001) ou aux appels téléphoniques placés par les patients ou aux appels de suivi à tous les six mois (Helgesen et al., 2000). Dans ces deux études, les résultats de santé pour les patients faisant partie du groupe de traitement sous la direction d'infirmières étaient similaires à ceux placés sous supervision médicale—les patients ayant été répartis de manière aléatoire—mais dans le groupe de PIA, les coûts des soins de santé connaissaient une réduction pouvant atteindre 37 % (Faithfull et al., 2001). Les patients recevant des soins en PIA jugeaient que ces derniers étaient marqués par la continuité et faisaient état d'une plus grande satisfaction vis-à-vis de leurs soins (Faithfull et al., 2001). Un enseignement et des interventions prétraitement dispensés au préalable peuvent également s'être traduits par de meilleurs résultats de base au niveau des symptômes chez les patients appartenant au groupe de PIA (Faithfull et al., 2001). Ces données suggèrent qu'un accès à des soins de PIA épisodiques en vue de résoudre les problèmes de santé survenant avant, durant et après le traitement peut être efficace dans le cas des patients ayant un cancer de la prostate hormono-sensible précoce ou avancé. Par contre, les patients porteurs d'un cancer avancé androgéno-indépendant ont des besoins de santé plus complexes, plus graves et plus évolutifs qui peuvent exiger des évaluations de PIA plus fréquentes et une prise en charge continue plutôt que des soins épisodiques. Les rôles en PIA peuvent suivre les transitions du patient d'un contexte de soins à un autre—clinique de cancérologie, domicile, hôpital ou hospice—peuvent aussi être d'une grande utilité pour les patients dont les besoins de santé sont complexes tels que ceux qui ont un cancer de la prostate androgéno-indépendant symptomatique (Brooten et al., 2002).

## Implications pour la recherche

La prévalence de problèmes de santé mentale en association avec le cancer de la prostate n'a pas été fermement établie. Les résultats de

notre étude suggèrent que des problèmes de santé mentale mènent à une mauvaise QVLS. Il conviendra de réaliser d'autres recherches en vue de déterminer l'étendue des problèmes de santé mentale, les facteurs de risque qui y sont associés ainsi que l'incidence des problèmes sur la QVLS et sur d'autres résultats de santé et ce, dans l'ensemble du continuum des soins aux individus atteints d'un cancer de la prostate.

Le groupe auquel appartient le patient, la situation du patient relativement à la progression de la maladie et du traitement au long du continuum de soins aux personnes ayant le cancer de la prostate, le taux d'APS et des antécédents de problèmes de santé mentale se sont avérés être de modestes prédicteurs de la QVLS. Les études futures devraient poursuivre l'identification des facteurs modifiables liés au patient, à la maladie et au traitement qui mènent à une mauvaise QVLS tout au long du continuum des soins aux personnes atteintes d'un cancer de la prostate.

La recherche infirmière s'est déjà intéressée aux patients porteurs d'un cancer de la prostate de stade précoce (Butler et al., 2001; Davison et al., 2003; Faithfull et al., 2001; Moore & Estey, 1999; Robinson et al., 1999; Rondorf-Klym & Colling, 2003) mais les résultats de recherche documentant l'efficacité des interventions infirmières auprès des patients atteints de cancer de la prostate existent en nombre fort limité (Moore & Glazener, 2003; Shell, 2002). On dénombre très peu d'études de recherche sur les interventions infirmières relatives au cancer de la prostate avancé, notamment en ce qui a trait aux besoins de santé prioritaires des patients. Il faudra réaliser des travaux de recherche en vue de produire de nouvelles connaissances et compétences infirmières si l'on veut améliorer de manière significative la santé et la qualité de vie des patients atteints d'un cancer de la prostate avancé. Il convient d'accorder la priorité à l'élaboration d'une composante de recherche pour les rôles en PIA—actuels ou nouveaux—en ce qui concerne le cancer de la prostate avancé. Il sera nécessaire de réserver une quantité de temps suffisante à la participation à la recherche, de fournir les ressources nécessaires et un accès à l'expertise de recherche en vue d'appuyer le développement de la recherche au sein des rôles en PIA (Bryant-Lukosius et al., 2004).

## Conclusions

Les patients atteints d'un cancer de la prostate androgéno-indépendant éprouvent une plus mauvaise QVLS que les patients ayant un cancer de stade précoce et un cancer avancé mais hormono-sensible et ont des besoins de santé prioritaires différents de ceux de ces derniers. Cependant, des problèmes courants liés au fonctionnement physique, à l'énergie, au confort, à l'adaptation, au bien-être émotionnel et sexuel et à la fonction urinaire surviennent tout au long du continuum des soins relatifs au cancer de la prostate. Il importe de mettre davantage l'accent sur la promotion de la santé et sur une approche globale pour la fourniture des soins relatifs au cancer de la prostate. Trois domaines d'intérêt liés à l'état de santé des personnes atteintes de cancer de la prostate, à la capacité fonctionnelle et à la santé mentale sont proposés en vue de conceptualiser les rôles en PIA axés sur les patients et visant à améliorer l'état de santé et la qualité de vie chez les porteurs de ce cancer. Ces domaines d'intérêt constituent les assises qui orienteront les recherches futures et permettront de développer et d'évaluer les rôles en PIA dans de nouveaux modèles de soins destinés aux patients atteints d'un cancer de la prostate avancé. ❖

## Remerciement

*Ces travaux de recherche ont reçu un appui des organismes suivants : Janssen-Ortho Canada Inc., Juravinski Cancer Centre, System-Linked Research Unit on Health and Social Service Utilization, Supportive Cancer Care Research Unit, Université McMaster. Nous tenons à remercier le Dr George Browman de ses commentaires constructifs à la lecture de notre ébauche.*

# Références

- Association canadienne des infirmières en oncologie (2001). **Normes de soins, rôles infirmiers en oncologie et compétences relatives aux rôles infirmiers**. Ottawa, ON. Auteur. Récupéré le 12 janvier 2009 à [http://206.191.29.104/documents/pdf/CNPE\\_Core\\_Competyency\\_Framework\\_f.pdf](http://206.191.29.104/documents/pdf/CNPE_Core_Competyency_Framework_f.pdf)
- Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2008). **La pratique infirmière avancée : un cadre national**. Ottawa, ON. Association des infirmières et infirmiers du Canada. Récupéré le 12 janvier 2009 à [http://www.cna-aiic.ca/CNA/documents/pdf/publications/ANP\\_National\\_Framework\\_f.pdf](http://www.cna-aiic.ca/CNA/documents/pdf/publications/ANP_National_Framework_f.pdf)
- Bokhour, B.G., Clark, J.A., Inui, T.S., Sillman, R.A., & Talcott, J.A. (2001). Sexuality after treatment for early prostate cancer. **Journal of General Internal Medicine**, *16*, 649–655.
- Bonomi, A.E., Cella, D.F., Hahn, E.A., Bjordal, K., Sperner-Unterweger, B., Gangeri, L., et al. (1996). Multilingual translation of the Functional Assessment of Cancer Therapy (FACT) quality of life measurement system. **Quality of Life Research**, *5*, 309–320.
- Borghede, G., & Sullivan, M. (1996). Measurement of quality of life in localized prostatic cancer patients treated with radiotherapy. Development of a prostate cancer-specific module supplementing the EORTC QLQ-C-30. **Quality of Life Research**, *5*, 212–222.
- Breitbart, W., Bruera, E., Chochinov, H., & Lynch, M. (1995). Neuropsychiatric syndromes and psychiatric symptoms in patients with advanced cancer. **Journal of Pain and Symptom Management**, *10*, 131–141.
- Brooten, D., Naylor, M.D., York, R., Brown, L.P., Hazard Munro, B., Hollingsworth, A.O., et al. (2002). Lessons learned from testing the quality cost model of advanced practice nursing (APN). **Journal of Nursing Scholarship**, *34*(4), 369–375.
- Bryant-Lukosius, D., & DiCenso, A. (2004). A framework for the introduction and evaluation of advanced practice nursing roles. **Journal of Advanced Nursing**, *48*(5), 530–540.
- Bryant-Lukosius, D., Vohra, J., & DiCenso, A. (2009). Resources to facilitate APN outcomes research. In R.M. Kleinpell, **Outcome Assessment in Advanced Practice Nursing** (2nd ed., pp., 277–296). New York: Springer Publishing Company.
- Butler, L., Downe-Wamboldt, B., Marsh, S., & Bell, D. (2001). Quality of life post-radical prostatectomy: A male perspective. **Urologic Nursing**, *21*(4), 283–288.
- Cancer Care Ontario. (2008). **Unpublished provincial statistics**. Toronto, ON: Author.
- Cancer Care Ontario, Oncology Advanced Practice Nursing Community of Practice. (2009). **Position Statement: Clarifying the advanced oncology nurse role in Ontario**. Toronto: CCO. Retrieved September 7, 2009, from <http://www.cancercare.on.ca/common/pages/UserFile.aspx?fileId=35441>
- Canil, C.M., Moore, M.J., Winkvist, E., Baetz, T., Pollak, M., Chi, K.N., et al. (2005). Randomized Phase II study of two doses of Gefitinib in hormone-refractory prostate cancer: A trial of the National Cancer Institute of Canada-Clinical Trials Group. **Journal of Clinical Oncology**, *23*(3), 455–460.
- Cella, D. (1997). **FACIT MANUAL – Manual of the functional assessment of chronic illness therapy measurement system**. Center on Outcomes, Research, and Education (CORE), Evanston, IL: Northwestern Health Care and Northwestern University.
- Cella, D.F., Bonomi, A., Lloyd, S., Tulskey, D., Kaplan, E., & Bonomi, P. (1995). Reliability and validity of the Functional Assessment of Cancer Therapy-Lung (FACT-L) quality of life instrument. **Lung Cancer**, *12*(3), 199–220.
- Cella, D.F., Tulskey, D.S., Gray, G., Sarafian, B., Linn, E., Bonomi, A., et al. (1993). The functional assessment of cancer therapy scale: Development and validation of the general measure. **Journal of Clinical Oncology**, *11*(3), 570–579.
- Cliff, A.M., & MacDonagh, R.P. (2000). Psychosocial morbidity in prostate cancer: II. A comparison of patients and partners. **British Journal of Urology International**, *86*, 834–839.
- Curran, D., Fossa, S., Aaronson, N., Kiebert, G., Keuppens, E., & Hall, R. on behalf of the European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC), Genito-Urinary Cancer Cooperative Group (GUT-CCG). (1997). Baseline quality of life of patients with advanced prostate cancer. **European Journal of Cancer**, *33*(11), 1809–1814.
- Dacal, K., Sereika, S.M., & Greenspan, S.L. (2006). Quality of life in prostate cancer patients taking androgen deprivation therapy. **Journal of the American Geriatric Society**, *54*(1), 85–90.
- Davison, B.J., & Degner, L.F. (1997). Empowerment of men newly diagnosed with prostate cancer. **Cancer Nursing**, *20*(3), 187–96.
- Davison, B.J., Degner, L.F., & Morgan, T.R. (1995). Information and decision-making preferences of men with prostate cancer. **Oncology Nursing Forum**, *22*(9), 1401–1408.
- Davison, B.J., Goldenberg, L., Gleave, M.E., & Degner, L.F. (2003). Provision of individualized information to men and their partner to facilitate treatment decision making in prostate cancer. **Oncology Nursing Forum**, *30*(1), 107–114.
- Duke, J.M., Treloar, C.J., & Byles, J.E. (2005). Evaluation of a revised instrument to assess the needs of men diagnosed with prostate cancer. **Supportive Care in Cancer**, *13*, 895–903.
- Esper, P., Mo, F., Chodak, G., Sinner, M., Cella, D., & Pienta, K. (1997). Measuring quality of life in men with prostate cancer using the functional assessment of cancer therapy-prostate instrument. **Urology**, *50*(6), 920–928.
- Esper, P., & Redman, B.G. (1999). Supportive care, pain management, and quality of life in advanced prostate cancer. **Urologic Clinics of North America**, *26*(2), 375–389.
- Faithfull, S., Corner, J., Meyer, L., Huddart, R., & Dearnaley, D. (2001). Evaluation of nurse-led follow-up for patients undergoing pelvic radiotherapy. **British Journal of Cancer**, *85*(12), 1853–1864.
- Freedland, S.J., Humphreys, E.B., Mangold, L.A., et al. (2005). Risk of prostate cancer-specific mortality following biochemical recurrence after radical prostatectomy. **JAMA**, *294*(4), 433–439.
- Fransson, P., & Widmark, A. (1996). Self-assessment sexual function after pelvic irradiation for prostate carcinoma. **Cancer**, *78*(5), 1066–78.
- Gore, J.L., Kwan, L., Lee, S.P., Reiter, R.E., & Litwin, M.S. (2009). Survivorship beyond convalescence: 48-month quality-of-life outcomes after treatment for localized prostate cancer. **Journal of the National Cancer Institute**, *101*(12), 888–892.
- Grassi, L., & Rosti, G. (1996). Psychosocial morbidity and adjustment to illness among long-term cancer survivors: A six-year follow-up study. **Psychosomatics**, *37*, 523–532.
- Gray, R.E., Fitch, M., Davis, C., & Phillips, C. (1997). Interviews with men with prostate cancer about their self-help group experience. **Journal of Palliative Care**, *13*(1), 15–21.
- Gray, R.E., Fitch, M.I., Fergus, K.D., Mykhalovsky, E., & Church, K. (2002). Hegemonic masculinity and the experience of prostate cancer: A narrative approach. **Journal of Aging and Identity**, *7*(1), 43–62.
- Gray, R.E., Fitch, M., Phillips, C., Labrecque, M., & Fergus, K. (2000). To tell or not to tell: Patterns of disclosure among men with prostate cancer. **Psycho-Oncology**, *9*, 273–282.
- Harrington, J.M., & Badger, T.A. (2009). Body image and quality of life in men with prostate cancer. **Cancer Nursing**, *32*(2), E1–E7.
- Heim, H.M., & Oei, T.P.S. (1993). Comparison of prostate cancer patients with and without pain. **Pain**, *53*, 159–162.

- Helgesen, F., Andersson, S., Gustofsson, O., Varenhorst, E., Goben, B., Carnock, S., et al. (2000). Follow-up of prostate cancer patients by on-demand contacts with a specialist nurse. *Scandinavian Journal of Urology and Nephrology*, *34*, 55–61.
- Henke Yarbro, H.C., & Estwing Ferrans, C.E. (1998). Quality of life of patients with prostate cancer treated with surgery or radiation. *Oncology Nursing Forum*, *25*(4), 685–692.
- Heyman, E., & Rosner, T. (1996). Prostate cancer: An intimate view from patients and wives. *Urologic Nursing*, *16*(2), 37–44.
- Jaeschke, R., Singer, J., & Guyatt, G.H. (1989). Measurement of health status: Ascertaining the minimal clinically important difference. *Controlled Clinical Trials*, *10*, 407–415.
- Kessler, R.C. (2000). Psychiatric epidemiology: Selected recent advances and future directions. *Bulletin of the World Health Organization*, *78*(4), 464–474.
- Kleinbaum, D.G., & Kupper, L.L. (1978). *Applied regression analysis and other multivariable methods*. North Scituate, MA: Duxbury.
- Klemm, P., Hurst, M., Dearholt, S., & Trone, S. (1999). Gender differences on internet cancer support groups. *Computers in Nursing*, *17*(2), 65–72.
- Lee, W.R., McQuellon, R.P., Harris-Henderson, K., Case, L.D., & McCullough, D.L. (2000). A preliminary analysis of health-related quality of life in the first year after permanent source interstitial brachytherapy (PIB), for clinically localized prostate cancer. *International Journal of Radiation Oncology, Biology, Physics*, *46*(1), 77–81.
- Lepore, S.J., Helgeson, V.S., Eton, D.T., & Schulz, R. (2003). Improving quality of life in men with prostate cancer: A randomized controlled trial of group education interventions. *Health Psychology*, *22*(5), 443–452.
- Lintz, K., Moynihan, C., Steginga, S., Noman, A., Eeles, R., Huddart, R., et al. (2003). Prostate cancer patients' support and psychological care needs: Survey from a non-surgical oncology clinic. *Psychooncology*, *12*(8), 769–783.
- Litwin, M.S., Hays, R.D., Fink, A., Ganz, P., Leake, B., Leach, G.E., et al. (1995). Quality-of-life outcomes in men treated for localized prostate cancer. *Journal of the American Medical Association*, *273*(2), 129–135.
- Lubeck, D.P., Litwin, M.S., Henning, J.M., Stoddard, M.L., Flanders, S.C., & Carroll, P.R. (1999). Changes in health-related quality of life in the first year after treatment for prostate cancer: Results from CaPSURE. *Urology*, *53*(1), 180–186.
- Lubeck, D.P., Grossfeld, G.G., & Carroll, P.R. (2001). The effect of androgen deprivation therapy on health-related quality of life in men with prostate cancer. *Urology*, *58*(Supplement2A), 94–100.
- Maliski, S.L., Kwan, L., Elashoff, D., & Litwin, M.S. (2008). Symptom clusters related to prostate cancer treatment for prostate cancer. *Oncology Nursing Forum*, *35*(5), 786–793.
- McQuellon, R.P., Russell, G.B., Cella, D.F., Craven, B.L., Brady, M., Bonomi, A., et al. (1997). Quality of life measurement in bone marrow transplantation: Development of the Functional Assessment of Cancer Therapy-Bone Marrow Transplant (FACT-BMT) scale. *Bone Marrow Transplant*, *19*, 357–368.
- Monturo, C.A., Rogers, P.D., Coleman, M., Robinson, J.P., & Pickett, M. (2001). Beyond sexual assessment: Lessons learned from couples post-radical prostatectomy. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, *13*(11), 511–6.
- Moore, K.N., & Estey, A. (1999). The early post-operative concerns of men after radical prostatectomy. *Journal of Advanced Nursing*, *29*(5), 1121–1129.
- Moore, K.N., & Glazener, D.J. (2003). Conservative management for post prostatectomy urinary incontinence (Cochrane Review). *The Cochrane Library, Issue 1*. Oxford.
- Olliffe, J.L., Davison, B.J., Pickles, T., & Mroz, L. (2009). The self-management of uncertainty among men undertaking active surveillance for low-risk prostate cancer. *Qualitative Health Research*, *19*(4), 432–443.
- Pallant, J. (2002). *Mid Hampshire Primary Care Trust. Health Needs Assessment Toolkit*. Retrieved May 1, 2008, from <http://courses.essex.ac.uk/hs/hs915/Mid%20Hampshire%20PCT%20HNA%20Toolkit.pdf>
- Ream, E., Quennell, A., Fincham, L., Faithfull, S., Khoo, V., Wilson-Barnett, J., & Richardson, A. (2007). Understanding the needs of men with prostate cancer: A multicentre UK survey. *European Journal of Cancer Supplement*, *5*(4), 433.
- Robinson, L., Hughes, L.C., Adler, D.C., Strumpf, N., Grobe, S.J., & McCorkle, R. (1999). Describing the work of nursing: The case of post-surgical nursing interventions for men with prostate cancer. *Research in Nursing & Health*, *22*, 321–328.
- Rondorf-Klym, L.M., & Colling, J. (2003, March/April). Quality of life after radical prostatectomy. *Oncology Nursing Forum*, [Online Exclusive], *30*(2). Retrieved February 23, 2003, from [www.ons.org/xp6/ONS/Library.xml/ONS\\_Publications.xml/ONF.xml/ONF2003Ma](http://www.ons.org/xp6/ONS/Library.xml/ONS_Publications.xml/ONF.xml/ONF2003Ma)
- Rosenfeld, B., Roth, A.J., Gandhi, S., & Penson, D. (2003). Differences in health-related quality of life of prostate cancer patients based on stage of cancer. *Psycho-Oncology*, *13*(11), 800–807.
- Segal, R.J., Reid, R.D., Courneya, K.S., Sigal, R.J., Kenny, G.P., Prud'Homme, D.G., et al. (2003). Randomized controlled trial of resistance or aerobic exercises in men receiving radiation therapy for prostate cancer. *Journal of Clinical Oncology*, *27*, 344–351.
- Shell, J.A. (2002). Evidence-based practice for symptom management in adults with cancer: Sexual dysfunction. *Oncology Nursing Forum*, *29*(1), 53–68.
- Société canadienne du cancer. (1997). *Forum national sur le cancer de la prostate*. Toronto, ON : Auteur.
- Société canadienne du cancer. (2008). *Statistiques canadiennes sur le cancer*. Toronto, ON : Auteur.
- Stone, P., Hardy, J., Huddart, R., A'Hern, R., & Richards, M. (2000). Fatigue in patients with prostate cancer receiving hormone therapy. *European Journal of Cancer*, *36*, 1134–1141.
- SPSS Inc. (1999). *SPSS for Windows, Release 10.0.0*. Chicago, IL: SPSS Inc.
- Till, J.E. (1994). Measuring quality of life: Apparent benefits, potential concerns. *Canadian Journal of Oncology*, *4*(1), 243–248.
- Van't Spijker, A., Trijsburg, R.W., & Duivenvoorden, H.J. (1997). Psychological sequelae of cancer diagnosis: A meta-analytical review of 58 studies after 1980. *Psychosomatic Medicine*, *59*(3), 280–293.
- Wei, J.T., Dunn, R.L., Sandler, H.M., McLaughlin, P.W., Montie, J.E., Litwin, M.S., et al. (2002). Comprehensive comparison of health-related quality of life after contemporary therapies for localized prostate cancer. *Journal of Clinical Oncology*, *20*(2), 557–566.
- World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research. (2002, October). *Sexual health: WHO draft working definition*. Retrieved July 22, 2009, from [www.who.int/reproductive-health/gender/glossary.html](http://www.who.int/reproductive-health/gender/glossary.html)
- Yu, C.L.M., Fielding, R., Chan, C.L.W., Tse, V.K.C., Choi, P.H.K., Lau, W.H., et al. (2000). Measuring quality of life of Chinese cancer patients. A validation of the Chinese version of the functional Assessment of Cancer Therapy-General (FACT-G) scale. *Cancer*, *88*(7), 1715–1727.
- Znajda, T.L., Wunder, J.S., Bell, R.S., & Davis, A.M. (1999). Gender issues in patients with extremity soft-tissue sarcoma: A pilot study. *Cancer Nursing*, *22*(2), 111–118.